

Universidade Federal de Juiz de Fora  
Faculdade de Medicina  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Priscila Mendes Fernandes de Mello

**O USO DE ÁLCOOL E TABACO E AS VIVÊNCIAS DE PRAZER E  
SOFRIMENTO NO TRABALHO ENTRE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Juiz de Fora

2017

Priscila Mendes Fernandes de Mello

**O USO DE ÁLCOOL E TABACO E AS VIVÊNCIAS DE PRAZER E  
SOFRIMENTO NO TRABALHO ENTRE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Processo saúde-adoecimento e seus determinantes, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosangela Maria Greco

Juiz de Fora

2017

PRISCILA MENDES FERNANDES DE MELLO

**“O uso de álcool e tabaco e as vivências de prazer e sofrimento no trabalho  
entre agentes comunitários de saúde”.**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

---

Rosangela Maria Greco - UFJF

---

Aline Silva Aguiar – UFJF

---

Carla Ferreira de Paula Gebara - UCP

## AGRADECIMENTOS

Agradeço Àquele que de longe conhece meus pensamentos e antes mesmo que eu fale, já sabe o que vou dizer. Sussurrou no silêncio e me disse: minha filha, não temas! Obrigada, meu Aba!

Ao meu pai Luizmar e, minha mãe Clarisse, pelo amor dedicado e demonstrado em atos de bondade, que se repetem todos os dias. Minha irmã Sabrina, pela alegria, momentos de descontração e amizade. Minha irmã, Tatiana, pela compreensão e apoio. A Graziela, minha sobrinha, que com sua doçura e espontaneidade, alegra meus dias. As minhas tias, pelo apoio e torcida em toda caminhada. A avó Dulce (*in memoriam*), que foi para mim exemplo de perseverança e fé. Minha família, vocês fazem os momentos comuns serem tão maravilhosos.

Agradeço imensamente à professora Rosangela, por todo ensino e aprendizado durante essa caminhada. Obrigada pela paciência, compreensão e incentivo.

A família Bola de Neve, que tão bem me acolheu. A Odette e Welington, pelo cuidado e pastoreio. Aos amigos que ganhei e que partilham a caminhada da fé ao meu lado: Ana Paula, Priscila, Marcelo, Indiara, Danieli, Vinicius, Mayra, Aline e Susana.

As mestres Quéren e Marina, minhas amigas, pela alegria de cada momento compartilhado, cada sorriso, torcida e incentivo que vocês proporcionaram. A Michele, por ser a amiga que o coração escolheu como irmã.

A equipe do CRAS Nordeste, pela convivência diária, pelos saberes e ensinamentos partilhados. Pela dedicação diária no trabalho junto às famílias atendidas, mesmo em meio à um cenário de precarização das políticas públicas. As coordenadoras Cassiana e Flávia, pela compreensão e flexibilidade para a realização deste estudo.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, pelo conhecimento proporcionado nesse campo tão complexo, em que pude compreender melhor a realidade brasileira quanto à políticas sociais e de saúde. Essa trajetória evidenciou a importância da construção de estratégias de transformação societária.

Aos colegas de turma, pela possibilidade de refletir sobre o campo da saúde, através de novos e diferentes saberes, tornando as vivências das aulas em experiências interdisciplinares.

As professoras Ana Regina Noto e Aline Aguiar, pelas sugestões na fase da qualificação, que possibilitaram olhares mais amplos.

Aos trabalhadores do NATES e do Programa de Pós-graduação, pela disponibilidade nos auxílios requisitados e pela atenção dispensada.

A Pryscilla e Miriele, que gentilmente participaram da coleta dos dados. A Natália e ao Felipe, pelo auxílio neste estudo. Muito obrigada!

Aos Agentes Comunitários de Saúde que se disponibilizaram e compartilharam suas vivências durante a coleta de dados, permitindo a realização deste estudo.

Não foi sozinha que cheguei até aqui. Portanto, a todos que fizeram parte desse processo, deixo aqui minha gratidão!

“Bem-aventurado o homem cuja a força está em ti, em cujo coração se encontram os caminhos aplanados, o qual, passando pelo vale árido, faz dele um manancial; de bênçãos o cobre a primeira chuva”. Salmos 84:5-6

## RESUMO

Após o movimento da Reforma Sanitária e com a criação do Sistema Único de Saúde, a Atenção Primária à Saúde passa a ser a porta de entrada preferencial do sistema de saúde brasileiro. A Estratégia da Saúde da Família foi implantada em 1994 a fim de organizar, expandir e consolidar a Atenção Primária à Saúde, tendo sido criado no ano de 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. O Agente Comunitário de Saúde é o trabalhador que desenvolve o elo entre os usuários e os serviços de atenção primária à saúde. Está exposto a pressões que podem desencadear adoecimento mental e comportamentos compensatórios, como a ingestão de bebida alcoólica e tabagismo. Este trabalho objetivou analisar o uso de álcool e tabaco, associado às vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos ACS no município de Juiz de Fora. Faz parte de uma pesquisa de amplitude maior, denominado “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde – condições de trabalho e vida”. Foi desenvolvido um estudo transversal, composto por uma amostra de 212 Agentes Comunitários de Saúde, com predominância do sexo feminino (91,5%), na faixa etária superior a 40 anos (65,9%), cor preta/parda (51,2%), casadas (55,5%) e com filhos (76,8%). Para avaliar o uso de álcool, foi utilizado o “Alcohol Use Disorders Identification Test”, em que 46,2% da amostra declarou consumir bebida alcoólica e destes, 12,3% fazem consumo de risco e 0,5% estão na zona de provável dependência. Houve significância estatística ( $p=0,037$ ) entre o uso de álcool e ser casado/união estável, sendo este um fator protetor para o consumo de risco, nocivo e de provável dependência do álcool. Quanto ao uso de tabaco, 9,9% são tabagistas, e destes, 38,1% apresentam grau elevado de dependência. A associação dos testes Fagerström e do “Alcohol Use Disorders Identification Test” à Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho, demonstrou uma porcentagem expressiva daqueles que apresentam grau médio/elevado de dependência do tabaco e consumo de risco e provável dependência do álcool e que experimentam sofrimento nas vivências do trabalho. Os dados encontrados nesta pesquisa indicam que devem haver investimentos na formulação de políticas públicas e disponibilização de serviços e ações coerentes com as realidades de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, visando a garantia da qualidade de vida destes trabalhadores.

Palavras-Chave: Saúde do Trabalhador. Tabagismo. Bebida Alcoólica. Agente Comunitário de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

After Sanitary Reformation Movement and along with creation of the Brazilian National Health System. The Primary Health Care becomes the preferential gateway for Brazilian health system. The Family Health Strategy was implemented in 1994 in order to organize, expand and consolidate Primary Health Care and, in 1991, was created Community Health Agents Program. The Community Health Agent is the professional that develops the link between users and Primary Health Care services. This professional is exposed to pressure that might initiate mental illness and compensatory behaviors, such as ingestion of alcoholic beverages and smoking. The present study aimed to analyze the use of alcohol and tobacco, associated to pleasure and suffering experiences of the Community Health Agents at work in the city of Juiz de Fora. This study is part of a larger research called "Primary Health Care Workers – working and living conditions". A cross-sectional study, composed by a sample of 212 community health agents, was developed. The predominance in the sample was female gender (91,5%) at the age range above 40 years old (65,9%), black/brown color (51,2%), married (55,5%) and with children (76,8%). To evaluate alcohol use, the Alcohol Use Disorders Identification Test test was utilized, in which 46,2% of the sample declared to consume alcoholic beverage and 12,3% of those make risk consumption and 0,5% are in the probable dependency zone. There was statistical significance ( $p=0,037$ ) between alcohol use and being married/being in a stable union, and this is a protective factor from risk, harmful consumption and probable alcohol dependence. About tobacco use, 9,9% are smokers and among those, 38,1% present high level of dependency. The association of the Fagerström and Alcohol Use Disorders Identification Test to Indicators of Pleasure Suffering indicators at work tests demonstrated an expressive percentage of those who present medium/high level of tobacco dependency and risk consumption and probable alcohol dependency that experiment suffering in workplace. The data found in this project indicates that there must be investments in public policies formulation and availability of services and actions consistent with the work reality of community health agents, aiming to ensure the worker's life quality.

Keywords: Worker's Health. Smoking. Alcoholic Beverage. Community Health Agents. Primary Health Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1.</b> Apresentação das Classes, utilizadas para classificação Socioeconômica.....	48
<b>Figura 1</b> Mapa de Juiz de Fora – MG.....	42
<b>Figura 2</b> Representação esquemática das variáveis independentes.....	50
<b>Figura 3</b> Representação esquemática das variáveis dependentes.....	51

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> Cobertura da APS no município de Juiz de Fora/MG, 2013.....	43
<b>Tabela 2</b> Frequência das características sociodemográficas, Juiz de Fora, MG,2017.....	53
<b>Tabela 3</b> Classificação econômica, segundo o Critério Brasil, dos Agentes Comunitários de Saúde, Juiz de Fora, MG, 2017.....	55
<b>Tabela 4</b> Características do trabalho do ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.....	56
<b>Tabela 5</b> Descrição do Fator Realização Profissional, segundo a EIPST, do ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.....	58
<b>Tabela 6</b> Descrição do Fator Liberdade de Expressão, segundo a EIPST, do ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.....	59
<b>Tabela 7</b> Descrição do Fator Esgotamento Profissional, segundo a EIPST, do ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.....	60
<b>Tabela 8</b> Descrição do Fator Falta de Reconhecimento, segundo a EIPST, do ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.....	60
<b>Tabela 9</b> Resultado da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento do ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.....	61
<b>Tabela 10</b> Frequência do uso de Álcool pelos ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.....	62
<b>Tabela 11</b> Distribuição dos ACS segundo o teste AUDIT, Juiz de Fora, MG, 2017.....	63
<b>Tabela 12</b> Frequência do uso de tabaco entre os ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.....	63
<b>Tabela 13</b> Grau de dependência à nicotina dos ACS segundo Teste Fagerström, Juiz de Fora, MG, 2017.....	64
<b>Tabela 14</b> Análise dos níveis do AUDIT em relação as variáveis sociodemográficas e econômicas. Juiz de Fora, MG, 2017.....	65

<b>Tabela 15</b> Análise das zonas de classificação do AUDIT, em relação as características de trabalho do ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.....	67
<b>Tabela 16</b> Análise das zonas de classificação do AUDIT, em relação ao resultado da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no trabalho, do ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.....	68
<b>Tabela 17</b> Análise das zonas de classificação do AUDIT, em relação ao domínio deste teste, referente ao uso de risco de álcool, Juiz de Fora, MG, 2017.....	69
<b>Tabela 18</b> Análise das zonas de classificação do AUDIT, em relação ao domínio deste teste, referente aos sintomas de dependência do álcool, Juiz de Fora, MG, 2017.....	71
<b>Tabela 19</b> Análise das zonas de classificação do AUDIT, em relação ao domínio deste teste, referente ao uso nocivo de álcool, Juiz de Fora, MG, 2017.....	72
<b>Tabela 20</b> Análise do grau de dependência à nicotina em relação as variáveis sociodemográficas e econômicas. Juiz de Fora, MG, 2017.....	73
<b>Tabela 21</b> Análise do grau de dependência à nicotina, em relação as características de trabalho do ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.....	75
<b>Tabela 22</b> Análise do grau de dependência à nicotina, em relação ao resultado da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no trabalho, do ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.....	75
<b>Tabela 23</b> Relação entre a classificação de consumo de álcool, segundo o teste AUDIT e o grau de dependência à nicotina, segundo o teste de Fagerstöm, Juiz de Fora, MG,2017.....	76

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BD	Binge Drinking
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações Acerca de Drogas Psicotrópicas
CF	Constituição Federal
CID-10	Décima Classificação Internacional de Doenças
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EIPST	Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho
ESF	Estratégia Saúde da Família
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ODK	Open Data Kit
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa Nacional de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAS	Programa Nacional de Agente Comunitário de Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle ao Tabagismo
Prev-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SIM	Sistema de Informação Sobre Mortalidade
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UNICEF	Fundo das Ações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>20</b>
3.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO BRASIL.....	20
3.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	24
3.3 O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	26
3.4 AS CONDIÇÕES E AS VIVÊNCIAS DE PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO.....	29
3.5 O CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO NO BRASIL.....	31
<b>4 MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>41</b>
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	41
4.2 CENÁRIO.....	42
4.3 SUJEITOS.....	43
4.4 COLETA DE DADOS.....	44
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	45
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	51
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>53</b>
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÔMICAS E RELACIONADAS AO TRABALHO.....	53

<b>5.1.1 Características sociodemográficas e econômicas.....</b>	<b>53</b>
<b>5.1.2 Características relacionadas ao trabalho.....</b>	<b>56</b>
<b>5.1.3 Resultados da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho do ACS.....</b>	<b>57</b>
<b>5.2 RESULTADOS DOS TESTES AUDIT E TESTE DE FAGERSTROM.....</b>	<b>62</b>
<b>5.2.1 Os Agentes Comunitários de Saúde e o uso de álcool.....</b>	<b>62</b>
<b>5.2.2 Os Agentes Comunitários de Saúde e o uso de tabaco.....</b>	<b>63</b>
<b>5.3 AS ASSOCIAÇÕES ENTRE OS TESTES E AS VARIÁVEIS....</b>	<b>64</b>
<b>5.3.1 O AUDIT e as variáveis sociodemográficas e econômicas.....</b>	<b>65</b>
<b>5.3.2 O AUDIT e as associações em relação as características e vivências de prazer e sofrimento no trabalho.....</b>	<b>67</b>
<b>5.3.3 O AUDIT e os domínios e os conteúdos deste teste.....</b>	<b>69</b>
<b>5.3.4 O Fagerström e as variáveis sociodemográficas e econômicas.....</b>	<b>73</b>
<b>5.3.5 O teste Fagerström e as associações em relação as características e vivências de prazer e sofrimento no trabalho.....</b>	<b>74</b>
<b>6 DISCUSSÕES.....</b>	<b>77</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>90</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>101</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo desta pesquisa é a prevalência do uso de drogas lícitas - álcool e tabaco - entre os Agentes Comunitários de Saúde inseridos na Atenção Primária à Saúde no município de Juiz de Fora/Minas Gerais.

No Brasil, após a Reforma Sanitária e com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS - e a Política Nacional de Atenção Básica, a Atenção Primária à Saúde - APS - passou a ser a porta de entrada preferencial para os serviços de saúde, caracterizando-se por ações de caráter coletivo e individual que envolvem ações de promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, entre outros (BRASIL, 2006).

A APS, como um modelo de atenção à saúde, visa inverter as ações de saúde, de uma abordagem curativista e centrada na figura do médico, para uma abordagem que visa ações de promoção e prevenção, integrada a outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde (ANDRADE et al.,2012).

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família - ESF - foi implantada para a organização, expansão e a consolidação da APS, sendo criado anteriormente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS - que depois integrou-se a esta estratégia (CAMPOS et al.,2012).

O PACS é um programa que surgiu com a proposta de contribuir com a municipalização e implantação do SUS. Atualmente, ao ACS são atribuídas as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, atuando através de visitas domiciliares e abordagens individuais e coletivas (BRASIL, 2006).

O ACS realiza o elo entre os profissionais de saúde e o usuário. É um membro da comunidade e trabalha para ela. Para que as ações da APS fossem garantidas, foi implantado o Programa Agentes Comunitários de Saúde, sendo estes incorporados à ESF (COSTA et al, 2012).

O ACS está exposto a pressões, o que pode acarretar em agravos e prejuízos a sua saúde e qualidade de vida. É possível que o trabalhador vivencie situações, ora de prazer, ora de sofrimento, podendo acarretar em adoecimento mental. O

sofrimento, manifesta-se através de insatisfação e ansiedade, sentimentos de indignidade, de inutilidade e de desqualificação, que podem surgir em um contexto de desgaste mental associado às vivências no trabalho (DEJOURS, 1997).

Estas situações de estresse podem levar o ACS a ter comportamentos compensatórios, como a ingestão de bebidas alcoólicas e tabaco (CASTANHA; ARAÚJO,2006).

O uso de drogas na atualidade tornou-se um desafio de saúde pública no país, refletindo em diferentes segmentos da sociedade, através de agravos sociais como: acidentes de trânsito e de trabalho, violência doméstica e crescimento da criminalidade (CASTANHA; ARAÚJO,2006).

Em relação ao uso do álcool, esta é uma droga aceitável, utilizada em diferentes ocasiões, fazendo parte da cultura do país. De acordo com as pesquisas realizadas no Centro Brasileiro de Informações acerca de Drogas Psicotrópicas – CEBRID, em 107 cidades do Brasil com mais de 200 mil habitantes, constatou-se que 53,2% das pessoas entrevistadas já tinham consumido álcool alguma vez na vida e 11,2% eram dependentes da droga. Há uma tendência de que haja o aumento do consumo do álcool, expressa no aumento de 53,2% (CASTANHA; ARAÚJO,2006).

Em um estudo realizado na Nova Zelândia demonstrou que o uso abusivo de álcool pode causar câncer em sete locais diferentes do corpo humano, sendo a causa de 5,8% de todas as mortes por câncer em todo o mundo (CONNOR, 2016).

No Brasil, foi realizado um estudo a partir dos registros do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM - do Ministério da Saúde - MS - entre os anos de 2010 a 2012. Esse estudo apontou que a mortalidade por causas associadas ao consumo de álcool é elevada no Brasil, principalmente entre homens. Foram registradas quase 20 mil mortes por ano, em que o álcool foi condição necessária para sua ocorrência. Ou seja, foram cerca de 1.500 mortes por mês ou 50 mortes por dia (GARCIA et al.,2015).

Em outro estudo realizado entre servidores públicos de uma instituição de ensino superior da zona da mata mineira, foi identificado o consumo de álcool de 58,6% entre trabalhadores que atuam na saúde (GOMES, 2015).

Quanto ao tabaco, sua utilização esteve vinculada à crença de suas propriedades curativas para doenças pulmonares. Além disso, o hábito de fumar esteve associado à imagem de bem-estar, sucesso e liberdade. Atualmente, é considerado um grande problema de saúde pública (BRASIL, 2011).

Em uma análise realizada sobre o perfil da população tabagista no Brasil, a partir de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE - cerca de 10% da população declarou uso de tabaco. Os homens são predominantes em todas as faixas etárias. Os indivíduos com rendas mais baixas e com idades entre 30 a 45 anos são os maiores consumidores, tendo essa população menos escolaridade que a população não tabagista (BAZOTTI et al., 2016).

Um estudo realizado em 2013, na Espanha, demonstrou que o uso de tabaco tem sido mais expressivo entre os profissionais de saúde, quando comparado à população geral. Nesta pesquisa, a prevalência do tabagismo entre os profissionais de saúde foi de 30%, 34,42%, 36,21% e 29,42%, nos anos de 2001, 2004, 2008 e 2011, respectivamente. Apesar do declínio, a prevalência permanece elevada, quando comparada à população em geral (URUEÑA et al., 2013).

Em outro estudo realizado no município de Juiz de Fora, foi identificado que 8,8% dos trabalhadores de enfermagem fazem uso de tabaco, segundo o Teste Fagerström (GOMES, 2015).

Partindo do pressuposto de que o ACS é um profissional essencial na APS, por ser ele o elo entre a Unidade de Atenção Primária à Saúde e a população, é que propomos o estudo acerca do uso de álcool e tabaco do Agente Comunitário de Saúde, associado às vivências de prazer e sofrimento no trabalho, no município de Juiz de Fora/Minas Gerais.

Consideramos que as possibilidades de conhecimento e reflexões acerca deste processo poderão contribuir para entendermos acerca da qualidade de vida do ACS em Juiz de Fora e os entraves postos a essa, contribuindo assim para o fortalecimento do debate e possíveis intervenções neste campo.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o uso de álcool e tabaco associado às vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora\MG.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil socioeconômico, demográfico e das condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde;
- Descrever os dados de prazer e sofrimento no trabalho pelo ACS;
- Descrever o uso e identificar os níveis de dependência de álcool e tabaco pelo ACS;
- Verificar o consumo de álcool e tabaco relacionado às vivências de prazer e sofrimento no trabalho.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para realizar a análise do uso de álcool e tabaco associado às vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, será realizada a reflexão sobre a Atenção Primária à Saúde; a Estratégia da Saúde da Família; o Programa de Agente Comunitários de Saúde; as condições e as vivências de prazer e sofrimento no trabalho do ACS; e o consumo de drogas lícitas - álcool e tabaco - que subsidiarão este estudo.

#### 3.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO BRASIL

Segundo Giovanella; Mendonça (2014), a APS refere-se a um conjunto de práticas que integram a saúde, com a finalidade de dar respostas às demandas à nível coletivo e individual. Constitui-se como porta de entrada preferencial do SUS, sendo o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e com organização crescente e complexa.

Em âmbito internacional, a APS é considerada como base para um novo modelo de organização dos sistemas de assistência à saúde. No Brasil, o debate que traz luz a este modelo de atenção teve início na década de 1970, acompanhando o movimento internacional (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

A expressão “modelos de atenção à saúde” surge no contexto brasileiro a partir da década de 1980, tendo como foco o conteúdo do sistema de saúde – ações de saúde. Referem-se às formas de organização dos serviços de saúde, envolvendo unidades com diferentes níveis tecnológicos, que se relacionam entre si nos diferentes espaços. O modelo de atenção é uma combinação de tecnologias voltadas para a resolução de problemas e o atendimento das necessidades de saúde (PAIM, 2014).

Segundo Paim (2014) os modelos de atenção podem atender à lógica da demanda ou das necessidades. No Brasil, há dois modelos de atenção à saúde: o modelo médico e o modelo sanitário. O primeiro, está voltado para a demanda espontânea e o outro para as necessidades que nem sempre ficam expressas através da demanda exposta pelo usuário.

Sobre os modelos de atenção à saúde, é importante ressaltar os movimentos que contribuíram para orientar a reorganização das práticas de saúde. O movimento da medicina preventiva, fundamentou muitas ações de saúde no final do século XIX, utilizando noções como: processo saúde-doença, história natural das doenças, multicausalidade, integração, resistência, inculcação e mudança (PAIM, 2014).

O modelo estabelecido pela medicina preventiva, foi desenvolvido na década de 1940 e propunha uma assistência médica específica no momento inicial de atenção à saúde da população, realizada no contexto em que viviam os indivíduos e famílias. Dessa forma, caracterizava-se por uma atuação direcionada à prevenção e controle do adoecimento (VIANA; FAUSTO 2005).

A partir da década de 1960 as escolas de Medicina divulgaram os Programas de Medicina Comunitária, que valorizavam ações coletivas de promoção e proteção à saúde direcionadas à comunidade, propunham a formação de equipes, a inclusão de práticas médicas alternativas e a participação da comunidade, trazendo assim, contribuições à proposta da APS. O movimento da medicina comunitária propôs a regionalização e a integração dos serviços e das ações de saúde, considerando haver hierarquia entre os níveis nos serviços de saúde, com o objetivo do cuidado progressivo do paciente (PAIM, 2014).

No entanto, estes programas eram complementares ao modelo médico-hegemônico. Sendo assim, o processo saúde-doença era analisado de forma a-histórica e a comunidade não era reconhecida em seu contexto social, mas vista isoladamente. Além disso, a oferta de cuidados primários estava direcionada aos segmentos menos favorecidos (PAIM, 2014)

A década de 1970 é marcada por recessão mundial e aumento do déficit público, havendo impactos nas políticas e programas sociais, além do aumento dos custos dos serviços de saúde, em virtude da utilização de fármacos e maquinário (ESCOREL, 2014).

Neste momento, viu-se a necessidade de criar espaços de discussão e tomadas de decisão no âmbito da saúde. Em 1978, a Organização Mundial de Saúde – OMS – e o Fundo das Ações Unidas para a Infância – UNICEF – realizam a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde em Alma Ata. Nela, os cuidados primários foram considerados como alternativa aos elevados custos

nesta área e, como estratégia para suprir as dificuldades encontradas (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2006).

A partir dessa Conferência, a OMS propõe ações para o desenvolvimento de cuidados primários à saúde: a prevenção de agravos; a educação para a saúde; saneamento básico e abastecimento de água; entre outras. A APS seria responsável pelas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2006).

O nível de atenção primário à saúde envolveu princípios norteadores que contemplaram sua especificidade, sendo eles: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; focalização na família e, orientação comunitária (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2006).

Nesse contexto, surge o movimento da promoção da saúde, tendo como marco a Carta de Ottawa (1986), que enfatiza os determinantes sociais de saúde. Propunha cinco campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação do sistema de saúde (PAIM, 2014).

No Brasil, as propostas da medicina preventiva e da medicina comunitária, através da integração das ações de prevenção e de tratamento de doenças em redes regionalizadas e hierarquizadas, inspiraram as ações de saúde, favorecendo o surgimento do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS - e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - Prev-Saúde. Na década de 80, através do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, é colocado o princípio da Integralidade. Esse princípio foi concebido pela Reforma Sanitária Brasileira, consistindo na priorização das ações de promoção e prevenção, garantia de cuidado nos diferentes níveis de atenção, articulação de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação; abordagem integral do indivíduo e das famílias (PAIM, 2014).

Sobre a Reforma Sanitária brasileira, esta teve início na década de 60, tendo como base os Departamentos de Medicina Preventiva - DMP - sendo um movimento social com propostas de transformações societárias. Foi resultado de um longo movimento da sociedade civil em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo sistema de saúde. O movimento sanitário, foi composto por profissionais de

saúde e de pessoas vinculadas a este setor - estudantes, residentes, professores de departamentos de medicina preventiva e social - que se mobilizavam em busca da melhoria das condições de saúde da população, em um momento de efervescência dos movimentos sociais no Brasil (ESCOREL, 2014; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

Este movimento propunha a democratização da saúde através do reconhecimento de seus determinantes e do acesso universal à saúde; a participação social; a democratização do Estado e de seus aparelhos; a garantia da descentralização do processo decisório e do controle social, sendo primordial a distribuição da riqueza socialmente produzida (ESCOREL, 2014).

Segundo Paim (2007), a Reforma Sanitária transformou-se em projeto a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), sendo um marco no campo da saúde brasileira, pois possibilitou o processo de reforma do sistema de saúde brasileiro, trazendo a concepção ampliada de saúde. Trouxe diretrizes que são válidas até os dias de hoje como a equidade; a universalidade; participação social; descentralização; prevenção, promoção, reabilitação e cura. Estes princípios serviram de base para a formulação do texto da constituinte de 1988, sendo o SUS criado de acordo com os princípios colocados por esta conferência (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

Dessa forma, a Constituição Federal de 1988 traz a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, possibilitando o acesso universal e igualitário a todos os cidadãos. O SUS teve como princípios e diretrizes a universalização, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social (BRASIL, 1988; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

Em 1990, foi promulgada a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080), que dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e sobre a organização dos serviços e ações de saúde, em todo o território nacional. Esta lei não se limita ao setor público, pois inclui o setor privado ao englobar entidades jurídicas de direito público ou privado. Trata a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Reconhece as condições de vida como determinantes e condicionantes da saúde, abrangendo uma concepção social da saúde dos indivíduos e das

coletividades. Como lei complementar, a lei 8.142/1990 trata sobre a participação social dos sujeitos, através de conselhos e de conferências de saúde (PAIM, 2014).

Vale dizer que, a APS tem papel fundamental na ordenação da atenção à saúde da população na medida em que, por se caracterizar como porta de entrada dos serviços, é responsável por receber as demandas de saúde, captar aquelas que necessitam de cuidados primários, e direcionar aos setores secundário e terciário aquelas que demandam cuidados especializados. Além disso, tem potencial na redução de muitos problemas de saúde da comunidade, através da realização de atividades educativas que prezam pela prevenção e promoção da saúde (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2006).

Partindo dessa compreensão, pode-se dizer que, a atenção primária apresenta complexidade assim como os demais níveis de atenção à saúde. Neste sentido, em consonância com Andrade et. al. (2006), são aspectos imprescindíveis da APS: a atenção integral e integrada; ênfase na prevenção e promoção; assistência ao indivíduo em sua totalidade e em suas necessidades de saúde; acesso e cobertura universal; bem como, orientação familiar e comunitária.

Como estratégia para expandir o acesso à atenção primária, surge o Programa Saúde da Família – PSF, que será apresentado a seguir.

### 3.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Em 1993, em nosso país, é criado o Programa Saúde da Família - PSF - através da portaria do Ministério da Saúde nº 692, com o objetivo de atender à demanda reprimida na APS, sendo incentivada pela Norma Operacional Básica-NOB 96, em que a atenção básica à saúde passa a assumir o primeiro nível de atenção à saúde, voltada para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2014).

As normas operacionais básicas - NOB - foram criadas na década de 90, sendo negociações em âmbito nacional e estadual lançadas nos anos de 1991, 1992, 1993 e 1996. Na década de 2000, foram publicadas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), nas versões 2001 e 2002 e, em 2006, as portarias relativas ao Pacto

pela Saúde. Mais recente, foi instituído o decreto 7.508/2011, que regulamentou a lei 8.080 de 1990 (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2014).

O PSF, a partir de 1997, passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família - ESF - a partir do entendimento de que o programa se refere a uma ação verticalizada, sendo a proposta de que ações de saúde possibilitassem a integração e a promoção da organização das atividades em um território definido. Além disso, a ESF prevê o estabelecimento de uma equipe multiprofissional, que trabalha com um território de abrangência definido e o cadastro e acompanhamento de indivíduos e famílias (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

Assim sendo, a estratégia propõe a substituição do modelo tradicional de assistência, através da reorientação da atenção primária, ressaltando uma concepção ampliada do processo saúde-doença. É composta pela equipe de saúde, unidade familiar e as relações com a comunidade. A ESF precisa estar integrada aos demais setores que compõem a rede de serviços de saúde para dar resolutividade às reais necessidades de saúde da população (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2006).

Preferencialmente, as Unidades de Saúde da Família devem ser a porta de entrada do sistema de saúde, sendo o primeiro nível de atenção. Cada equipe deve ser composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo responsáveis em média por uma população de três mil pessoas residentes em uma área delimitada geograficamente (GIOVANELLA, 2014).

A implementação desta estratégia nos municípios brasileiros ocorreu de maneira diferenciada em todo o território, havendo uma expansão a partir de 2000, por conta de aplicação de incentivos financeiros (GIOVANELLA, 2014).

Para a efetivação da ESF estão postos alguns desafios a serem superados, como a substituição do modelo piramidal de organização do sistema de saúde, por um modelo em que a APS esteja no centro, estabelecendo diálogo com os demais níveis de atenção, de maneira horizontal. A falta de investimento neste campo dificulta e, até mesmo, inviabiliza o desenvolvimento de ações. Existe, portanto, o desafio de romper-se com um modelo de assistência à saúde segmentado, abrindo o caminho para a construção de um sistema público que seja efetivamente universal e de qualidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

A ênfase dada à ESF passa a ser elemento estratégico de consolidação do SUS. Alguns dos aspectos de estruturação desta estratégia foram facilitados pela criação anterior do PACS, como o diagnóstico de saúde da comunidade, estímulo às ações intersectoriais, acompanhamento e avaliação de indivíduos e famílias.

### 3.3 O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O princípio da equidade em saúde, trazido pelo movimento da Reforma Sanitária foi incorporado pelo SUS, trazendo a perspectiva de atenção integral e acesso universal. Porém, na década de 90 com o ideal neoliberal, foi estabelecido o Estado Mínimo, havendo a redução dos gastos no campo da seguridade social, e entre estes, o campo da saúde. Estas ações propunham a lógica da “assistência básica”, organizando-a segundo as necessidades da população (GIOVANELLA, MENDONÇA 2014).

Neste contexto, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde – PNACS - surgiu como proposta para contribuir com a municipalização e implantação do SUS, no ano de 1991, através da Fundação Nacional de Saúde - FNS. Em um primeiro momento, foi implementado apenas nas regiões norte e nordeste do Brasil, cujo objetivo era atender as demandas de combate e controle da epidemia de cólera e de outras formas de diarreia (MIALHE, 2011).

Em 1992 passou denominar-se como Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS - e em seguida, foi criado o Programa Saúde da Família, que incorporou o ACS em sua equipe mínima de saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde não possuíam vínculo formal de trabalho, sendo captados através de processos seletivos locais. Eram vinculados às unidades básicas de saúde e subordinados aos enfermeiros. A implementação deste programa ocorreu com um caráter emergencial a fim de dar suporte à assistência básica (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

Os ACS foram sendo treinados para o atendimento de outras demandas, como o cadastramento da população, realização do diagnóstico comunitário,

identificação de vulnerabilidades e riscos, entre outras. Dessa forma, o programa foi expandindo-se no país (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

O reconhecimento destes trabalhadores, no âmbito da política nacional, passou pelo rompimento de conceitos, o que permitiu que o serviço de atenção à saúde fosse também prestado por pessoal da comunidade, sem formação profissional específica e as ações fossem executadas fora de uma unidade de saúde. A institucionalização desta categoria, exigiu a definição de seu perfil, de suas atribuições, além de supervisão especializada, ou seja, a partir de um profissional de nível superior, o enfermeiro (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

Giovanella; Mendonça (2014) apontam algumas características deste profissional: a identidade comunitária – mora onde atua; o papel de mediador social, visando propiciar a interlocução entre os usuários e os profissionais de saúde; a capacidade de auto planejamento, gestão do tempo e tomada de decisões; e a mediação social entre equipes, usuários e famílias.

Conforme colocado anteriormente, a atuação do ACS como um trabalhador de saúde, tem início sem a definição de um perfil profissional, sem formação prévia, exigindo apenas a alfabetização e a capacidade de lidar com questões afetas à comunidade. Porém, ao longo do tempo foi sendo definido um perfil e uma formação profissional que introduzissem competências básicas, respondendo às demandas de um trabalho intersetorial e de promoção à saúde. As leis de regulamentação da profissão tiveram como objetivo reduzir a precariedade do trabalho, a realização de concursos públicos e a consolidação de um perfil profissional à nível nacional (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

O trabalho do ACS inclui competências técnicas – através de ações de prevenção e monitoramento de situações. E ainda de competências políticas – através da promoção do diálogo sobre a saúde e seus determinantes sociais. Dessa forma, o trabalho do ACS ocorre através da regulamentação de leis (leis federais 10.570/2002 e 11.350/2006), para enfim consolidar um perfil profissional no âmbito nacional. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

Segundo trata a Lei 11.350, de 11 de outubro de 2006, ao ACS são atribuídas as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, atuando através de visitas domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas. São de sua competência a realização de diagnósticos demográfico e sociocultural da

comunidade; ações de educação em saúde, estímulo à participação social da comunidade no âmbito das políticas de saúde e a realização de visitas domiciliares para o monitoramento das situações de risco da família. O ACS deve ser morador da região em que atua e ter concluído o curso de formação inicial e continuada, sendo exigida a escolaridade até o ensino fundamental. Possui jornada de trabalho de 40 horas semanais e piso salarial em torno de R\$ 1.000,00 reais (BRASIL, 2006).

O ACS representa um grande elo entre os profissionais de saúde e os usuários, sendo mediadores do acesso da comunidade e do serviço de saúde. Integra as equipes de Saúde da Família, sendo este um membro da comunidade, trabalhando com ela e para ela (COSTA et al, 2012).

Trabalha simultaneamente sob a lógica do “Agir Tecnológico” – centrado na lógica de produção de procedimentos como produção de cuidado – e do “Agir Comunicativo” – privilegia atividades centradas na necessidade do usuário e prioriza as tecnologias relacionais (MERHY; FRANCO, 2003).

Segundo Merhy e Franco (2003), o trabalho em saúde é sempre relacional, haja vista a dependência de Trabalho Vivo em Ato, ou seja, o trabalho no momento em que este está sendo realizado.

Pode ser produzido de forma centrada no ato prescritivo, baseado no modelo-médico hegemônico ou pode ser produzido através de relações intercessoras, que são feitas no cuidado à saúde. Àquelas centradas em instrumentos são chamadas de tecnologias duras e aquelas que são centradas no conhecimento técnico são chamadas de leve-dura, pois existe uma parte estruturada, mas que depende do modo singular com que cada profissional executa o seu conhecimento na produção do cuidado (PAIM, 2014).

Assim sendo, pode-se afirmar que o trabalho do ACS está centrado na utilização de tecnologias leves, dado pelo seu caráter relacional, o que implica na produção do cuidado. São expressas através do acolhimento, vínculo, escuta qualificada, diálogo e responsabilização (PAIM, 2014).

Percebe-se a implicação do ACS com a produção de um cuidado-cuidador no território e no domicílio, que são expressas pela capacidade de desenvolver estratégias diferenciadas de cuidado, atendendo à singularidade dos usuários e de seu processo saúde-doença (MERHY; FRANCO, 2003).

A atuação domiciliar do ACS, junto a outros profissionais de saúde, como o médico e o enfermeiro, propicia a horizontalização das relações de poder, ampliando as possibilidades da gestão do cuidado pela equipe. Porém, os demais profissionais das equipes da ESF nem sempre valorizam a dimensão cuidadora da prática profissional do ACS. Este fato evidencia-se através das relações de poder que se estabelecem. Na maioria dos casos, o ACS não participa do processo decisório relacionado à gestão do cuidado, organização e funcionamento dos serviços de saúde (MERHY; FRANCO, 2003).

Esta situação, associada ao fato do ACS residir e trabalhar em uma mesma comunidade, abre a possibilidade de que este trabalhador sofra pressões, tanto por parte da população como também pelos demais profissionais que atuam na unidade, gerando agravos e prejuízos para sua saúde e qualidade de vida (COSTA et al, 2012).

#### 3.4 AS CONDIÇÕES E AS VIVÊNCIAS DE PRAZER E SOFRIMENTO NO TRABALHO

O campo da saúde do trabalhador integra-se ao campo de conhecimento, investigação e intervenção de forma intersetorial e adensa um conjunto de determinantes que vêm sendo alterados nos últimos anos. Estas mutações decorrem das diversas transformações nos processos de trabalho, através da reestruturação produtiva, iniciada na década de 70, que objetivou a recuperação do padrão de acumulação capitalista. Esse processo desencadeou a reconfiguração do trabalho, que atualmente encontra-se caracterizado pela precarização, desemprego estrutural, perda de direitos, flexibilização, polivalência das funções, terceirização dos serviços e crescimento do setor informal. Com isso, há a alteração do perfil dos trabalhadores e também os determinantes da saúde destes, alterando o perfil da morbi-mortalidade no que refere-se ao trabalho, e ainda na organização e nas políticas de saúde e de trabalho (MENDES; WUNSCH, 2011).

Neste contexto, há uma expansão da área da saúde do trabalhador, havendo uma maior organização política e teórica, articulada por diferentes atores sociais e

políticos. Essa expansão se dá também pelo reconhecimento dos determinantes sociais de saúde e a inclusão da saúde do trabalhador no campo da saúde coletiva e em outras políticas públicas. No Brasil, o Ministério da Saúde publicou no ano de 1999 a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (Portaria/MS 1.339) com o objetivo de facilitar a busca dos agravos à saúde, cuja origem advém do campo ocupacional ou ambiental. Nesse sentido, no ano de 2010 foram registrados no país 701.496 acidentes relacionados ao trabalho com a taxa de incidência de 15,9/1.000 trabalhadores e, no estado de Minas Gerais, foram identificados 74.763 registros, com a taxa de incidência de 16,1/1.000 trabalhadores (BRASIL, 1999; PIGNATI; MACIEL; RIGOTTO, 2013).

A saúde do trabalhador é fundamental para o conhecimento dos fatores determinantes de agravos à saúde dessa população e para avaliar o impacto de medidas adotadas (PIGNATI; MACIEL; RIGOTTO, 2013).

Quanto ao trabalho executado pelo ACS, esse contém os tradicionais riscos do trabalho em saúde, sendo eles: químicos, físicos, ergonômicos e biológicos e também àqueles que advém de sua atuação na comunidade, sendo: violência, clima desfavorável, relação potencialmente estressante entre os usuários e colegas de trabalho (MAISSIAT, 2013).

O fato do ACS ser um profissional que atua na comunidade que reside e o papel de mediador da relação entre usuários e demais profissionais de saúde, podem colocá-lo em uma exposição ao sofrimento em proporções mais significativas que os demais profissionais de saúde. A desvalorização que sofre pelos demais trabalhadores e pela comunidade também pode ser uma fonte geradora de sofrimento (MAISSIAT, 2013).

Segundo Dejours (1997), autor que trata da teoria da Psicodinâmica do Trabalho, inexistente a neutralidade na relação entre o trabalho e a saúde psíquica do trabalhador. Dessa forma, a saúde do trabalhador é vista sob a ótica das relações humanas no trabalho, determinando assim as percepções de prazer e sofrimento, a partir das condições dadas no trabalho (MENDES, 2007).

Segundo Mendes (2007), o contexto de trabalho refere-se ao espaço social em que ocorre os processos de trabalho e as relações socioprofissionais. Podem haver experiências tanto de prazer, quanto de sofrimento. Para a psicodinâmica do trabalho,

o prazer está associado à percepção de realização profissional e liberdade de expressão. Evidencia-se através das possibilidades de relatar sentimentos e opiniões a colegas e chefias, vivência de confiança, solidariedade, cooperação e criatividade no trabalho. Por outro lado, a possibilidade do sofrimento, avaliado através do esgotamento, estresse, insatisfação, insegurança, sobrecarga, frustração, insegurança ou medo. Outro determinante é a falta de reconhecimento, através do sentimento de que seu esforço não é valorizado, o que pode gerar sentimento de indignação, inutilidade e injustiça (MAISSIAT, 2013).

As situações de desgaste vivenciadas pelo ACS, podem gerar adoecimento mental, podendo ocasionar em comportamentos compensatórios através da ingestão de bebida e consumo de tabaco (CASTANHA; ARAÚJO, 2006).

Para análise das vivências de prazer e sofrimento no trabalho entre os ACS, será utilizada a Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho – EIPST. Esta escala faz parte do *Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento* –ITRA. Este instrumento foi elaborado e avaliado por Mendes et al., tendo sido adaptado e apresentado em versão final em 2007 (MENDES, 2007).

### 3.5 O CONSUMO DE ÁLCOOL E TABACO NO BRASIL

O consumo de substâncias psicoativas faz parte da história humana e está associado a diversas situações, como rituais, atividades recreativas e meio de socialização ou isolamento (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014).

Quando os portugueses chegaram ao Brasil, descobriram o costume dos indígenas em produzir uma bebida a partir da mandioca, denominada cauim. Era utilizada em rituais e festas, e seu uso era culturalmente definido. Os indígenas também utilizavam o tabaco, que também era desconhecido dos portugueses. Logo, os portugueses começaram a fabricar a cachaça, a partir da cana-de-açúcar. Dessa forma, o álcool e o tabaco estão entrelaçados na cultura brasileira, fazendo parte da maneira do ser social do brasileiro (ANDRADE, ESPINHEIRA, 2014).

A bebida alcoólica está presente na música, na literatura, e através de personagens. Na música, são inúmeras as referências ao álcool. Uma das mais famosas, de autoria de Ochelsis Laureano (1932), foi interpretada por Inezita Barroso, “A marvada pinga”: “Com a marvada pinga/ é que me atrapaio/ Eu entro na venda/ e já dou um taio/ Pego no copo/ e dali num saio/ Ali mesmo eu bebo/ ali mesmo eu caio/ Só pra carrega/ é que dô trabaio”. Está presente também em uma marchinha de carnaval, sendo esta uma das festas mais populares do Brasil: Você pensa que cachaça é água/ Cachaça não é água não/ Cachaça vem do alambique/ E água vem do ribeirão/ Pode me faltar tudo na vida/ Arroz feijão e pão/ Pode me faltar manteiga/ E tudo mais não faz falta não/ Pode me faltar o amor/ Há, há, há, há!/ Isto até acho graça/ Só não quero que me falte/ A danada da cachaça (ACSELRAD et al.;2012).

Atualmente, o Brasil é um dos principais produtores de bebida alcoólica, movimentando milhares de reais anualmente e contribuindo para a geração de empregos. É o primeiro produtor mundial de cachaça, através da produção industrial e artesanal – alambique. Existem mais de quatro mil marcas de cachaça e 1.824 estabelecimentos registrados. Praticamente toda a produção é consumida internamente, sendo a cachaça a segunda bebida alcóolica mais consumida, perdendo apenas para a cerveja. A cerveja é a bebida alcóolica mais consumida no Brasil há pelo menos 20 anos, tornando-se uma fonte rentável de negócios (ACSELRAD et al.;2012).

Uma das estratégias mais potentes para a expansão da indústria de bebidas acontece através da publicidade. Neste âmbito, o álcool raramente é tratado como “droga”, o que facilita a sua aceitação e veiculação através de propagandas. É tratada com familiaridade e referenciada como: gelada, loura, cerva, breja, branquinha, birita, goró, manguaça, mé, etc. (ACSELRAD et al.;2012).

Segundo Laranjeira et al. (2012), o álcool está entre as substâncias psicoativas que mais preocupam, pois é a droga que mais gera violência familiar e urbana, e que contribui com cerca de 10% para toda carga de doença no Brasil.

Evidências apontam que uma maior renda per capita está relacionada com o aumento do consumo de álcool, o que torna o país um mercado promissor para a indústria do álcool (ACSELRAD et al.;2012).

Para as mulheres, o consumo de quatro ou mais doses em uma única ocasião e para os homens, cinco ou mais doses, é denominado *binge drinking* (BD) ou “beber pesado episódico” (WECHSLER; NELSON, 2001).

Entre 2006 e 2012, houveram mudanças significativas na rotina de consumo. Foi observado um aumento considerável na proporção da população que ingere cinco doses ou mais em um dia típico que faz uso de álcool. Em 2006, 71% dos que bebiam, declararam beber até 4 doses em uma única ocasião e 29% declararam beber cinco doses ou mais. Em 2012, foram 39% os que beberam cinco ou mais doses (LARANJEIRA et al; 2012).

Quanto ao BD, em 2006, cerca de 45% dos que faziam uso de álcool declararam ter bebido em *binge* alguma vez nos últimos 12 meses. Em 2012 subiu para 58% (LARANJEIRA et al; 2012).

Além do crescimento na quantidade de doses ingeridas, observou-se também crescimento significativo na frequência do consumo. Observou-se ainda o uso precoce do uso de álcool, semelhante entre homens e mulheres. (LARANJEIRA et al; 2012).

De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - LENAD - quase toda população do estudo se colocou a favor da disponibilização obrigatória de tratamentos gratuitos para o uso abusivo de álcool em instituições de saúde. Quase todos apontaram ser a favor do aumento da fiscalização dos comerciantes em relação à venda de bebidas alcoólicas para menores de idade, bem como existir mais informações sobre o tratamento de alcoolismo (LARANJEIRA et al; 2012).

O uso do álcool faz parte da lista do Ministério da Saúde em que a Estratégia de Saúde da Família necessita priorizar, diante do reconhecimento de que o uso abusivo de álcool é uma questão de saúde pública (BRASIL, 2002).

Segundo Souza; Ronzani (2012), a APS é um instância capaz de atender de maneira mais abrangente as necessidades de saúde da população e, diante disto, os profissionais tem contato com grande número de pessoas que deveriam ser abordadas em relação ao uso de álcool e tabaco. Portanto, a APS tem potencial para a prevenção de situações de uso abusivo, para que não evoluam para um quadro de dependência dessas substâncias.

Diante disso, é necessário saber como é o consumo de álcool entre os trabalhadores da APS, entre esses, destaco o ACS, pelo perfil de trabalho educacional que exerce, para que este assunto seja abordado em sua prática diária de trabalho (SOUZA; RONZANI;2012).

Muitos portadores de sofrimento mental e usuários de drogas são alvo de estigmas que os excluem do direito ao cuidado de saúde. O preconceito e o estigma são barreiras ao tratamento, sendo importante a execução de intervenções que promovam o rompimento de tais barreiras, visando o cuidado de saúde. (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014).

São diversas as formas de uso excessivo que podem causar riscos importantes ou nocivos para o indivíduo. O beber em excesso pode causar enfermidades no âmbito individual e problemas sociais e coletivos - familiares, amigos, relações de trabalho. Assim sendo, seu uso está ligado a rompimento de vínculos familiares, lesões graves, demissões, hospitalizações e mortes prematuras, que levam a prejuízos econômicos (ANDRADE, ESPINHEIRA, 2014).

O uso de uma substância psicoativa depende de três elementos: de suas propriedades farmacológicas (estimulantes, depressoras ou perturbadoras); das condições físicas, psíquicas e das expectativas; do ambiente e do contexto do uso dessa droga (ANDRADE, ESPINHEIRA, 2014).

Dessa forma, o AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test - foi desenvolvido para o rastreio do uso excessivo de álcool, pois grande parte das pessoas que consomem álcool de forma abusiva não são diagnosticadas. Este instrumento permite a identificação desses indivíduos, sendo de grande importância para a redução dos danos causados pelo seu uso (OMS, 2006).

Em 1982 a Organização Mundial de Saúde solicitou a um grupo de pesquisadores para que desenvolvessem um instrumento simples de rastreamento. O objetivo era identificar os indivíduos com problemas recentes com o álcool, usando para isso procedimentos úteis para serviços de países desenvolvidos e em desenvolvimento (OMS, 2006).

Foi realizado um estudo internacional para selecionar o que estava sendo produzido em seis países (Noruega, Austrália, Quênia, Bulgária, México e Estados

Unidos) no que referia-se ao rastreamento. Diferente dos outros instrumentos, este foi planejado para identificar precocemente o uso de risco e nocivo e a dependência do álcool (OMS, 2006).

Cerca de 2000 pacientes foram selecionados para participarem deste rastreamento. Destes, 64% bebiam com frequência e 25% tinham dependência do álcool. Foram realizados exames físicos nos pacientes e uma entrevista extensa, que abordava sobre características demográficas, histórico de saúde, uso de álcool e outras drogas, reações psicológicas ao álcool, problemas associados ao beber e familiares com histórico de alcoolismo (OMS, 2006).

Os tópicos do AUDIT foram selecionados a partir deste conjunto de questões relacionados ao uso diário de álcool, frequência de consumo de seis ou mais doses em uma ocasião, e a habilidade dos tópicos em diferenciarem entre o uso de risco e o uso nocivo (OMS, 2006).

O AUDIT difere-se dos demais questionários de rastreamento, pois foi baseado em dados coletados de uma ampla amostra multinacional. Utilizou princípios conceituais estatísticos para a seleção de itens, enfatizando a identificação do beber de risco e consequências adversas de beber, com o enfoque em sintomas dos últimos 12 meses e não em sintomas que ocorreram em algum momento da vida (OMS, 2006).

Através deste instrumento, várias populações vem sendo estudadas. Compatibilidade cultural e aplicabilidade internacional foram consideradas importantes para o seu desenvolvimento. Pesquisas desenvolvidas em vários países e culturas favorecem o uso internacional do AUDIT (OMS, 2006).

O AUDIT significa “Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool”, e tem como algumas de suas características e vantagens: avaliar o uso de álcool nos últimos 12 meses, ser utilizado pela equipe de saúde ou assistência social e em outros serviços; ser aplicado através de entrevista ou auto preenchível; e suas questões corresponderem aos principais critérios diagnósticos da CID-10 (MICHELI et al., 2014).

Para falar do uso abusivo, faz-se necessário diferenciar uso de risco, uso nocivo e dependência alcoólica. O uso de risco refere-se a um padrão de consumo

de álcool que aumenta as consequências de ocorrências perigosas para o indivíduo e para quem está à sua volta; o uso nocivo refere-se a um padrão de consumo de álcool que ocasiona danos físicos e mentais para a saúde, e traz também danos sociais; a dependência alcoólica está associada ao desejo muito forte de consumir álcool, associado a dificuldade em controlar o uso e o nível de consumo, o uso persistente mesmo já tendo consciência de prejuízos, perdas de vínculos familiares e empregatício, já tendo reações de abstinência quando ocorre a interrupção do mesmo (OMS, 2006).

O uso de álcool está relacionado a várias morbidades, como: câncer de boca, esôfago, laringe, cirrose hepática, pancreatite e causa danos à saúde da gestante. Doenças como hipertensão, gastrite, diabetes, alguns tipos de derrame, depressão são agravadas, se correlacionadas com o uso abusivo de álcool (OMS, 2006).

Além disso, ocasiona acidentes automobilísticos, quedas e risco de executar as atividades laborais sob efeito de álcool. Dessa forma, o padrão de uso e a quantidade de álcool consumido, podem acarretar em acidentes e prejuízos no trabalho (OMS, 2006).

Os principais fatores relacionados aos problemas de uso abusivo estão ligados à falta de conhecimento sobre os limites do uso e sobre os riscos associados ao consumo excessivo do álcool. O rastreamento faz-se necessário haja vista que pessoas que não são dependentes podem parar ou reduzir seu consumo através da oferta de apoio e assistência. Quando já está desenvolvida, a dependência torna-se mais difícil de tratar e requer o apoio especializado (OMS, 2006).

O AUDIT portanto, é um instrumento de rastreamento do consumo de álcool e dos riscos associados, utilizado em serviços de atenção primária e em outros contextos. Foi desenvolvido com base em um extenso processo de validação em seis países. Ainda são desenvolvidas pesquisas para avaliar a sua precisão e utilização em diversas situações, populações e grupos culturais (OMS, 2006).

Foi desenvolvido e avaliado durante vinte anos, elaborado com fins de medir de forma precisa os riscos através da idade, gênero e cultura. Traz algumas vantagens como: ser padronizado internacionalmente, sendo o único instrumento de rastreio específico de uso internacional; distingue uso de risco e uso nocivo, assim como a possibilidade de dependência; é breve e rápido; destinado à profissionais da atenção primária à saúde, tem o foco no uso recente de álcool (OMS, 2006).

O rastreio do paciente deve ser anual. Faz-se necessário explicar ao paciente qual o conteúdo das perguntas, o motivo de fazê-las e a necessidade de respostas precisas. A aplicação do AUDIT, tanto oral quanto escrita, leva de dois a quatro minutos.

O AUDIT é um instrumento de fácil avaliação. Cada questão oferece um grupo de respostas e cada resposta tem uma pontuação que varia de zero a quatro. Se o paciente marcou oito ou mais pontos, há o indicativo de uso de risco ou nocivo, com possibilidade de dependência. As pontuações altas revelam uma maior seriedade de problemas com o álcool ou dependência (OMS, 2006).

De acordo com a classificação do nível de uso de álcool do AUDIT, há quatro níveis de uso. No primeiro nível, estão localizadas pessoas que fazem uso de baixo risco ou são abstêmicas. São pessoas que bebem menos de duas doses padrão ou não chegam a quantidade de 5 doses padrão em uma única ocasião. No segundo nível, estão as pessoas que fazem o uso de risco, fazendo o uso acima de duas doses padrão todos os dias ou mais de cinco doses padrão em uma única ocasião, porém não apresentam nenhum problema atual. No terceiro nível estão os usuários com o padrão de uso nocivo, ou seja, são indivíduos que apresentam problemas em decorrência da quantidade e da frequência do uso de álcool. Porém são pessoas que não apresentam sintomas de dependência. No último nível, estão as pessoas que apresentam grande probabilidade de apresentarem diagnóstico de dependência (MICHELI et al., 2014).

Já em relação ao tabaco, sua utilização está relacionada à crença de seu poder curador de doenças como bronquite crônica, asma, doenças do fígado, entre outras. Assim, seu consumo foi progressivamente crescente e, no final do século XIX, houve um aumento significativo de seu uso, dado por um processo de grande investimento em propaganda e marketing e pela produção de cigarros em escala mundial. Além disso, o tabaco era relacionado à questões como: bem-estar, sucesso, liberdade e beleza (BRASIL, 2001).

São vários os efeitos prejudiciais à saúde através da exposição ao tabaco, como exemplo, as doenças cardiovasculares e respiratórias, doenças mentais, e mortes. O tabagismo está associado à escolaridade, renda e ocupação dos indivíduos. À nível mundial e também no Brasil observa-se a tendência à queda da prevalência de fumantes (GIATTI; BARRETO, 2011).

Atualmente, o tabagismo constitui-se em um grande problema de saúde pública. Corresponde a cerca de 40% a 45% de todas as mortes por câncer, 90% a 95% das mortes por câncer de pulmão, 75% das mortes por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica-DPOC, 20% das mortes por doenças vasculares e 35% de mortes por doenças cardiovasculares, entre homens de 35 a 69 anos de idade (BRASIL, 2011).

Em 2006 eram 15,1% de fumantes mulheres, em um total geral de 20,8% da população brasileira tabagista. Em 2012 eram 12,8% de mulheres tabagistas e total geral de 16,9% de tabagistas no Brasil (LARANJEIRA et al; 2012).

A nicotina presente no tabaco causa dependência química, assim como drogas ilícitas como a heroína ou cocaína. Está na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no grupo de transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substância psicoativa (INCA, 2007).

No mundo e no Brasil, o tabagismo vem se concentrando cada vez mais em populações de baixa renda e pouca escolaridade. Muitos responsáveis familiares gastam boa parte da renda familiar na compra de cigarros. Relaciona-se ainda a perda de produtividade e exclui muitos indivíduos do mercado de trabalho (INCA, 2007).

A intervenção para o controle do tabagismo no Brasil ocorreu a partir da década de 70, sendo uma iniciativa de profissionais isolados, associações médicas, religiosas e Organizações Não Governamentais - ONG's, através de projetos de leis e manifestações públicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2001).

No final da década de 80, o Ministério da Saúde passa a realizar ações sistemáticas através no Instituto Nacional de Câncer - INCA. O Programa Nacional de Controle de Tabagismo - PNCT - foi sendo construído ao longo desse período através de parcerias e alianças e com duas frentes de trabalho. A primeira voltada para a prevenção do uso entre crianças e adolescentes e a segunda de estímulo à cessação do tabagismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2001).

Até meados da década de 90, as ações ocorreram de maneira pontual, e a partir de 1996 as ações assumiram um caráter continuado, de alcance nacional, através de um processo de descentralização. Estas ações foram importantes para a

mudança de paradigma, em que o tabagismo se transformou progressivamente num comportamento indesejável (BRASIL, 2001).

No ano de 2005, o Brasil aderiu a um tratado internacional para o controle do tabaco. Tratou de algumas medidas como: proteção da população contra a exposição à fumaça do tabaco em ambientes fechados; desenvolvimento de programas de educação e conscientização sobre os prejuízos do tabagismo; proibição da publicidade, promoção e patrocínio de produtos de tabaco; implementação de programas de tratamento de dependência da nicotina, entre outras (INCA, 2007).

Desde então, o Ministério de Saúde, através do INCA e em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e ONG's tem desenvolvido atividades que envolvem a socialização de informações sobre a cessação de fumar, a fim de que os profissionais de saúde incorporem esta demanda nas rotinas de atendimento dos serviços de saúde, para a redução da prevalência de fumantes e da morbi-mortalidade relacionada ao tabagismo em nosso país (BRASIL, 2001).

Entre os trabalhadores da área da saúde, existem evidências de que o uso do tabaco impacta negativamente na saúde dos profissionais e na assistência que prestam. No Brasil e em outros países desenvolvidos e em desenvolvimento, há estudos que indicam que o tabagismo pode comprometer a credibilidade do profissional, haja vista que espera-se que o mesmo seja exemplo aos usuários em relação a hábitos saudáveis. Os entraves postos aos profissionais de saúde são semelhantes aos desafios associados ao tabagismo como a frustração, o trabalho estressante, impotência, desvalorização, fraco reconhecimento, instabilidade empregatícia, alta demanda de trabalho e jornadas extensas (BARBOSA; MACHADO, 2015).

Para o tratamento do tabagismo, é necessário entender a dependência à nicotina, que possui três componentes. O primeiro refere-se à dependência física, responsável por sintomas da síndrome de abstinência quando se deixa de fumar. O segundo refere-se a dependência psicológica, em que há a sensação de alívio para lidar com sentimentos como solidão, frustração e pressões sociais. Por último, o condicionamento, que são as associações habituais com o fumar, como por exemplo, tomar café e fumar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Dessa forma, o tratamento ao fumante tem como eixo fundamental a abordagem cognitivo-comportamental, a fim de informar o fumante sobre os riscos de fumar e benefícios de parar de fumar, motivá-lo e apoiá-lo para a cessação do uso de tabaco (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2001).

O grau de dependência de nicotina pode ser avaliado através do teste Fagerström. Este teste foi desenvolvido em 1978 a fim de fornecer a medida de dependência de nicotina. Traz informações importantes como quando ocorre o primeiro cigarro do dia, sendo este um indicador de sucesso da cessação do tabagismo. É colocado em questão a quantidade de cigarros fumados por dia, sendo esta uma medida válida para verificar a dependência da nicotina. São realizadas ainda perguntas acerca do comportamento dos fumantes (TODD et al.,1991).

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo faz parte de uma pesquisa de amplitude maior, denominado “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde – condições de trabalho e vida”, que objetivou conhecer as condições de vida e saúde de trabalhadores que atuam na Atenção Primária à Saúde.

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo do uso de álcool e tabaco associado às vivências de prazer e sofrimento no trabalho entre os Agentes Comunitários de Saúde do município de Juiz de Fora/MG, foi realizado através de um estudo transversal quantitativo.

O estudo transversal, expressão utilizada na América Latina desde a década de 1970, também recebe outras denominações, como estudo seccional, survey, cross-sectional (MEDRONHO, et al.,2009).

O atributo essencial deste tipo de estudo é a observação de cada indivíduo que compõe a amostra em uma determinada época ou oportunidade. Os objetivos deste tipo de estudo estão sempre relacionados com indivíduos em local e época demarcados. Desse forma, o termo transversal está relacionado à temporalidade, isto é, com a época da coleta dos dados (MEDRONHO, et al.,2009).

Estudos transversais tem sido utilizados para investigar uma ampla gama de problemas de saúde pública. É um excelente método para descrever características de uma população em determinada época, o que permite o planejamento e a administração de ações voltadas para a prevenção, tratamento e reabilitação à níveis individuais e coletivo (MEDRONHO, et al.,2009; ROUQUAYROL, 2013).

## 4.2 CENÁRIO

O município de Juiz de Fora está localizado na zona da mata mineira, com população em 2010 de 516.247 em uma área territorial de 1.435,749 Km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 359,59 hab/Km<sup>2</sup>. Possui 165 estabelecimentos de saúde que integram o SUS (IBGE, 2017).



**Figura 1** Mapa de Juiz de Fora – MG

Fonte: Site IBGE. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br>

A ESF foi implantada no município em 1995, apresentando crescimento expressivo nos últimos anos e, atualmente, encontra-se em processo de consolidação. Convive ainda, com um modelo misto de atenção à saúde: A ESF, estratégia que propõe a substituição das práticas tradicionais de assistência e as equipes com modelo tradicional (HORTA et al., 2014).

O cenário de estudo foram as 63 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Juiz de Fora, distribuídas nas 7 regiões administrativas e em 12 regiões sanitárias. Destas, 89 equipes atuam na estratégia da saúde da família, alocadas em 39 UAPS. São 24 o número de equipes que atuam no modelo

tradicional, havendo equipes nas áreas urbana e rural. A cobertura dos serviços da APS no município correspondem a, aproximadamente, 81%, em que 19% da população estão em área descoberta de serviços e ações da atenção primária. A ESF abrange 51% do município, sendo 49% a população descoberta por esta estratégia (HORTA et al., 2014).

A pesquisa foi realizada em unidades de Atenção Primária à Saúde de ambos os modelos: àquelas cobertas por ações e serviços da ESF e as unidades de modelo tradicional, ou que possuem o PACS. A tabela abaixo apresenta a cobertura da APS no município de Juiz de Fora.

**Tabela 1** Cobertura da APS no município de Juiz de Fora/MG, 2013.

	UAPS	N	%	Equipe SF
Modelo	39	268.287	51	89
Tradicional (*)	22	129.101	25	–
Mista\PACS	2	31.045	6	–
Total	63	428.433	81	89
População IBGE (2010)		526.709	100	
População Descoberta		98.276	19	
(*) População Estimada				

Fonte: Plano Diretor do Município de Juiz de Fora, 2014.

#### 4.3 SUJEITOS

Os sujeitos deste estudo foram os Agentes Comunitários de Saúde atuantes na atenção primária à saúde do município de Juiz de Fora, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

O critério de inclusão para participar da pesquisa foi a atuação em uma das unidades de Atenção Primária à Saúde. Foram excluídos os trabalhadores que não foram encontrados após três tentativas consecutivas. Todos os participantes que se adaptaram aos critérios de inclusão foram convidados a responder o questionário e participar da pesquisa de forma voluntária (BRASIL, 2012).

O estudo é composto por uma amostra probabilística aleatória, cujo cálculo foi realizado considerando o intervalo de confiança de 95% (IC95%), erro alfa de 6%, prevalência de 50% (dada à multiplicidade de desfechos analisados e ausência prévia de estudo com essa perspectiva), tamanho da população de 500 indivíduos, e possíveis perdas por recusa como aproximadamente 25%. Com base nesses parâmetros, a amostra estimada foi de 265 participantes. A base populacional foi construída a partir de dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do município.

Para a seleção dos participantes foi realizado um sorteio com ordenação alfabética dos sujeitos, independentemente da localização geográfica dos mesmos. Foram sorteados 279 ACS, e 212 responderam: 67 foram excluídos por motivo de afastamento médico (39), desvio de função (1), exoneração/demissão (8), aposentadoria (3), recusa em participar da pesquisa (11) e não localizados após três tentativas (5).

Para a manutenção dos parâmetros da amostra válida para o estudo e garantir a representatividade da pesquisa, devido ao número de perdas ter ultrapassado os 20% previamente calculados, foi realizado um segundo sorteio. Neste, foram retirados os ACS já sorteados, havendo 19 nomes. Foram realizadas 14 entrevistas e 5 perdas por: licença médica (2) e não localizados após três tentativas (3).

#### 4.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário contendo perguntas fechadas e abertas, aplicado individualmente nas UAPS. Os dados foram digitados em um dispositivo Android portátil – tablete ou smartphone - no programa “Open Data

Kit” - ODK - para construção do banco de dados que posteriormente foram processados e analisados.

O programa “Open Data Kit”, ODK, refere-se a um conjunto de ferramentas que auxiliam na organização da coleta de dados móveis. Possibilita criar formulários de coletas de dados ou pesquisas; coletar os dados em um dispositivo e enviá-lo para um servidor, no modo off-line; e agregar os dados coletados em um servidor e enviá-los em formatos úteis (ODK, 2016).

Foi desenvolvido pela Universidade de Washington, com o objetivo de utilizar a tecnologia para a melhoria da qualidade de vida nos países em desenvolvimento. O conjunto de software ODK é composto por diferentes programas, incluindo o ODK Collect e o ODK Aggregate (JEFREY-COKER, BASINGER, MODI, 2010).

O ODK Collect foi instalado em sistema Android e os questionários foram salvos na memória do aparelho, onde pôde ser acessado e concluído mesmo sem conectividade. Em seguida, os questionários realizados no aparelho foram enviados para um servidor que possui a ferramenta Aggregate ODK, via wifi ou através de conexão de internet móvel (JEFREY-COKER, BASINGER, MODI, 2010).

Os dados utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos.

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

Para análise dos dados foi utilizada a análise descritiva, univariada, utilizada para explorar, descrever e resumir os dados por meio de frequências absolutas e porcentagens. Para descrição da realidade e construção do perfil da população, foram utilizadas medidas de tendência central como a média aritmética simples, mediana e moda, medidas de variabilidade como o desvio padrão e medidas de posição como percentis.

Em seguida, foi realizada as análises bivariadas buscando correlacionar os níveis de dependência à nicotina, os padrões de consumo de álcool e as possíveis relações com as variáveis independentes. Para tal verificação foi utilizado o Teste qui-quadrado, adotando-se o nível de significância estatística de 5% ( $p < 0,05$ ).

Os dados que, em um primeiro momento, foram agrupados no ODK para a construção do banco de dados, foram transportados para o programa Statistical Package for the Social Sciences - SPSS - versão 15.0, sendo este um software que realiza o processamento, análise e apresentação de dados estatísticos.

Os desfechos a serem estudados foram: identificação de transtornos pelo uso de álcool utilizando o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT); prevalência do uso de tabaco através do teste de *Fagerström* e vivências de prazer e sofrimento no trabalho através da *Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho - EIPST* (TODD et al., 1991; OMS, 2006; MENDES, 2007).

O AUDIT é utilizado para identificar pessoas com padrões de consumo de risco ou nocivo de álcool. Foi desenvolvido pela OMS como um método simples de investigação do uso excessivo de álcool. É utilizado na identificação de situações que o beber em excesso está sendo a causa de adoecimento. Foi validado em pacientes de atenção primária à saúde de seis países, sendo o único instrumento de rastreamento específico para uso internacional (OMS, 2006).

O AUDIT é um instrumento fácil de ser avaliado. Cada questão oferece um grupo de respostas e cada resposta tem uma pontuação que varia de 0 a 4. Todos os pontos devem ser somados para ser avaliado o resultado. Oito ou mais pontos indicam o consumo de risco ou nocivo, como também a possibilidade de dependência. Esta pontuação pode refletir em uma maior severidade de problemas com álcool ou dependência (OMS, 2006).

Para uma análise mais detalhada, é necessário observar quais questões foram pontuadas. Geralmente, 1 ponto ou mais nas questões 02 e 03 (“quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber” e “com que frequência você consome seis ou mais doses de uma vez”) indicam consumo de risco (OMS, 2006).

Pontuação acima de 0 nas questões 04, 05 e 06 (“quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado”, “quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você”, e “quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior”) podem significar a tendência à dependência de álcool (OMS, 2006).

Pontuação acima de 0 nas questões 07 a 10 (“quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido”, “quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida”, e “algum parente, amigo, ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse”) indicam que já houve algum prejuízo causado pelo álcool. As duas últimas questões são importantes de serem analisadas pra determinar se o indivíduo já teve problemas com álcool no passado, mesmo que no presente não haja uso de risco (OMS, 2006).

A OMS sugere que para pontuações entre 08 à 15, seria apropriado o uso de orientações simples, objetivando a redução do uso de risco. Para pontuações entre 16 à 19, é sugerido aconselhamento breve e o monitoramento continuado. Para pontuações acima de 20 é necessário que seja feita uma avaliação de dependência de álcool (OMS, 2006).

O Teste de Fagerström possibilita avaliar o grau de dependência da nicotina. Para cada alternativa das 06 questões, existe uma pontuação. A soma desta pontuação permite a avaliação do grau de dependência de nicotina. Consiste nas seguintes perguntas: “quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro”; “você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, etc”; “qual o cigarro do dia que traz mais satisfação”; “quantos cigarros você fuma por dia”; “você fuma mais frequentemente pela manhã”; “você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo” (INCA, 2007).

Como já citado anteriormente, o grau de dependência é considerado de acordo com a pontuação. Entre 0 a 2 pontos, é considerado muito baixo, de 3 a 4 pontos é considerado baixo, 5 pontos classificado como médio, de 6 a 7 pontos, elevado e entre 08 a 10, o grau de dependência é considerado muito elevado (INCA, 2007).

A Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho - EIPST - possui 32 itens, distribuídos em quatro fatores: realização profissional, liberdade de expressão, vivência de sofrimento e falta de reconhecimento. Os dois primeiros itens avaliam o prazer e os dois últimos, o sofrimento (MENDES, 2007).

A avaliação da ocorrência de indicadores de prazer e sofrimento, é realizada através do somatório dos pontos, variando de 0 a 6 e em seguida, a realização do cálculo da média desses valores. Para a escala de prazer, a avaliação deve ser considerada: acima de 4 - positiva, satisfatória; entre 3,9 e 2,1 – moderada, crítica;

abaixo de 2 – raramente, grave. Para a escala de sofrimento, a avaliação deve ser considerada: acima de 4 – negativa, grave; entre 3,9 e 2,1 – moderada, crítica; abaixo de 2 – menos negativa, satisfatório (MENDES, 2007).

O primeiro fator é composto por 9 itens que tratam da realização profissional, vivência de gratificação, orgulho e identificação com o trabalho. O segundo fator é composto por oito itens que tratam da liberdade de expressão, liberdade para pensar, organizar e falar sobre o seu trabalho. O terceiro fator, composto por 7 itens, que tratam sobre esgotamento profissional, frustração, insegurança, desgaste e estresse no trabalho. O quarto fator, possui 8 itens e diz sobre falta de reconhecimento, sentimento de injustiça e desvalorização pelo não reconhecimento do trabalho (MENDES, 2007).

O critério Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) do ano de 2013, será utilizado para a classificação socioeconômica. Para o cálculo dos pontos, será utilizado a posse dos seguintes itens: televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada doméstica, máquina de lavar, videocassete e ou DVD, geladeira e freezer e o grau de instrução do responsável familiar. A partir desta classificação socioeconômica, será possível estimar o poder de compra e a classe social de pertencimento dos indivíduos (ABEP, 2013).

**Quadro 1.** Apresentação das Classes, utilizadas para classificação socioeconômica

<b>Classe</b>	<b>Pontos</b>
<b>A1</b>	42-46
<b>A2</b>	35-46
<b>B1</b>	29-34
<b>B2</b>	23-28
<b>C1</b>	18-22
<b>C2</b>	14-17
<b>D</b>	8-13

E	0-7
---	-----

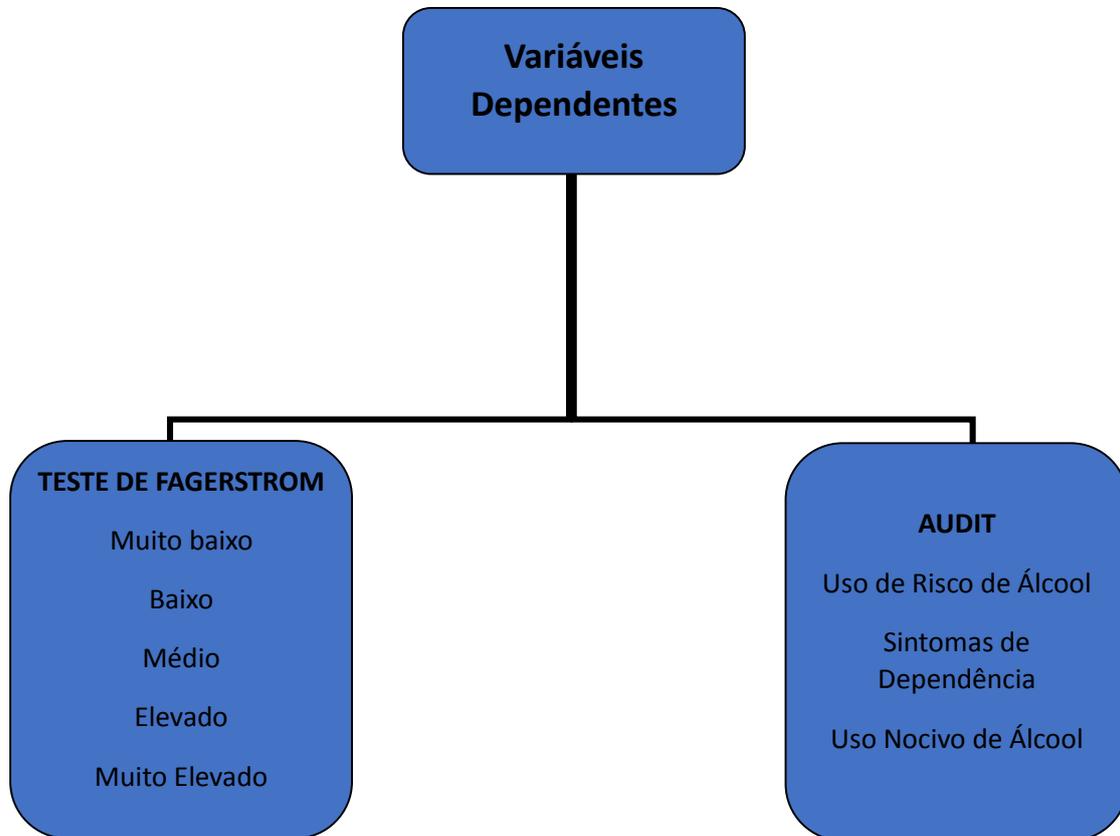
Fonte: Adaptado da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2013).

As variáveis independentes utilizadas no estudo serão as variáveis sexo, idade, cor, escolaridade, estado conjugal, religião, filhos, situação socioeconômica, características do trabalho, e a EIPST. As variáveis dependentes serão o Teste AUDIT e o Teste Fagerström.

**Figura 2** Representação esquemática das variáveis independentes



**Figura 3** Representação esquemática das variáveis dependentes



#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de pesquisas realizadas com seres humanos, o início da coleta de dados ocorreu somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da UFJF (nº 932.706). Foi solicitado ainda, autorização da subsecretaria de atenção primária à saúde da PJJ, para a realização da pesquisa nas UAPS.

Apenas participaram da pesquisa os trabalhadores que concordaram e assinaram o TCLE, no qual foi assegurada a confidencialidade das informações

fornecidas e preservação do anonimato e o direito do sujeito de recusar em participar da pesquisa ou desistir em qualquer momento de fazer parte da mesma (BRASIL, 2012).

## 5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em três subitens que seguem. O primeiro descreverá as características sociodemográficas e de trabalho dos ACS. O segundo será referente aos resultados dos Testes AUDIT, Fagerström e a Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho. O terceiro apresentará as associações entre os testes e as variáveis.

### 5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, ECONÔMICAS E RELACIONADAS AO TRABALHO

#### 5.1.1 Características sociodemográficas e econômicas

No que refere-se as características sociodemográficas da amostra estudada, houve a predominância do sexo feminino, representando 91,5%. Quanto a idade, a maior porcentagem encontra-se na faixa superior a 40 anos (65,9%), com idade mínima de 24 anos e máxima de 72 anos.

Em relação à cor/raça, 51,2% declararam-se pretos ou pardos, e 47,4% brancos. A maioria dos trabalhadores são casados (55,5%) e possuem filhos (76,8%). As religiões que mais predominam são a católica (57,8%) e evangélica (27,5%). Quanto a escolaridade, a maior parte da população deste estudo possui até o ensino médio (60,5%).

**Tabela 2** Frequência das características sociodemográficas, Juiz de Fora, MG, 2017.

Variáveis	Categoria	Frequência	Porcentagem
<b>Sexo</b>	Feminino	193	91,5
	Masculino	18	8,5

	Total	211	100
<b>Cor</b>	Preta-Parda	108	51,2
	Branca	100	47,4
	Amarela	3	1,4
	Total	211	100
<b>Estado Conjugal</b>	Casado-União Estável	117	55,5
	Não Casados	94	44,5
	Total	211	100
<b>Religião</b>	Católico	122	57,8
	Evangélico	58	27,5
	Demais	31	14,7
	Total	211	100
<b>Idade</b>	Até 40 anos	72	34,1
	Mais de 40 anos	139	65,9
	Total	211	100
<b>Escolaridade</b>	Não frequentou escola	3	1,4
	Até 1º Grau	46	22,4

Até 2º Grau	124	60,5
Superior-Pós- Graduação	32	15,6
Total	205	100
Perdas	6	

<b>Filhos</b>	Sim	162	76,8
	Não	49	23,2
	Total	211	100

Fonte: Próprio autor, 2017.

Para a classificação socioeconômica, foram utilizadas as estimativas de renda familiar domiciliar mensal do Critério Brasil, baseado na PNAD 2013. As maiores proporções dos ACS estão nas classes C1 (37,74%) e B2 (35,38%), com rendas brutas mensais entre os valores de R\$ 1.685,00 e R\$ 2.654,00, respectivamente (ABEP,2013).

**Tabela 3** Classificação econômica, segundo o Critério Brasil, dos Agentes Comunitários de Saúde, Juiz de Fora, MG, 2017

Classe	Frequência	Percentual Válido
A2	5	2,36
B1	23	10,85
B2	75	35,38
C1	80	37,74
C2	27	12,74

E	1	0,47
<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>100</b>

Fonte: Próprio autor, 2017.

### 5.1.2 Características relacionadas ao trabalho

Em relação as características relacionadas ao trabalho, a idade de início das atividades laborativas variou entre 6 a 55 anos, sendo que a maioria iniciou aos 21 anos de idade (91%).

Observou-se ainda, que grande parte da amostra, 88,7% dos entrevistados, atuam somente como ACS, mas há 11,3% que desenvolvem outras atividades de trabalho, ultrapassando a carga horária semanal de 40 horas semanais.

Quanto a insalubridade, 99,1% informaram que a recebem, e 9% referem a ocorrência de algum tipo de acidente de trabalho, nos últimos 12 meses. Sobre o tempo de atuação na APS, 40,1 % tem entre 5 a 10 anos, e 59,1% tem de 11 a 20 anos.

**Tabela 4** Características do trabalho do ACS, Juiz de Fora, MG, 2017

Variáveis	Categoria	Valor n	Porcentagem
Idade que começou a trabalhar	6 a 21 anos	192	91
	22 a 55 anos	19	9,1
Atua em quantos empregos.	1 emprego	188	88,7
	2 ou mais empregos	24	11,3
Carga Horária Semanal	Menos de 40h	5	2,3
	40h	175	82,5
	Mais de 40h	25	11,8

Insalubridade	Sim	210	99,1
	Não	2	0,9
Ocorrência de Acidente de Trabalho nos últimos 12 meses	Sim	19	9
	Não	193	91

Fonte: Próprio autor, 2017.

### 5.1.3 Resultados da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho do ACS

Para a investigação das vivências de prazer e sofrimento no trabalho, foi utilizada a Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho – EIPST – que contém 32 perguntas, agrupadas em 4 fatores. São eles: Realização Profissional (9 itens); Liberdade de Expressão (8 itens); Esgotamento profissional (7 itens); e Reconhecimento (8 itens).

As vivências de prazer no trabalho são representadas pelos fatores de realização profissional e liberdade de expressão. A seguir, serão descritos os resultados encontrados.

Quanto ao fator “Realização Profissional”, os resultados demonstraram satisfatório para os itens: satisfação; orgulho pelo que faço; bem-estar; realização profissional; identificação com minhas tarefas; gratificação pessoal com minhas atividades. Foram avaliados como crítico os itens: motivação; valorização; e reconhecimento.

**Tabela 5** Descrição do Fator Realização Profissional, segundo a EIPST, do ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.

Fator Realização Profissional					
Item	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Avaliação
<b>Satisfação</b>	0	6	4,45	1,63	Satisfatório
<b>Motivação</b>	0	6	3,67	1,93	Crítico
<b>Orgulho pelo que faço</b>	0	6	5,04	1,42	Satisfatório
<b>Bem-estar</b>	0	6	4,52	1,56	Satisfatório
<b>Realização profissional</b>	0	6	4,10	1,82	Satisfatório
<b>Valorização</b>	0	6	3,10	2,07	Crítico
<b>Reconhecimento</b>	0	6	3,06	2,03	Crítico
<b>Identificação com as minhas tarefas</b>	0	6	4,77	1,50	Satisfatório
<b>Gratificação pessoal com as minhas atividades</b>	0	6	4,60	1,69	Satisfatório

Fonte: Próprio autor, 2017.

Quanto ao fator “Liberdade de Expressão”, foram avaliados como satisfatório os itens: Liberdade com a chefia para negociar o que precisa; Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas; Solidariedade entre os colegas; Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho; Liberdade para usar a minha criatividade; Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias; Cooperação entre os colegas. Apenas o item “confiança entre os colegas” foi avaliado como crítico.

**Tabela 6** Descrição do Fator Liberdade de Expressão, segundo a EIPST, do ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.

Fator Liberdade de Expressão					
Item	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Avaliação
<b>Liberdade com a chefia para negociar o que precisa</b>	0	6	5,03	1,47	Satisfatório
<b>Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas</b>	0	6	4,87	1,57	Satisfatório
<b>Solidariedade entre os colegas</b>	1	6	5,16	1,16	Satisfatório
<b>Confiança entre os colegas</b>	0	6	3,77	1,73	Crítico
<b>Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho</b>	0	6	4,34	1,72	Satisfatório
<b>Liberdade para usar a minha criatividade</b>	0	6	4,68	1,61	Satisfatório
<b>Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias</b>	0	6	4,93	1,47	Satisfatório
<b>Cooperação entre os colegas</b>	0	6	4,24	1,54	Satisfatório

Fonte: Próprio autor, 2017.

Para avaliar as experiências de sofrimento no trabalho, são utilizados os fatores “Esgotamento Profissional” e “Falta de Reconhecimento”. No primeiro fator, foram avaliados como crítico os itens: Esgotamento emocional; Estresse; Insatisfação; Frustração; Insegurança; e Medo. O item “Sobrecarga” foi avaliado como grave.

**Tabela 7** Descrição do Fator Esgotamento Profissional, segundo a EIPST, do ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.

Fator Esgotamento Profissional					
Item	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Avaliação
<b>Esgotamento emocional</b>	0	6	3,63	2,03	Crítico
<b>Estresse</b>	0	6	3,67	2,07	Crítico
<b>Insatisfação</b>	0	6	3,26	2,01	Crítico
<b>Sobrecarga</b>	0	6	4,00	1,96	Grave
<b>Frustração</b>	0	6	3,58	1,96	Crítico
<b>Insegurança</b>	0	6	3,00	2,18	Crítico
<b>Medo</b>	0	6	2,30	2,19	Crítico

Fonte: Próprio autor, 2017.

Quanto ao fator “Falta de Reconhecimento”, os itens: Falta de reconhecimento de meu esforço; Falta de reconhecimento de meu desempenho; Desvalorização; Indignação; Injustiça foram avaliados como crítico. Os itens Inutilidade e Desqualificação foram avaliados como satisfatório.

**Tabela 8** Descrição do Fator Falta de Reconhecimento, segundo a EIPST, do ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.

Fator Falta de Reconhecimento					
Item	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Avaliação
<b>Falta de reconhecimento de meu esforço</b>	0	6	3,32	2,05	Crítico

<b>Falta de reconhecimento de meu desempenho</b>	0	6	3,07	2,15	Crítico
<b>Desvalorização</b>	0	6	3,16	2,14	Crítico
<b>Indignação</b>	0	6	3,42	2,21	Crítico
<b>Inutilidade</b>	0	6	1,53	1,84	Satisfatório
<b>Desqualificação</b>	0	6	1,55	1,91	Satisfatório
<b>Injustiça</b>	0	6	2,55	2,11	Crítico
<b>Discriminação</b>	0	6	1,39	1,96	Satisfatório

Fonte: Próprio autor, 2017.

Na avaliação de cada fator, temos que quanto ao prazer, o resultado foi satisfatório para ambos fatores, enquanto para o sofrimento, os dois fatores foram classificados como crítico, conforme apresentado pela tabela.

**Tabela 9** Resultado da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento do ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.

Fator	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Avaliação
<b>Realização Profissional (9 itens)</b>	0	6	4,14	1,27	Satisfatório
<b>Liberdade de Expressão (8 itens)</b>	1	6	4,63	1,06	Satisfatório
<b>Esgotamento profissional (7 itens)</b>	0	6	3,35	1,50	Crítico
<b>Reconhecimento (8 itens)</b>	0	6	2,49	1,54	Crítico

Fonte: Próprio autor, 2017.

## 5.2 RESULTADOS DOS TESTES AUDIT E TESTE DE FAGERSTROM

### 5.2.1 Os Agentes Comunitários de Saúde e o uso de álcool

Com relação ao uso de álcool, 53,8% negam o consumo do mesmo, 14,6% fazem uso uma ou menos de uma vez por mês, 25% fazem uso de 2 a 4 vezes por mês, 6,1% faz uso de 2 a 3 vezes por semana, e 0,5% faz uso 4 ou mais vezes por semana.

**Tabela 10** Frequência do uso de Álcool pelos ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.

Variáveis	Categoria	Valor n	Porcentagem
Uso de Álcool	Nenhuma	114	53,8
	Uma ou menos de uma vez por mês	31	14,6
	2 a 4 vezes por mês	53	25,0
	2 a 3 vezes por semana	13	6,1
	4 ou mais vezes por semana	1	0,5

Fonte: Próprio autor, 2017.

Em relação ao Teste AUDIT, 87,2% da população estudada apresenta consumo de baixo risco ou são abstêmicas, 12,2% apresentam consumo de risco e 0,47%

provável dependência. Destaca-se que não foi registrado nenhum ACS na faixa do consumo nocivo.

**Tabela 11** Distribuição dos ACS segundo o teste AUDIT, Juiz de Fora, MG, 2017.

<b>Zonas de Classificação</b>	<b>Níveis de consumo de álcool</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual Válido</b>
<b>Zona I</b>	Consumo de baixo risco ou abstinências	185	87,26
<b>Zona II</b>	Consumo de risco	26	12,27
<b>Zona III</b>	Consumo nocivo	-	-
<b>Zona IV</b>	Provável dependência	1	0,47

Fonte: Próprio autor, 2017.

### 5.2.2 Os Agentes Comunitários de Saúde e o uso de tabaco

Observa-se que nesta população estudada, a maior porcentagem está localizada na categoria de não fumante (69,3%), seguidos daqueles que pararam de fumar (20,8%) e dos tabagistas (9,9%).

**Tabela 12** Frequência do uso de tabaco entre os ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.

		<b>Frequência</b>	<b>Percentual Válido</b>
Uso de Tabaco	Tabagista	21	9,9
	Não Fumante	147	69,3
	Parou de Fumar	44	20,8

Fonte: Próprio autor, 2017.

No que refere-se ao teste Fagerström, o nível de dependência muito baixa foi predominante (42,86%). Porém, observa-se que há um percentual expressivo de ACS que apresentam grau elevado de dependência à nicotina (38,1%).

**Tabela 13** Grau de dependência à nicotina dos ACS segundo Teste Fagerström, Juiz de Fora, MG, 2017.

Grau de dependência à nicotina	Frequência	Percentual Válido
Muito Baixo	9	42,86
Baixo	3	14,29
Médio	1	4,76
Elevado	8	38,1
Muito elevado	-	-

Fonte: Próprio autor, 2017.

### 5.3 AS ASSOCIAÇÕES ENTRE OS TESTES E AS VARIÁVEIS

Para analisar os dados foi usado o teste Qui Quadrado, utilizado para avaliar a dependência entre variáveis qualitativas. Neste estudo, a hipótese nula é que não há associação entre as variáveis, enquanto a hipótese alternativa é de que existe associação entre elas. Para verificar a conexão entre as variáveis estudadas, usaremos o P-valor do Qui Quadrado com nível de significância de 5%. Isto é, caso o p-valor seja maior que 5% nós aceitamos a hipótese nula de que não há dependência entre as variáveis, mas caso o p-valor seja menor que 5% nós rejeitamos a hipótese nula e podemos dizer que há dependência entre as variáveis estudadas.

### 5.3.1 O AUDIT e as variáveis sociodemográficas e econômicas

Ao cruzarmos as faixas de classificação do teste AUDIT com as variáveis sociodemográficas e econômicas, conforme apresentado na Tabela 14, encontramos significância estatística (p-valor menor que 0,05), entre as faixas de classificação do teste AUDIT e a variável “situação conjugal” (p-valor igual a 0,037). Os dados mostram que os casados tendem a se enquadrar no baixo risco, enquanto os não casados tendem a ter consumo de risco e provável dependência ao álcool.

As demais variáveis (sexo, idade, filhos, cor, religião, escolaridade e rendimento familiar), não apresentaram significância estatística, concluindo-se que não há dependência entre elas e o uso de álcool. Porém, podemos descrever que a maior porcentagem de consumo de risco e provável dependência são de mulheres (85,2%), a idade mais expressiva é a partir dos 40 anos de idade (55,6%), a maior parcela possui filhos (66,7%), são católicos (66,7%), possuem renda de até três salários mínimos (96,3%), com predomínio das cores preta e parda (74%).

**Tabela 14** Análise dos níveis do AUDIT em relação as variáveis sociodemográficas e econômicas. Juiz de Fora, MG, 2017.

Variáveis		Baixo Risco n (%)	Consumo de risco, nocivo e provável dependência n (%)	P-valor
<b>Sexo</b>	Masculino	14 (7,6%)	4 (14,8%)	0,211
	Feminino	170 (92,4%)	23 (85,2%)	
<b>Idade</b>	Até 40 anos	61 (33,0%)	12 (44,0%)	0,241
	Mais de 40 anos	124 (67,0%)	15 (55,6%)	
<b>Filhos</b>	Sim	144 (78,3%)	18 (66,7%)	0,183
	Não	40 (21,7%)	9 (33,3%)	

<b>Situação conjugal</b>	Casado	108 (58,4%)	10 (37,0%)	0,037
	Não casado	77 (41,6%)	17 (63,0%)	
<b>Rendimento familiar (salário mínimo)</b>	Até 3 SM	147 (79,5%)	26 (96,3%)	0,107
	4 a 10 SM	35 (18,9%)	1 (3,7%)	
	Mais de 11	3 (1,6%)	0 (0%)	

<b>Variáveis</b>	<b>Baixo Risco</b>	<b>Consumo de risco, nocivo e provável dependência</b>	<b>P-valor</b>	
<b>Religião</b>	Católico	104 (56,5%)	18 (66,7%)	0,722
	Evangélico	51 (27,7%)	7 (25,9%)	
	Espírita	15 (8,2%)	2 (7,4%)	
	Testemunha de Jeová	5 (2,7%)	0 (0%)	
	Candomblé	1 (0,5%)	0 (0%)	
	Não tenho religião	8 (4,3%)	0 (0%)	
	<b>Cor</b>	Preta	27 (14,7%)	
Parda		61 (33,2%)	11 (40,7%)	
Branca		93 (50,5%)	7 (25,9%)	
Amarela		3 (1,6%)	0 (0%)	
<b>Escolaridade do chefe da família</b>	Não frequentou escola	2 (1,1%)	1 (3,7%)	0,350
	1º Grau Incompleto	22 (12,4%)	3 (11,1%)	

1ºGrau Completo	20 (11,2%)	1 (3,7%)
2ºGrau Incompleto	6 (3,4%)	1 (3,7%)
2ºGrau Completo	98 (55,1%)	19 (70,4%)
Universitário Incompleto	7 (3,9%)	2 (7,4%)
Universitário Completo	21 (11,8%)	0 (0%)
Pós- Graduação	2 (1,1%)	0 (0%)

Fonte: Próprio autor, 2017.

### 5.3.2 O AUDIT e as associações em relação as características e vivências de prazer e sofrimento no trabalho

Em relação às características de trabalho do ACS, associadas aos resultados do teste AUDIT, não apresentaram significância estatística. Entre os que fazem uso de risco e provável dependência, 81,5% trabalham no período diurno e apresentam carga de trabalho semanal de até 40 horas e 85,2% possuem um emprego.

**Tabela 15** Análise das zonas de classificação do AUDIT, em relação as características de trabalho do ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.

Variáveis	Baixo Risco n (%)	Consumo de risco, nocivo e provável dependência n (%)	P- valor
-----------	----------------------	--	-------------

<b>Trabalha durante a noite</b>	Sim	19 (10,3%)	5 (18,5%)	0,206
	Não	166 (89,7%)	22 (81,5%)	
<b>Carga horária semanal</b>	Até 40 horas semanais	158 (85,4%)	22 (81,5%)	0,595
	Mais de 40 horas semanais	27 (14,6%)	5 (18,5%)	
<b>Quantidade de emprego</b>	1 emprego	165 (89,2%)	23 (85,2%)	0,540
	2 ou mais empregos	20 (10,8%)	4 (14,8%)	

Fonte: Próprio autor, 2017.

Foram realizados cruzamentos dos resultados dos testes AUDIT e os resultados da EIPST. O cruzamento não demonstrou significância estatística. Dos que apresentam consumo de risco, nocivo e provável dependência, 57,7% estão classificados como “crítico” para o item “sofrimento” e 53,8% estão como “grave” no item “prazer”.

**Tabela 16** Análise das zonas de classificação do AUDIT, em relação ao resultado da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no trabalho, do ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.

<b>Variáveis</b>	<b>Audit</b>		<b>P-valor</b>	
	Baixo Risco	Consumo de risco, nocivo e provável dependência		
<b>Sofrimento</b>	Grave	57 (31%)	5 (19,2%)	0,411
	crítico	83 (45,1%)	15 (57,7%)	
	satisfatório	44 (23,9%)	6 (23,1%)	

<b>Prazer</b>	Satisfatório	4 (2,2%)	0 (0%)	0,179
	Crítico	53 (28,8%)	12 (46,2%)	
	Grave	127 (69%)	14 (53,8%)	

Fonte: Próprio autor, 2017.

### 5.3.3 O AUDIT e os domínios e os conteúdos deste teste

A seguir, foram realizados cruzamentos dos resultados do teste AUDIT e os domínios e os conteúdos do questionário deste teste, conforme apresentado pela OMS, sendo esta uma possibilidade de compreender e melhor caracterizar o uso de álcool pelos ACS.

A Tabela 17 mostra que entre os consumidores que apresentam baixo índice de ingestão de bebida alcoólica, segundo o teste AUDIT, 20,5% consomem de 2 a 4 vezes por mês. Ainda dentro deste grupo temos que 49,3% consomem de 1 a 2 doses em um dia típico em que se está bebendo e 32,4% ingerem de 3 a 4 doses. Já no grupo de consumo de risco, nocivo e provável dependência, são 63% aqueles que consomem de 5 a 6 doses de bebida alcóolica e, 48,1% os que bebem 6 ou mais doses de álcool semanalmente. É importante ressaltar que 61,6% não consomem bebidas alcólicas.

**Tabela 17** Análise das zonas de classificação do AUDIT, em relação ao domínio deste teste, referente ao uso de risco de álcool, Juiz de Fora, MG, 2017.

<b>Variáveis</b>		<b>Baixo Risco n (%)</b>	<b>Consumo de risco, nocivo e provável dependência n (%)</b>	<b>P-valor</b>
<b>Frequência do consumo de bebidas alcólicas</b>	Nenhuma	114 (61,6%)	0 (0%)	menor que 0,01
	Uma ou menos de uma vez por mês	29 (15,7%)	2 (7,4%)	

	2 a 4 vezes por mês	38 (20,5%)	15 (55,6%)	
	2 a 3 vezes por semana	4 (2,2%)	9 (33,3%)	
	4 ou mais vezes por semana	0 (0%)	1 (3,7%)	
<b>Quantidade de doses contendo álcool que se consome num dia típico quando se está bebendo</b>	Nenhuma	2 (2,8%)	0 (0%)	menor que 0,01
	1 a 2	35 (49,3%)	0 (0%)	
	3 a 4	23 (32,4%)	4 (14,8%)	
	5 a 6	11 (15,5%)	17 (63,0%)	
	7 a 9	0 (0%)	2 (7,4%)	
	10 ou mais vezes	0 (0%)	4 (14,8%)	
<b>Frequência que consome 6 (seis) ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião</b>	Nunca	37 (52,1%)	0 (0%)	menor que 0,01
	Menos que mensalmente	29 (40,8%)	6 (22,2%)	
	Mensalmente	5 (7,0%)	8 (29,6%)	
	Semanalmente	0 (0%)	13 (48,1%)	

Fonte: Próprio autor, 2017.

No cruzamento das variáveis que indicam a situação de provável dependência com os resultados do AUDIT, há significância estatística quanto a “frequência que percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado”. Percebemos que 22,2% entre os consumidores de maior risco já beberam sem conseguir parar e 11,1% deixou de cumprir algo que era esperado por causa do álcool, conforme tabela 18.

**Tabela 18** Análise das zonas de classificação do AUDIT, em relação ao domínio deste teste, referente aos sintomas de dependência do álcool, Juiz de Fora, MG, 2017.

<b>Variáveis</b>		<b>Baixo Risco n (%)</b>	<b>Consumo de risco, nocivo e provável dependência n (%)</b>	<b>P-valor</b>
<b>Frequência que percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado</b>	Nunca	69 (97,2%)	21 (77,8%)	0,003
	Menos que mensalmente	2 (2,8%)	2 (7,4%)	
	Mensalmente	0 (0%)	2 (7,4%)	
	Semanalmente	0 (0%)	2 (7,4%)	
<b>Quantas vezes não conseguiu fazer o que era esperado de por causa do álcool</b>	Nunca	68 (95,8%)	24 (88,9%)	0,257
	Menos que mensalmente	3 (4,2%)	2 (7,4%)	
	Semanalmente	0 (0%)	1 (3,7%)	

Fonte: Próprio autor, 2017.

Os resultados da tabela 19 mostram que entre os ACS classificados no consumo de risco, nocivo e provável dependência, 48,1% se sentiram culpados ou com remorso após ter bebido, 33,3% não conseguiram lembrar o que aconteceu na noite anterior por causa do uso de álcool; 18,5% causaram ferimentos ou prejuízos a si ou a terceiros após beber; e a 48,1% já foi sugerido que parasse de beber por alguém próximo.

**Tabela 19** Análise das zonas de classificação do AUDIT, em relação ao domínio deste teste, referente ao uso nocivo de álcool, Juiz de Fora, MG, 2017.

	<b>Variáveis</b>	<b>Baixo Risco n (%)</b>	<b>Consumo de risco, nocivo e provável dependência n (%)</b>	<b>P-valor</b>
<b>Se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido</b>	Nunca	66 (93,0%)	14 (51,9%)	menor que 0,001
	Menos que mensalmente	4 (5,6%)	9 (33,3%)	
	Mensalmente	1 (1,4%)	2 (7,4%)	
	Semanalmente	0 (0%)	2 (7,4%)	
<b>Não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior por uso de álcool</b>	Nunca	68 (95,8%)	18 (66,7%)	menor que 0,001
	Menos que mensalmente	3 (4,2%)	8 (29,6%)	
	Diariamente ou quase diariamente	0 (0%)	1 (3,7%)	
<b>Causou ferimentos ou prejuízos a si mesmo ou a outra pessoa após ter bebido</b>	Não	68 (95,8%)	22 (81,5%)	0,033
	Sim, mas não no último ano	3 (4,2%)	4 (14,8%)	
	Sim, durante o último ano	0 (0%)	1 (3,7%)	
<b>Alguém próximo sugeriu que parasse de beber</b>	Não	66 (93,0%)	14 (51,9%)	menor que 0,001
	Sim, mas não no último ano	3 (4,2%)	4 (14,8%)	
	Sim, durante o último ano	2 (2,8%)	9 (33,3%)	

Fonte: Próprio autor, 2017.

### 5.3.4 O Fagerström e as variáveis sociodemográficas e econômicas

Os resultados do teste Fagerström, foram agrupados em: “muito baixo e baixo” e “médio e elevado”. Conforme apresentado na tabela abaixo, não houve significância estatística em nenhuma associação das variáveis. Porém podemos descrever que, entre os níveis de dependência tabágica “média e elevado”, 100% são mulheres, 88,9% tem idade acima de 40 anos, 91,7% possuem filhos, 77,8% não são casadas, 66,7% possuem renda familiar de até três salários, ensino médio completo e 77,8% são católicos e brancos.

**Tabela 20** Análise do grau de dependência à nicotina em relação as variáveis sociodemográficas e econômicas. Juiz de Fora, MG, 2017.

<b>Variáveis</b>		<b>Muito baixo e baixo</b>	<b>Médio e elevado</b>	<b>P-valor</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	3 (25%)	0 (0%)	0,105
	Feminino	9 (75%)	9 (100%)	
<b>Idade</b>	Até 40 anos	4 (33,3%)	1 (11,1%)	0,237
	Mais de 40 anos	8 (66,7%)	8 (88,9%)	
<b>Filhos</b>	Sim	11 (91,7%)	8 (88,9%)	0,830
	Não	1 (8,3%)	1 (11,1%)	
<b>Situação conjugal</b>	Casado	7 (58,3%)	2 (22,2%)	0,098
	Não casado	5 (41,7%)	7 (77,8%)	
<b>Renda familiar</b>	Até 3 SM	10 (83,3%)	6 (66,7%)	0,269
	4 a 10 SM	1 (8,3%)	3 (33,3%)	
	Mais de 11	1 (8,3%)	0 (0%)	

<b>Religião</b>	Católico	8 (66,7%)	7 (77,8%)	0,729
	Evangélico	1 (8,3%)	1 (11,1%)	
	Espírita	2 (16,7%)	0 (0%)	
	Candomblé	1 (8,3%)	0 (0%)	
	Não tenho religião	0 (0%)	1 (11,1%)	
<b>Cor</b>	Preta	1 (8,3%)	1 (11,1%)	0,185
	Parda	6 (50%)	1 (11,1%)	
	Branca	5 (41,7%)	7 (77,8%)	
<b>Escolaridade do chefe da família</b>	1ºGrau Incompleto	0 (0%)	3 (33,3%)	0,107
	1ºGrau Completo	2 (16,7%)	0 (0%)	
	2ºGrau Completo	8 (66,7%)	6 (66,7%)	
	Universitário Incompleto	1 (8,3%)	0 (0%)	
	Universitário Completo	1 (8,3%)	0 (0%)	

Fonte: Próprio autor, 2017.

### 5.3.5 O teste Fagerström e as associações em relação as características e vivências de prazer e sofrimento no trabalho

Entre os que foram classificados nos níveis médio e elevado de uso do tabaco, 88,9% não trabalham à noite, 55,6% trabalham até 40 horas por semana e 77,8% trabalham em um emprego.

**Tabela 21** Análise do grau de dependência à nicotina, em relação as características de trabalho do ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.

Variáveis		Muito baixo e baixo	Médio e elevado	P-valor
<b>Trabalha durante a noite</b>	Sim	4 (33,3%)	1 (11,1%)	0,237
	Não	8 (66,7%)	8 (88,9%)	
<b>Carga horária semana</b>	Até 40 horas semanais	9 (75%)	5 (55,6%)	0,350
	Mais de 40 horas semanais	3 (25%)	4 (44,4%)	
<b>Quantidade de emprego</b>	1 emprego	10 (83,3%)	7 (77,8%)	0,748
	2 ou mais empregos	2 (16,7%)	2 (22,2%)	

Fonte: Próprio autor, 2017.

Quanto a EIPST e o Fagerström, dos que foram classificados com consumo de tabaco no nível médio e elevado de dependência, 57,7% estão classificados como “crítico” para variável “sofrimento” e 53,8% estão como “grave” para variável “prazer”, conforme descrito na tabela 22.

**Tabela 22** Análise do grau de dependência à nicotina, em relação ao resultado da Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no trabalho, do ACS, Juiz de Fora, MG, 2017.

Variáveis		Fagerström		P-valor
		Muito baixo e baixo	Médio e elevado	
<b>Sofrimento</b>	Grave	1 (8,3%)	1 (11,1%)	0,920

	Crítico	6 (50%)	5 (55,6%)	
	Satisfatório	5 (41,7%)	3 (33,3%)	
<b>Prazer</b>	Satisfatório	0 (0%)	1 (11,1%)	0,481
	Crítico	4 (33,3%)	4 (44,4%)	
	Grave	8 (66,7%)	4 (44,4%)	

Fonte: Próprio autor, 2017.

Conforme apresentado na tabela 23, não houve significância estatística entre a associação dos resultados do AUDIT e Fagerström. Porém, percebe-se que 11,1% daqueles que fazem uso de risco, e de provável dependência de álcool, estão em uso médio e elevado de tabaco, de acordo com os níveis de classificação dos referidos testes.

**Tabela 23** Relação entre a classificação de consumo de álcool, segundo o teste AUDIT e o grau de dependência à nicotina, segundo o teste de Fagerström, Juiz de Fora, MG,2017.

		Fagerström		P-valor
		Muito baixo e baixo	Médio e elevado	
<b>Audit</b>	Baixo Risco	8 (66,7%)	8 (88,9%)	0,338
	Consumo de risco, nocivo e provável dependência	3 (33,3%)	1 (11,1%)	

Fonte: Próprio autor, 2017.

## 6 DISCUSSÕES

Quanto aos dados sociodemográficos e econômicos encontrados por este estudo, observou-se que a faixa etária superior a 40 anos apresentou a maior porcentagem, com idade mínima de 24 anos e máxima de 72 anos.

O predomínio dessa faixa etária também foi encontrado por Garcia et al. (2017), em um estudo realizado na região sudeste do Brasil. Segundo os mesmos, a idade madura traz a possibilidade de conhecer melhor as questões que afetam a comunidade, assim como uma maior habilidade relacional, através de amizades e laços.

Outro apontamento, refere-se à prevalência de ACS do sexo feminino (91,5%), dado que corrobora com a crescente inserção feminina no campo da saúde em geral. Destaca-se o papel da mulher como cuidadora, desempenhado historicamente na sociedade pelas mulheres, o que confere a esta confiabilidade na comunidade em que atua (SILVA; RODRIGUES, 2010; SIMAS; PINTO, 2017).

Rocha et al. (2013) colocam que existe a desvalorização da profissão, por ser vista como uma profissão feminina, não apenas por ser constituída eminentemente por mulheres, mas por sua imagem ser associada ao ato de cuidar, orientar e zelar pelo bem-estar físico e social de toda a comunidade.

No que diz respeito à escolaridade dos ACS, a maior parte possui ensino médio completo (57%), em concordância com os estudos de Simas; Pinto (2017). Este dado está em consonância com o aumento da escolaridade do brasileiro nas últimas décadas. Percebe-se ainda que a maior parte dos ACS possuem escolaridade acima do que é preconizado pela Lei nº 11.350/2006 (BRASIL, 2006; IBGE, 2010).

Garcia et al. (2017) trazem que com a implantação do Programa Saúde da Família, houve a ampliação do papel desses profissionais, exigindo novas competências em sua atuação na comunidade, requerendo um grau de escolaridade mais complexo. É apontado por Galavote et al. (2011) que os ACS buscam a qualificação e a continuidade da formação por demandarem outra inserção profissional no futuro, em específico, os mais jovens.

A predominância de trabalhadores casados (55,5%), com filhos (76,8%) e católicos (57,8%) também encontram concordância na literatura, conforme o estudo de Ferraz e Aerts (2005).

O fato de grande parte da amostra ser mulher, casada e com filho, traz a questão de serem parte de uma minoria social. Inserem-se no mercado de trabalho com desigualdades salariais e desempenham dupla ou tripla jornada de trabalho, pois além de suas funções como ACS, são esposas e mães, considerando que o cuidado com os filhos e as atividades domésticas, foram historicamente remetidas a estas. Dessa forma, acumulam tarefas, que podem levá-las ao esgotamento físico, psíquico e emocional.

Em relação a cor e raça auto referida, dados do IBGE mostram que há um predomínio da população brasileira que declara-se pretos ou pardos, em consonância com os dados deste estudo (BRASIL, 2010).

A maioria dos ACS possuem renda bruta familiar mensal na faixa de R\$ 1.685,00 a R\$ 2.654,00. A este respeito, é importante reafirmar o papel do salário, como reprodutor das condições de vida do trabalhador. E ao compararmos essa renda com o piso salarial nacional do ACS - no valor de R\$1.014,00 - podemos perceber que outros membros do grupo familiar participam da composição da renda (BRASIL, 2014).

Quanto as características das condições de trabalho, o estudo demonstrou que não há rotatividade significativa entre os profissionais, já que 59,1% atuam entre 11 e 20 anos na APS e 40,1% atuam entre 5 e 10 anos. Este dado também foi encontrado em estudo realizado por Ferraz; Aerts (2005), que apontaram que 64,8% dos ACS trabalhavam na APS há mais de 3 anos. Esse dado vai ao encontro de um dos atributos da APS, a longitudinalidade, em que é previsto que as famílias sejam atendidas pelos mesmos profissionais ao longo do tempo (STARFIELD, 2002).

Em relação a idade de início das atividades laborativas, encontrou-se que a maior parte estava na idade de 21 anos de idade (91%), em que é prevista a majoração penal. Porém, a faixa de idade variou entre os 6 anos e 55 anos de idade. A primeira, refere-se a uma situação de trabalho infantil, em que houve violação de direitos, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2015).

A inserção no mercado de trabalho aos 55 anos de idade reflete a possibilidade tardia, e possivelmente a única, em inserir-se formalmente no

mercado de trabalho, haja vista que as exigências para investir na profissão de ACS não requer formação no ensino médio e superior (SIMAS; PINTO,2017).

Em relação ao EIPST, os domínios referentes ao prazer, foram classificados como “satisfatório”. Para o fator “Realização Profissional”, destacam-se os itens “Orgulho pelo que faço” e “Identificação com minhas tarefas”. Porém, os itens “motivação”, “valorização” e “reconhecimento” foram classificados como “críticos”. O estudo de Maia; Hocayen-da-Silva (2011) referente ao prazer e sofrimento no trabalho de funcionários públicos de uma instituição de ensino superior, também apontam os itens em que os trabalhadores sentiam-se pouco valorizados e pouco reconhecidos no desenvolvimento de suas funções. Resultados semelhantes também foram encontrados no estudo de Massiat et al. (2015).

Para o fator “Liberdade de Expressão”, destacam-se os itens: “Liberdade com a chefia para negociar o que precisa” e “Solidariedade entre os colegas”. No estudo de Maia; Hocayen-da-Silva (2011) também foram encontrados dados semelhantes, diferindo apenas o item “Confiança entre os colegas”, que neste estudo foi classificado como “crítico”.

Quanto as vivências de sofrimento no trabalho, o fator “Esgotamento Profissional” foi classificado como crítico, com exceção do item “sobrecarga”, classificado como “grave”. Em relação ao fator “Falta de Reconhecimento”, apenas três itens foram classificados como “satisfatório”. Os demais foram avaliados como “crítico”: falta de reconhecimento de meu esforço; falta de reconhecimento de meu desempenho; Desvalorização; Indignação; Injustiça.

Nos estudos de Maia; Hocayen-da-Silva (2011) e Massiat et al. (2015) também foram encontrados resultados que contribuem para a percepção de sofrimento no trabalho, principalmente no que refere-se a desvalorização e falta de reconhecimento.

Lorenzi; Pinheiro (2016) traz que muitas vezes parte do próprio ACS a desvalorização de sua competência técnica e a atribuição de maiores responsabilidades aos profissionais da equipe com formação superior. Sentem-se pressionados pelas cobranças de resolutividade por parte da comunidade. A baixa remuneração também associa-se com o sentimento de desvalorização.

Conforme apresentado anteriormente, para identificação do uso de álcool e tabaco, foram utilizados neste estudo os testes AUDIT e Fagerström, respectivamente, desenvolvidos pela OMS como métodos de investigação.

O perfil do consumo de álcool dos ACS, demonstrou que 53,8% negam fazer o uso de álcool e 46,2% fazem uso. O álcool é a droga mais utilizada pelos brasileiros, em relação às outras drogas, legais e ilegais. A cachaça, por exemplo, é uma bebida com alto teor alcoólico e uma das mais consumidas, pois além de ser uma bebida de origem brasileira, é a que tem o custo mais acessível, se comparadas com outras similares (SILVA, LYRA,2015).

O álcool é uma bebida que faz parte da cultura brasileira. É utilizada em celebrações e festas, mas também como escape para dificuldades vivenciadas pelo indivíduo e ainda como indutor do sono. Além disso, há um reforço midiático que estimula seu uso, associando-o ao prazer (SILVA, LYRA,2015).

Em relação aos resultados do teste AUDIT, 87,2% dos ACS fazem uso de baixo risco ou são abstêmicos e 12,7% apresentam consumo de risco ou provável dependência. Em estudo realizado com usuários de serviços da atenção primária na zona da mata mineira, foram encontrados resultados semelhantes, em que na população estudada, 77,9% estavam na faixa de uso de baixo risco, 22,1% relataram padrões de consumo de risco ou provável dependência (MAGNABOSCO; FORMIGONI; RONZANI, 2007).

Em outro estudo realizado em Juiz de Fora, entre três categorias de profissionais da saúde - enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem - foram encontrados respectivamente, os seguintes valores: 92,9%, 83,6%, 85,2% para baixo risco ou abstêmicos; 7,1%,16,4%, 11,1% para consumo de risco; e apenas para os auxiliares de enfermagem foram encontrados dados referentes ao consumo nocivo (3,7%). Não foi registrado nenhum trabalhador no nível de provável dependência (GOMES,2015).

Considerando essas informações, é possível perceber que entre os ACS há um padrão de consumo que se aproxima mais dos dados dos usuários dos serviços da APS do que dos profissionais da equipe de saúde. Ser da comunidade, é a característica que difere os ACS dos demais profissionais da APS, sendo este um

requisito para a atuação. Portanto, vivenciam as mesmas dificuldades e questões que afetam a comunidade (BRASIL, 2006).

Quanto as análises bivariadas, entre o AUDIT e as características sociodemográficas e econômicas, observou-se significância estatística apenas para a variável “situação conjugal” (p-valor igual a 0,037). Dessa forma, ser casado ou estar em uma união estável mostrou ser um fator protetor diante do uso de risco e de provável dependência. Ser casada pode significar suporte financeiro e emocional e minimiza os efeitos do estresse e da baixa remuneração do trabalho (GIATTI; BARRETO, 2011).

Apesar das demais variáveis (sexo, idade, filhos, cor, religião, escolaridade e rendimento familiar), não haver apresentado significância estatística, podemos descrever que a maior porcentagem de consumo de risco e provável dependência são de mulheres, com a idade superior a 40 anos, com filhos, católicas, renda de até três salários mínimos e predomínio das cores preta e parda.

É válido destacar a situação de desigualdade racial como um dos determinantes sociais de saúde. Na gênese da sociedade brasileira, os negros foram submetidos a péssimas condições de vida e trabalho e diversas formas de violência, tendo como forma de resistência e luta, a formação de quilombos. Após a militância de diferentes movimentos sociais atuantes na luta pela superação do racismo e para o estabelecimento da igualdade étnico-racial, em 2009 foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com o objetivo de garantir a equidade e a efetivação do direito à saúde de negras e negros (BRASIL, 2009).

Dados apontam as iniquidades que existem entre as populações negras e pardas, se comparados com a população branca. Refere-se a iniquidades na educação, na distribuição da riqueza socialmente produzida, na saúde e no acesso ao trabalho. A Política Nacional de Saúde da População Negra aponta que entre as doenças e agravos prevalentes na população negra, estão aqueles adquiridos por condições desfavoráveis, entre as quais destaco: doenças do trabalho, mortes violentas, sofrimento psíquico, estresse, depressão e transtornos mentais (derivados do uso abusivo de álcool e outras drogas) (BRASIL, 2009).

Dessa forma, é necessário ampliar o debate a respeito da superação do racismo e promover a participação dos movimentos raciais nas deliberações das políticas de saúde. O direito à saúde à todos os cidadãos é fundamento

constitucional para o pleno exercício da cidadania e equidade social (BRASIL, 2007).

Ser mulher e negra, situações prevalentes nesta sessão do estudo, traz uma dupla exposição e agravamento das vulnerabilidades, pois são vítimas do machismo e dos preconceitos de gênero e racial (BRASIL, 2007).

O fato de serem em sua maioria mulheres, contradiz os dados da literatura, em que os homens tem maior frequência em todas as faixas de consumo de álcool (OMS, 2001; Magnabosco, Formigoni, Ronzani, 2007). Porém, percebe-se que a maior parte da população desse estudo é composta por mulheres, o que possivelmente justifica o predomínio deste sexo na maior porcentagem de consumo de risco e provável dependência.

As mulheres, geralmente fazem uso nocivo de álcool devido a ocorrências da vida, como a perda de alguém querido, seja por falecimento ou separação. O beber para estas, significa socialização e prazer, mas com a dependência, aparece o preconceito, o que acarreta o afastamento das pessoas, gerando solidão. Ainda, sentem-se mais penalizadas do que homens que vivenciam esta realidade (NÓBREGA, OLIVEIRA, 2005; SILVA, LYRA, 2015).

A OMS (2003) revela que o número de mulheres que fazem uso abusivo de álcool triplicou nos últimos anos, com destaque para a América do Sul, incluindo o Brasil. Relaciona esse crescimento a inclusão da mulher no mercado de trabalho e na vida política. Todavia, em geral, há muita dificuldade em rastrear a dependência de álcool em mulheres, diante do preconceito da população em geral e das próprias mulheres em relação a essa questão (SILVA; LYRA, 2015).

Quanto a associação entre o AUDIT e as características de trabalho do indivíduo, não houve significância estatística. Também, não foram detectadas associações entre o consumo de álcool e as condições de trabalho, indicando que a maior parte dos ACS ocupam apenas este emprego, não possuem jornada de trabalho excedente à 40 horas e não trabalham no período noturno.

Porém, sabe-se que a atuação apenas como ACS já a coloca em situação de exposição e estresse, pelo fato de desempenhar o papel de mediadora entre a comunidade e a unidade de saúde, sofrendo os conflitos que emanam dessa relação, e também a exposição a diversos fatores como: violência, presença do tráfico de drogas, criminalidade, exposição às intempéries climáticas, mordedura de animais,

conflitos familiares e de gangues, precariedade no acesso aos serviços e bens por parte das famílias e indivíduos que assiste (SANTOS et al.,2016).

A seguir, foram realizadas análises do cruzamentos dos resultados do teste AUDIT e os domínios e os conteúdos deste teste. Para todas as questões, foram encontradas significância estatística.

O estudo mostrou que entre os ACS que fazem uso de risco ou provável dependência, 63% consomem de 5 a 6 doses de bebida alcoólica e 48,1% 6 ou mais doses de álcool semanalmente. São 61,6% aqueles que não fazem ingestão de álcool.

Em estudo realizado entre profissionais de saúde, 56,1% dos profissionais que fazem uso de risco consomem 10 ou mais doses, seguidos dos que consumiram de 5 a 6 doses (24,4%). A porcentagem daqueles que não faziam uso de álcool foi de 56,6% (BRITES; ABREU 2014).

Foi observado ainda, entre os ACS que fazem uso de risco ou provável dependência, que 48% consomem 6 ou mais doses em uma única ocasião, com periodicidade semanal e, 29,6% com o mesmo perfil de uso, porém, com a frequência mensal.

Esse tipo de consumo é denominado *binge drinking* (BD) ou “beber pesado episódico”. Se caracteriza pelo consumo de no mínimo quatro doses de álcool em uma única ocasião, para mulheres e para os homens, cinco doses (WECHSLER; NELSON 2001).

O BD pode gerar agravos à saúde como: agressões, acidentes, colocando em risco a vida do indivíduo e de outros, abuso sexual, tentativa de suicídio, infarto, overdose alcoólica, entre outros (SANCHES, 2017).

Em estudo realizado na população adulta, por Laranjeira et al (2010), foi identificado que no ano de 2004 a prevalência do BD no Brasil, foi de 28%, em que bares e baladas são os principais locais de escolha para essa prática.

Quanto ao domínio que sugere a dependência ao álcool, percebe-se que 22,2% entre os que faziam uso de risco já beberam sem conseguir parar. E, 11,1% deixou de cumprir algo que era esperado por causa do álcool. Dados semelhantes também foram encontrados por Brites; Abreu (2014).

Entre os que fazem uso de risco e estão na zona de provável dependência, 48,1 % dos ACS se sentiram culpados ou com remorso após terem bebido, 33,3% não conseguiram lembrar o que aconteceu na noite anterior por causa do uso de álcool; 18,5% causaram ferimentos ou prejuízos a si ou a terceiros após beber; e para 48,1% já foi sugerido que parassem de beber por alguém próximo.

Deixar de realizar algo que lhe era esperado, tem como consequência, prejuízos para o indivíduo como, perda de compromissos sociais, problemas relacionais, violência familiar, acidentes de trânsito e infrações (BRITES; ABREU, 2014).

Quanto ao trabalho, acarreta faltas ou atraso no horário de trabalho, diminuição do rendimento e da qualidade do trabalho realizado, aposentadoria precoce, afastamento do trabalho, rotatividade, dificuldade no relacionamento com os colegas e desmotivação (BRITES; ABREU, 2014).

No âmbito familiar e social, a redução da capacidade de julgamento e a permissividade gerada pelo álcool, facilita o comportamento agressivo, discussões, rompimento de vínculos e relacionamentos e afastamento do convívio familiar e comunitário (BRITES; ABREU, 2014).

Gastos para a manutenção do uso de álcool, utilizando os recursos que seriam para o provimento de necessidades, pode afetar a qualidade de vida do indivíduo e de sua família. Pode levar ainda, a outros prejuízos à nível pessoal, como sexo desprotegido, expondo o indivíduo à doenças sexualmente transmissíveis e a gestação não planejada (SILVA; LYRA, 2015).

Muitas vezes é difícil para o indivíduo ter auto percepção de que o consumo de álcool traz prejuízos a si e aos que o rodeiam. Por isso, a importância de instrumentos de detecção do uso do álcool, na APS, porta de entrada preferencial do SUS, visando a identificação e intervenções nesta área. O ACS, tem papel fundamental nessa questão e por isso, deve ser alvo de atenção quanto ao uso abusivo de álcool (BRITES; ABREU, 2014; SILVA; LYRA, 2015).

No que refere-se ao uso de tabaco, 9,9% dos ACS são tabagistas. Um percentual próximo do observado (10%) em um estudo que objetivou caracterizar a população brasileira quanto ao uso do tabaco (BAZOTTI et al.,2016).

Eriksen, Mackay, Ross (2012) trazem o dado de que o uso do tabaco em adultos à nível mundial é de 20%. Mesmo diante do dado mundial, podemos considerar a porcentagem encontrada nos ACS de Juiz de Fora como sendo expressiva e que requer intervenções.

No estudo de Gomes (2015), não foi encontrado nível de dependência elevado no teste Fagerström. Já neste estudo, 38,1% apresentam grau elevado de dependência à nicotina.

Segundo a OMS (2014), as doenças relacionadas ao uso do tabaco são consideradas a segunda causa de morte no mundo. Além disso, sabe-se que os impactos na saúde não se limitam aos próprios usuários.

Diante disso, existem hoje no Brasil políticas de enfrentamento ao tabagismo, através de ações de monitoramento do uso do tabaco, ações preventivas, proteção da população contra sua fumaça, programas de apoio à cessação do fumo, advertência sobre seus malefícios, proibição de publicidade e aumento de impostos sobre esse produto. Dessa forma, o comportamento em relação ao uso de tabaco tem sido alterado ao longo dos anos (BAZOTTI et al. 2016).

Os ACS necessitam de intervenções nesta área para que possam atuar na comunidade, a respeito do uso de tabaco, pois sabe-se que este é um dos problemas de saúde que mais oneram o orçamento público e uma das causas de mortes evitáveis (OMS,2014).

O lócus ocupacional do ACS é um ambiente propício a tratar desta questão, haja vista ser a porta de entrada preferencial dos serviços de saúde. Porém, diferente dos demais profissionais, estes atuam em maior parte do tempo, fora do espaço físico da unidade, propiciando maior liberdade de utilizar-se do tabaco (GARCIA et al; 2017).

Quanto ao perfil tabagista, 100% são mulheres, sendo a maior parte delas com idade acima de 40 anos, com filhos, não casadas, renda familiar de até três salários mínimos, ensino médio completo, brancas e católicas.

Na maior parte das investigações realizadas, à nível mundial e nacional, grande parte dos tabagistas são do sexo masculino. Porém, conforme já apontado na discussão do uso de álcool, a totalidade do uso de tabaco ser de mulheres, tem possível relação com o fato de que a maior parte da população deste estudo é composta por mulheres.

Porém a redução do tabagismo entre as mulheres tem sido menor, quando comparadas a queda do percentual masculino. Medidas de combate ao tabagismo, entre estas, destaca-se o programa conhecido como MPOWER (Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce e Raise), baseado em medias da CQCT (Quadro para o Controle do Tabaco), cujo objetivo foi o de reduzir o consumo do tabaco. Uma das medidas adotadas por este pacote, utilizado em diversos países, consistiu em elevar as taxas de tributação, desestimulando o seu consumo e evitando a iniciação. No Brasil, a maior parte das reduções ocorreram na década de 1990, em que o governo promoveu forte aumento no Imposto sobre o Produto (IPI). Essa variável demonstrou afetar a decisão de fumar das mulheres, conforme o estudo de Paes (2016).

Além disso, o estudo realizado por este autor demonstra que as mulheres que vivem em países desenvolvidos fumam mais do que as que vivem em países mais pobres. Esse dado sugere que nos países mais desenvolvidos a mais acesso a renda, educação, trabalho e participação política (PAES, 2016).

Sobre as mulheres tabagistas terem maior poder aquisitivo, este dado corrobora com o fato de que neste estudo foram encontrados que a maior parte das fumantes são brancas, diferente do uso de álcool, em que a maior parte encontrada foi entre as cores pretas e pardas.

Quando se fala de raça no Brasil, não se diz apenas da cor da pele, mas se diz de uma situação econômica de desigualdade social e racial, onde o acesso a bens e serviços é diferente entre brancos e negros.

Em estudo realizado por Bazotti et al. (2016) demonstrou que 49,1% dos tabagistas são brancos, dados semelhantes ao encontrado neste estudo.

Outro dado importante apontado por este autor refere-se ao fato de que preços mais elevados reduzem o consumo de cigarros entre mulheres. Ainda que tenham maiores possibilidades nesses países, os salários continuam sendo desiguais, quando comparados aos dos homens. Além disso, as despesas com as necessidades da família, principalmente com filhos, fazem os gastos com o cigarro ficarem em segundo plano (PAES, 2016).

Em estudo realizado por Giatti; Barreto (2011), identificou-se que na população de estudo, houve prevalência mais elevada de tabagismo entre mulheres mais velhas, com escolaridade e renda baixas. Este dado corrobora com os dados

encontrados nesta pesquisa, em que a maior parte são de mulheres acima dos 40 anos de idade, sem ensino superior e com renda de até três salários mínimos.

Os dados referente a idade encontraram respaldo na literatura, sendo a maior parte dos tabagistas a partir dos 30 anos de idade (BARROS et al. 2016; BAZOTTI et al. 2016).

Giatti; Barreto (2011), identificaram que houve a prevalência de tabagismo entre mulheres inseridas no mercado de trabalho sem proteção social, associando o desemprego e o trabalho informal ao tabagismo. Sabe-se que o trabalho pode influenciar diretamente a situação de saúde de indivíduos e coletividades.

Barros et al. (2016) encontraram dados indicando que a prevalência do tabagismo foi maior nos que ocupavam cargos com menor exigência de nível de escolaridade. Aponta que turno de jornada de trabalho noturno, carga semanal de trabalho e local de trabalho estão associados ao maior consumo de cigarros. Conviver com colegas de trabalho tabagista e estresse no trabalho são situações de risco para o uso de tabaco.

A precariedade das condições de trabalho, dado que marca a atual conjuntura do mundo do trabalho, está associado ao uso do tabaco. A década 1970 é marcada pela crise mundial do petróleo, momento em que ocorre a reestruturação produtiva, a fim de potencializar os lucros, reduzir os custos, promover competitividade, gerando a precarização das relações de trabalho (ARAÚJO,2007).

No Brasil, sob o argumento da crise do Estado, na década de 1990, em um processo reverso ao movimento de construção legal de garantias e direitos sociais, expressos na CF/88, há a implementação de reformas, de acordo com os interesses do capital financeiro internacional. O neoliberalismo traz a ideia da necessidade de diminuição da intervenção do Estado no setor social. Dessa forma, a reestruturação produtiva assume um caráter mais agressivo no país (NETTO; BRAZ; 2007).

Desde então observa-se o desenvolvimento de tecnologias para reduzir a demanda de trabalho humano, polivalência e atividades laborais desqualificadas, em que a força de trabalho pode ser substituída a qualquer momento, vínculo precário, redução salarial, precarização do emprego, alta rotatividade, garantias reduzidas (ARAÚJO,2007).

As ACS estão inseridas formalmente no mercado de trabalho, porém, em um contexto de baixa remuneração, privação material, baixa estima e perda do papel

social. O ato de fumar, ainda que seja um gasto, pode atuar como redutor da ansiedade e tensão (GIATTI; BARRETO, 2011; BARROS et al., 2016).

Para verificar possível associação entre consumo de álcool e tabaco e as vivências de prazer e sofrimento no trabalho, foram realizados cruzamento da EIPST e os resultados dos testes AUDIT e Fagerström. Em ambos cruzamentos, não houve significância estatística.

Quanto ao EIPST e o AUDIT, dos que apresentam consumo de risco, nocivo e provável dependência de álcool, 57,7% estão no nível “crítico” para variável “sofrimento” e 53,8% estão como “grave” para as vivências de prazer no trabalho.

Quanto à EIPST e o Fagerström, dos que foram classificados com o consumo de tabaco no nível médio e elevado de dependência, 57,7% estão classificados como “crítico” para variável “sofrimento” e 53,8% estão como “grave” para variável “prazer.

Percebe-se com esses dados, que uma parte considerável daqueles que fazem uso abusivo de álcool e tabaco tem poucas vivências de prazer no trabalho e apresentam viver situações de sofrimento nas atividades como ACS.

Segundo Massiat et al. (2015), a satisfação pode ser compreendida como um estado emocional de prazer que resulta de diversos aspectos do trabalho e que pode ser influenciada pela concepção de mundo e pelos desejos, vivências e características individuais.

Os motivos que os trabalhadores da ESF encontram insatisfação com o trabalho são: dificuldade na colaboração dos usuários no processo assistencial, salário insuficiente, dificuldades no trabalho em equipe, centralidade bio-médica e excesso de demanda. Outro elementos que pode gerar sofrimento aos ACS, refere-se à dificuldade na resolutividades das demandas apresentadas pela comunidade, que em muitas ocasiões estão acima das possibilidades de intervenção do ACS. Estas situações são potencialmente estressoras (LIMA, 2014).

O uso abusivo de álcool e tabaco pode apresentar-se como escape e compensação para as vivências de sofrimento no trabalho, e uma maneira de encontrar prazer, já que em uma das dimensões mais importantes da vida desses sujeitos, o trabalho, tem poucas oportunidade de encontrar prazer.

O trabalho em equipe, deveria ocorrer de maneira articulada, horizontal e interdisciplinar, porém ainda prevalece o modelo médico-centrado, havendo a desvalorização do ACS em relação aos demais profissionais e, excluindo-os muitas vezes de momentos importantes, como de reuniões de equipe. As relações de trabalho operam como condicionais para a realização do trabalho, em um cenário extremamente árduo e de alta vulnerabilidade, em que o estabelecimento de vínculos entre os colegas de trabalho apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento do ACS (MOURA; SILVA, 2015).

Quanto a associação entre o uso abusivo de álcool e de tabaco, 11,1% daqueles que fazem uso de risco, e de provável dependência de álcool, estão em uso médio e elevado de tabaco, de acordo com os níveis de classificação dos referidos testes. Costa et al. (2004) demonstraram que os tabagistas apresentam maiores prevalências de consumo abusivo de álcool, principalmente os fumantes pesados.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou analisar o uso de álcool e tabaco, associado às vivências de prazer e sofrimento no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde no município de Juiz de ForaVMG. Para isso, traçamos o perfil sociodemográfico e econômico das condições de trabalho, e utilizamos os Testes AUDIT e Fagerström para identificar os níveis de dependência do álcool e tabaco e a Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho - EIPST.

A população do estudo foi de 212 ACS com a predominância do sexo feminino (91,5%), na faixa etária superior a 40 anos (65,9%), com idade mínima de 24 anos e máxima de 72 anos. A cor/raça predominante foram preta/parda (51,2%), casadas (55,5%) e com filhos (76,8%).

A prevalência de mulheres, negras e pardas traz a perspectiva de vivências relacionadas à exclusão social, pois fazem parte de uma minoria social, ou seja, um coletivo que sofre processos de estigmatização e discriminação, ainda que sejam maioria numérica. Associado a esta questão, o predomínio de serem casadas e com filhos, as expõe a uma sobrecarga ocasionada pela dupla ou tripla jornada imposta a estas, determinação de uma sociedade marcada pelas questões de gênero, trazendo a estas a responsabilidade pelas atividades domésticas.

São necessárias políticas públicas que possibilitem a inserção da mulher no mercado de trabalho, sem prejuízos à sua saúde, devendo haver melhorias no transporte, acesso à creche, jornadas de trabalho flexíveis e divisão do trabalho doméstico.

Quanto ao uso de álcool dos ACS, foi identificado que 46,2% da amostra faz uso da substância. O teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool identificou padrões de consumo de risco e de provável dependência. O AUDIT, instrumento utilizado neste estudo, difere-se dos demais questionários de rastreamento porque enfatiza a identificação do consumo de risco e de consequências adversas de beber, além da dependência. Este instrumento prevê uma estrutura de intervenção para auxiliar na redução ou cessação do consumo de álcool, evitando situações de risco.

A Intervenção Breve, utilizada no AUDIT, realiza o manejo de pessoas com problemas relacionados ao álcool, que fazem uso de risco ou nocivo, e facilita o acesso para o tratamento especializado em casos de dependência química.

Foi expressiva a porcentagem daqueles que relataram prejuízos em sua vida em decorrência do uso abusivo de álcool, identificados através da presença de sentimento de culpa ou remorso após ter bebido, não se lembrar do que aconteceu na noite anterior devido ao álcool, causar ferimentos ou prejuízos a si ou outros após beber e sugestão de que parasse de beber.

Foi identificado ainda, que os ACS fazem consumo de álcool em *binge*. O fator ser casado/união estável apresentou-se como um fator protetor diante do uso do álcool nos níveis de risco e de provável dependência.

Quanto ao uso de tabaco, 9,9 % declaram-se tabagistas e 20,8% são ex-fumantes. O teste Fagerström revelou que 38,1% da amostra apresentou grau elevado de dependência à nicotina.

O teste de Fagerström é utilizado mundialmente para avaliar o nível de dependência do tabaco, a partir da classificação entre 4 níveis diferentes de dependência à substância.

A associação entre o uso abusivo de álcool e tabaco não apresentou significância estatística. O mesmo ocorreu na associação entre o consumo do álcool e do tabaco e as condições de trabalho.

Em relação as vivências de prazer e sofrimento no trabalho, foi satisfatória a classificação acerca das experiências prazerosas no trabalho. Porém, a avaliação das vivências de sofrimento no trabalho foram avaliadas como críticas. Em destaque, o item “Sobrecarga” foi avaliado como grave, o que indica a exposição do ACS ao adoecimento físico e mental.

Os testes Fagerström e AUDIT associados as vivências de prazer e sofrimento, demonstraram uma porcentagem expressiva daqueles que apresentam grau médio/elevado de dependência do tabaco e consumo de risco e de provável dependência do álcool, que experimentam vivências de sofrimento no trabalho.

O uso de álcool e tabaco podem estar sendo comportamentos compensatórios diante das dificuldades vivenciadas no contexto de trabalho, expressos por estes dados.

Como limitação deste estudo, há a possibilidade de subnotificação das informações relacionadas ao uso de álcool e tabaco, devido ao receio de retaliações, diante de um comportamento socialmente “indesejável”, pois é sabido do estigma direcionado àqueles indivíduos em uso abusivo de substâncias psicoativas, ainda que sejam lícitas. Faz-se necessário romper com o estigma, o preconceito e a discriminação, pois constituem-se barreiras para o acesso à saúde e ao tratamento adequado.

Outra limitação deste estudo refere-se à amostra populacional, reduzida pela exclusão aos que estavam afastados das atividades laborativas por licença, os demitidos/exonerados e aqueles que não foram localizados após três tentativas consecutivas.

O ACS permanece no locus gerador de seu sofrimento, além da carga de horário de seu trabalho, pois atua no mesmo território onde reside. Portanto, é necessário repensar o cotidiano profissional deste trabalhador, a relação deste com a comunidade, com a equipe de trabalho, a remuneração e as demais situações que o expõe ao adoecimento e ao consumo abusivo de álcool e tabaco.

Os dados encontrados nesta pesquisa devem ser encaminhados ao órgão gestor da Atenção Primária à Saúde do município de Juiz de Fora, para subsidiar a formulação de políticas públicas e disponibilização de serviços e ações coerentes com a realidade dos trabalhadores, identificadas neste estudo.

As reflexões sobre os problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e tabaco associado às vivências de prazer e sofrimento no trabalho do ACS, não se esgotam neste estudo, mas apontam a demanda para a realização da pesquisa qualitativa, que permitirá a coleta de material discursivo, indo além da expressão numérica.

## REFERÊNCIAS

ABEP. Critério Brasil 2015 e Atualização da Distribuição de Classes. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2016. Disponível em: [www.abep.org](http://www.abep.org). Acesso em: 01 ago 2016.

ANDRADE, L.O; BUENO, I. C; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 783-836, 2006.

ANDRADE, T. M., ESPINHEIRA, C. G. A. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicotrópicas na cultura brasileira. In: Detecção e uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 1. 5 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2014.

ARAÚJO, J. A. S. Flexibilização: a terceirização como forma de precarização das normas trabalhistas no Brasil. Trabalho de Conclusão de Curso (Direito). Faculdade de Direito da UFRN. Natal, 2016.

BABOR, et al. Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool. Organização Mundial de Saúde, 2006.

BARBOSA, L. F. M.; MACHADO, C. J. Fatores socioeconômicos e culturais associados à prevalência de tabagismo entre trabalhadores do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Rev. Bras. Epidemiol. Abr-Jun 18 (2) 385-397, 2015.

BARROS, A. J. D.; CASCAES, A.M.; WEHRMEISTER, F. C.; MARTÍNEZ-Mesa, J.; MENEZES, A. M. B. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9):3707-3716, 2011.

BAZOTTI, A.; FINOKIET, M.; CONTI, I. L.; FRANÇA, M. T. A.; WAQUIL, P. D. Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009 *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1):45-52, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 992, Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Brasília, DF, de 13 de Maio de 2009.

BRASIL. Lei nº. 12.994, de 17 de junho de 2014. Altera a Lei nº. 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir o piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 17 de jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo: Um grave problema de Saúde Pública. INCA, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Aumento de Impostos sobre Produtos de Tabaco: apresentação e orientações técnicas. INCA, Rio de Janeiro, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Abordagem e tratamento do fumante – Consenso. INCA, Rio de Janeiro, 2001.

CAMPOS, et al., *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

CONNOR, J. Alcohol Consumption as a cause of câncer. *Society for the Study of Addiction*, 2016.

COSTA, J. S. D. et al. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. Rev Saúde Pública; 38(2):284-91, 2004. Disponível em: [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp). Acesso em: 9 mai 2017.

DISSEN, et al. Cargas Físicas no Trabalho de Agentes Comunitários de Saúde. Rev. Contexto Saúde, ed. Unujui, v.10 n.20, JAN\JUn, 2011. p. 807-812.

ELIAS, P. E.; IBAÑEZ, N. (orgs). Proteção Social: dilemas e desafios. São Paulo: HUCITEC, 2005, p. 150-167

ERIKSEN, M.; MACKAY, J.; ROSS, H. El Atlas del tabaco. 4ª ed. Atlanta, Nueva York: Sociedad Americana contra el Cáncer, Fundación Mundial del Pulmón; Disponível em: <http://www.TobaccoAtlas.org>. Acesso em: 21 jun 2016.

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: Giovanella, L. (org). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2 ed. Ed Fiocruz, 2012.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: Giovanella, L. (org). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2 ed. Ed Fiocruz, 2012.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O Cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no PSF em Porto Alegre. Ciência e Saúde Coletiva 10 (2):347-355, 2005.

GALAVOTE, H. et al. Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 231-240, jan. 2011.

GARCIA, A. C. P. et al. Agente Comunitário De Saúde no Espírito Santo: Do Perfil às Atividades Desenvolvidas. Trab. educ. saúde. Rio de Janeiro. v. 15, n. 1, p. 283-

300, abr. 2017 . Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462017000100283&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000100283&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 10 jun 2017.

GARCIA, et al., Uso de Álcool como causa necessária de morte no Brasil, 2010 a 2012. Rev. Panam. Salud Pública, 38 (5): 418-24, 2015.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Tabagismo, situação no mercado de trabalho e gênero: análise da PNAD 2008. Ca. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 27 (6):1132-1142, jun, 2011.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, L. (org). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2 ed. Ed Fiocruz, 2012.

HORTA, T. C. et al. Plano Diretor da Atenção Primária em Saúde – Projeto de Implantação. Juiz de Fora – Prefeitura. Secretaria de Saúde, 2014.

JEFFREY-COKER, F.; BASINGER, M.; MODI, V. Open data kit: Implications for the use of smartphone software technology for questionnaire studies in international development. Columbia University Mechanical Engineering Department. Disponível em: <http://modi.mech.columbia.edu/wp-content/uploads/2010/04/Open-Data-Kit-Review-Article.pdf>. Acesso em: 21 out 2016.

LARANJEIRA R.; PINSKY, I.; SANCHES, M.; ZALESKI, M.; CAETANO R. Padrão de uso de álcool em brasileiros adultos. Rev Bras Psiquiatr. set;32(3):231-41, 2010.

LORENZI; C. G.; PINHEIRO, R. L. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, 21(8):2537-2546, 2016.

MAGNABOSCO, M. B.; FORMIGONI, M. L. O. S.; RONZANI, T. M. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG) Rev Bras Epidemiol; 10(4): 637-47, 2007.

MAIA, E. M. C.; HOCAYEN-DA-SILVA, A. J. Prazer e sofrimento no trabalho sob a ótica de funcionários públicos estaduais: estudo de caso em uma instituição de ensino. VIII Convibra Administração – Congresso Virtual Brasileiro de Administração – Disponível em: [www.convibra.com.br](http://www.convibra.com.br). Acesso em 23 mai 2017.

MAISSIAT, G. S. Prazer e Sofrimento de Trabalhadores da Atenção Básica. Saúde à Luz da Teoria da Psicodinâmica do Trabalho. 114 f. Dissertação -Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

MATSUDO, et al. Questionário de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutividade no Brasil. Ver Ativ Fís e Saúde, v.6 n.2, 2001.

MEDRONHO, R. A. et al. Epidemiologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MENDES, A. M. Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

MENDES, J. M. R., WUNSCH, D. S. Serviço Social e saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 107, p. 461-481, jul./set. 2011.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada no Campo Relacional das Tecnologias Leves. <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-14.pdf>. Acesso em: 25 abr 2016.

- MIALHE, F. L. O Agente Comunitário de Saúde: práticas educativas. Ed. Unicamp, 2011.
- MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. S.; RONZANI, T. M.; CARNEIRO, A. P. L. Uso abusivo ou dependência. Como fazer triagem usando instrumentos padronizados. In: Detecção e uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3. 5 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, 2014.
- NÓBREGA, M. P. S.; OLIVEIRA, E. M. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 816-823, 2005.
- NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella, L. (org). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2 ed. Ed Fiocruz, 2012.
- OPENDATAKIT. Disponível em: <https://opendatakit.org>. Acesso em: 01 ago 2016.
- PAES, N. L. Fatores econômicos e diferenças de gênero na prevalência do tabagismo em adultos Ciência & Saúde Coletiva, 21(1):53-61, 2016.
- PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella, L. (org). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2 ed. Ed Fiocruz, 2012.
- PAIM, J. S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.
- ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia e Saúde. Medbook, Rio de Janeiro, 355-381, 2013.
- ROCHA, N. H. N.; BARLETTO, M.; BEVILACQUA, P. D. Identidade da Agente Comunitária de Saúde: tecendo racionalidades emergentes\*. Interface (Botucatu), v.17, n.47, p.847-57, out./dez. 2013.

SANCHEZ, Z. M. A prática de binge drinking entre jovens e o papel das promoções de bebidas alcoólicas: uma questão de saúde pública. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 26(1):195-198, jan-mar, 2017.

SANTOS, et al. Práticas pessoais e profissionais de promoção da atividade física em Agentes Comunitários de Saúde. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde*. 2015.

SANTOS, F. A. A. S.; SOUSA, L. P.; SERRA, M. A. A. O.; ROCHA, F. A. C. Fatores que influenciam na qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde. *Acta Paul Enferm.* 29(2):191-7, 2016.

SILVA, M. G. B.; LYRA, T. M. O beber feminino: socialização e solidão *Saúde Debate*. Rio De Janeiro, V. 39, n. 106, P. 772-781, Jul-Set 2015.

SIMAS, P. R. P.; PINTO I. C. M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6):1865-1876, 2017.

SIQUEIRA, et al. Atividade Física em profissionais de Saúde do Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 (9): 1917-1928, set, 2009.

TODD, F. et al. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the fagerstrom tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction* 1119-1127, 1991.

URUEÑA et al. Evolución Del Consumo de Tabaco en Trabajadores de um hospital de Cataluña. *Rev. Esp. Salud Pública*, nº 4, 2013.

VIANA, A. L. D.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Básica e Proteção Social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E.; IBÁÑEZ, N. (Org.). *Proteção Social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec p. 150-167, 2005.

WECHSLER H.; NELSON, T.F. Binge drinking and the American college student: what's five drinks? *Psychol. Addict Behav.* Dec;15(4):287-91, 2001.

WHO. *Global Status Report on Alcohol*. Geneva: World Health Organization; 2001.

## ANEXOS

## ANEXO A - BLOCO F

Agora, gostaríamos de saber a respeito de alguns hábitos relacionados à saúde.

Para esta pesquisa é importante que você responda sobre o seu uso de álcool.

**Suas respostas permanecerão confidenciais.**

Por favor responda com toda sinceridade.

Para responder lembre que – Um drink ou uma dose é igual a 150ml de vinho (01 taça), ou 350 ml de cerveja (uma lata pequena) ou 40 ml de whisky, vodka, pinga ou coquetel.

F1. Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

0 Nenhuma (Pule para F11)	1 Uma ou menos de uma vez por mês	2 2 a 4 vezes por mês	3 2 a 3 vezes por semana	4 4 ou mais vezes por semana
------------------------------	--------------------------------------	--------------------------	-----------------------------	---------------------------------

F2. Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?

0 Nenhuma	1 1 a 2	2 3 a 4	3 5 a 6	4 7 a 9	5 10 ou mais vezes
-----------	---------	---------	---------	---------	--------------------

F3. Qual a frequência que você consome 6 (seis) ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?

0 Nunca	1 Menos que mensalmente	2 Mensalmente	3 Semanalmente	4 Diariamente ou quase diariamente
---------	----------------------------	---------------	----------------	---------------------------------------

--	--	--	--	--

F4. Com que frequência, durante os últimos 12 (doze) meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

0 Nunca	1 Menos que mensalmente	2 Mensalmente	3 Semanalmente	4 Diariamente ou quase diariamente
---------	-------------------------	---------------	----------------	------------------------------------

F5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 (doze) meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?

0 Nunca	1 Menos que mensalmente	2 Mensalmente	3 Semanalmente	4 Diariamente ou quase diariamente
---------	-------------------------	---------------	----------------	------------------------------------

F6. Quantas vezes durante os últimos 12 (doze) meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido bastante no dia anterior?

0 Nunca	1 Menos que mensalmente	2 Mensalmente	3 Semanalmente	4 Diariamente ou quase diariamente
---------	-------------------------	---------------	----------------	------------------------------------

F7. Quantas vezes durante os últimos 12 (doze) meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?

0 Nunca	1 Menos que mensalmente	2 Mensalmente	3 Semanalmente	4 Diariamente ou quase diariamente
---------	-------------------------	---------------	----------------	------------------------------------

F8. Quantas vezes durante os últimos 12 (doze) meses você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior porque você estava bebendo?

0 Nunca	1 Menos que mensalmente	2 Mensalmente	3 Semanalmente	4 Diariamente ou quase diariamente
---------	-------------------------	---------------	----------------	------------------------------------

F9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

0 Não	1 Sim, mas não no último ano	2 Sim, durante o último ano
-------	------------------------------	-----------------------------

F10. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

0 Não	1 Sim, mas não no último ano	2 Sim, durante o último ano
-------	------------------------------	-----------------------------

**Agora faremos algumas perguntas sobre o consumo de TABACO**

F11. Atualmente você fuma cigarro ou cachimbo ou charuto ou cigarro de palha?

- 1 Sim
- 2 Não, nunca fumei → Passe para pergunta **F34**
- 3 Não, fumei no passado, mas parei de fumar → Passe para pergunta **F31**

F12. Com que idade você começou a fumar? \_\_\_\_\_

F13. Você já tentou parar de fumar?

- 1 Sim → F13.1. Quantas vezes? \_\_\_\_\_
- 2 Não

F14. Algum familiar seu fuma?

- 1 Sim F14.1. Quem? \_\_\_\_\_
- 2 Não

F15. Quando você está em público você se afasta para fumar?

- 1 Sim
- 2 Não

F16. Você já teve alguma doença relacionada ao tabagismo?

- 1 Sim F16.1. Qual? \_\_\_\_\_
- 2 Não

F17. Como você percebe a reação dos seus colegas no trabalho quando você está fumando?

- 1 Ninguém reclama
  - 2 Vão fumar junto com você
  - 3 Eles se afastam, mas não falam nada
  - 4 Reclamam
  - 5 Eles se sentem incomodados
- Outro \_\_\_\_\_

F18. Você fuma mais em casa ou no trabalho?

- 1 Em casa
- 2 No trabalho

F19. Quando você está de folga, fuma a mesma quantidade do que quando esta trabalhando?

- 1 Sim
- 2 Não  Vá para a pergunta F21

F20. Quando você fuma mais?

- 1 Em dias de trabalho
- 2 Em dias de folga

F21. Há uma área reservada para quem fuma no seu trabalho?

- 1 Sim
- 2 Não

F22. Você deixa seu local de trabalho para fumar?

- |       |
|-------|
| 1 Sim |
| 2 Não |

F23. Você se informa a respeito do tabaco e seus prejuízos a saúde?

- |       |
|-------|
| 1 Sim |
| 2 Não |

F24. Seus colegas de trabalho discutem assuntos relacionados ao tabagismo e seus prejuízos a saúde?

- |       |
|-------|
| 1 Sim |
| 2 Não |

F25. Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?

- |                         |
|-------------------------|
| 1 Dentro de 5 minutos   |
| 2 Entre 6 e 30 minutos  |
| 3 Entre 31 e 60 minutos |
| 4 Após 60 minutos       |

F26. Você acha difícil não fumar em lugares públicos como igrejas, bibliotecas , etc.?

- |       |
|-------|
| 1 Sim |
| 2 Não |

F27. Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?

1 O primeiro da manhã

2 Outros

F28. Quantos cigarros você fuma por dia?

1 Menos de 10

2 De 11 a 20

3 De 21 a 30

4 Mais de 30

F29. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

1 Sim

2 Não

F30. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

1 Sim

2 Não

**Essas três perguntas são apenas para quem fumava mas já parou**

F31. Há quanto tempo você parou de fumar?

\_\_\_\_\_Anos \_\_\_\_\_Meses

F32. Durante quanto tempo você fumou?

\_\_\_\_\_Anos \_\_\_\_\_Meses

F33. Quando você fumava, quantos cigarros fumava, em média por dia?

\_\_\_\_\_ cigarros                      0 Menos de 1 cigarro por dia

**Essa pergunta é para todos**

F34. Você fica em contato com a fumaça de cigarro de outras pessoas em sua casa, trabalho ou escola?

1 Sim

2 Não

**ANEXO B - BLOCO G****GN1 - Agora vamos fazer algumas perguntas sobre seu trabalho.**

G1. Com que idade você começou a trabalhar? \_\_\_\_\_ anos

G2. Atualmente você tem quantos empregos?

- 1 Um emprego
- 2 Dois empregos
- 3 Três empregos
- 4 Mais de três empregos

G3. Você trabalha durante a noite?

- 1 Sim
- 2 Não

G4. O seu **tempo total de trabalho**, em média, **POR SEMANA** é \_\_\_\_\_ horas  
(inclua outras atividades profissionais ou outro local de trabalho)

G9. Nos **ÚLTIMOS 12 MESES**, você sofreu algum acidente no trabalho?

- 1 Sim → G9.1. Que tipo de acidente \_\_\_\_\_
- 2 Não

G12. Você trabalha a quanto tempo na Atenção Primária à Saúde?

- 1 Menos de 5 anos
- 2 De 6 a 10 anos
- 3 De 11 a 15 anos
- 4 De 16 a 20 anos
- 5 De 21 a 25 anos
- 6 Há mais de 26 anos

G16. Você recebe adicional de insalubridade?

- 1 Sim
- 2 Não

## ANEXO C- BLOCO I

### IN1 - Agora faremos algumas perguntas sobre as condições de trabalho na UAPS Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento

#### IN3. Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho

I2 Avaliando o seu **trabalho** nos últimos seis meses, marque o número de vezes em que ocorrem **vivências positivas e negativas**.

0	1	2	3	4	5	6
Nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis ou mais vezes

I2.1. Satisfação	0	1	2	3	4	5	6
I2.2. Motivação	0	1	2	3	4	5	6
I2.3. Orgulho pelo o que faço	0	1	2	3	4	5	6
I2.4. Bem-estar	0	1	2	3	4	5	6
I2.5. Realização profissional	0	1	2	3	4	5	6
I2.6. Valorização	0	1	2	3	4	5	6
I2.7. Reconhecimento	0	1	2	3	4	5	6
I2.8. Identificação com as minhas tarefas	0	1	2	3	4	5	6
I2.9. Gratificação pessoal com as minhas atividades	0	1	2	3	4	5	6
I2.10. Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	0	1	2	3	4	5	6
I2.11. Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	0	1	2	3	4	5	6
I2.12. Solidariedade com os colegas	0	1	2	3	4	5	6
I2.13. Confiança entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
I2.14. Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
I2.15. Liberdade para usar minha criatividade	0	1	2	3	4	5	6
I2.16. Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	0	1	2	3	4	5	6
I2.17. Cooperação entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6

I2.18. Esgotamento emocional	0	1	2	3	4	5	6
I2.19. Estresse	0	1	2	3	4	5	6
I2.20. Insatisfação	0	1	2	3	4	5	6
I2.21. Sobrecarga	0	1	2	3	4	5	6
I2.22. Frustração	0	1	2	3	4	5	6
I2.23. Insegurança	0	1	2	3	4	5	6
I2.24. Medo	0	1	2	3	4	5	6
I2.25. Falta de reconhecimento do meu esforço	0	1	2	3	4	5	6
I2.26. Falta de reconhecimento do meu desempenho	0	1	2	3	4	5	6
I2.27. Desvalorização	0	1	2	3	4	5	6
I2.28. Indignação	0	1	2	3	4	5	6
I2.29. Inutilidade	0	1	2	3	4	5	6
I2.30. Desqualificação	0	1	2	3	4	5	6
I2.31. Injustiça	0	1	2	3	4	5	6
I2.32. Discriminação	0	1	2	3	4	5	6

**ANEXO D - BLOCO N**

As próximas perguntas são sobre sua vida familiar, moradia e outros aspectos

N1. Em que dia/mês/ano você nasceu? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N2. Em que município, estado e País você nasceu?

N2.1. Município: \_\_\_\_\_

N2.2. Estado: \_\_\_\_\_

N2.3. País: \_\_\_\_\_

N3. O Censo Brasileiro do IBGE, usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Como você se classifica a respeito de sua cor ou raça?

1

Preta

2 Parda

3 Branca

4 Amarela

5 Indígena

N4. Atualmente, você é...

1 Casado(a) ou vive em união

2 Separado(a), ou divorciado(a)

- 3 Viúvo(a)
- 4 Solteiro(a) (nunca casou ou viveu em união)

N5. Qual o seu sexo?

- 1 Masculino
- 2 Feminino

N6. O seu trabalho, na UAPS, exige que tipo de qualificação?

- 1 1º grau incompleto
- 2 1º grau completo
- 3 2º grau incompleto
- 4 2º grau completo
- 5 Universitário Incompleto
- 6 Universitário Completo
- 7 Pós –graduação

N7. Qual a sua formação profissional? \_\_\_\_\_

N8. Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)?

- 1 Católico
- 2 Evangélico
- 3 Espírita
- 4 Testemunha de Jeová
- 5 Muçulmano
- 6 Budista

7 Candomblé

8 Não tenho religião

Outra. Qual? \_\_\_\_\_

N9. Você tem filhos?

1 Sim N9.1. Quantos? \_\_\_\_\_

2 Não

N10. Há quanto tempo você mora em Juiz de Fora?

1 Menos de um  
ano

2 De 1 a 3 anos

3 De 4 a 6 anos

4 De 7 a 9 anos

5 10 ou mais anos

N11. A residência onde você mora é?

1 Própria já  
pago

2 Própria ainda pagando

3 Alugada

4 Cedida

5 Outra condição N11.1. Qual? \_\_\_\_\_

N12. Quantas pessoas moram com você ? (Inclua cônjuge/companheiro, filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, agregados, pessoas ausentes temporariamente e empregados que durmam na casa)

- 1 Mora sozinho (a)
- 2 De 1 a 3 pessoas
- 3 De 4 a 6 pessoas
- 4 De 7 a 9 pessoas
- 5 10 ou mais pessoas

N13. Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável pela casa?

- 1 Eu mesmo (a)
- 2 Meu cônjuge ou companheiro(a)
- 3 Eu e meu cônjuge, igualmente
- 4 Meu pai ou minha mãe
- 5 Meu filho ou minha filha
- 6 Não tem chefe
- 7 Outra pessoa N13.1. Quem? \_\_\_\_\_

N14. Qual o grau de instrução do chefe da família ou (principal) responsável por sua casa?

- 1 Não frequentou escola
- 2 1º grau incompleto

3	1º grau completo
4	2º grau incompleto
5	2º grau completo
6	Universitário incompleto
7	Universitário Completo
8	Pós-graduação

N15. Em sua casa, trabalha alguma empregada doméstica mensalista ou diarista?

- 1 Sim, uma
- 2 Sim, mais de uma
- 3 Não

N16. Em relação aos bens abaixo, marque SIM para os que existem na sua casa ou NÃO para os que não existem. Para cada item, caso SIM, diga qual a quantidade:

N16.1. Televisão	1 Sim N16.1.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.2. Rádio (não considerar rádio de automóvel)	1 Sim N16.2.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.3. Máquina de lavar roupa	1 Sim N16.3.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.4. Videocassete ou DVD ou Blu-ray	1 Sim N16.4.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.5. Geladeira	1 Sim N16.5.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.6. Freezer	1 Sim N16.6.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.7. Microcomputador	1 Sim N16.7.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.8. Lava-Louças	1 Sim N16.8.1. Quantos? _____

	2 Não
N16.9. Microondas	1 Sim N16.9.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.10. Motocicleta	1 Sim N16.10.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.11. Secador de Roupa	1 Sim N16.11.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.12. Banheiros	1 Sim N16.12.1. Quantos? _____ 2 Não
N16.13. Automóveis	1 Sim N16.13.1. Quantos? _____ 2 Não



N17. **No mês passado** qual foi aproximadamente sua renda familiar **líquida**, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?

- 1 Até 1 salário mínimo
- 2 Entre 1 e 2 salários mínimos
- 3 Entre 2 e 3 salários mínimos
- 4 Entre 3 e 4 salários mínimos
- 5 Entre 4 e 5 salários mínimos
- 6 Entre 5 e 6 salários mínimos
- 7 Entre 6 e 7 salários mínimos
- 8 Entre 7 e 8 salários mínimos
- 9 Entre 8 e 9 salários mínimos
- 10 Entre 9 e 10 salários mínimos
- 11 Mais de 10 salários mínimos

N18. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário. \_\_\_\_\_ pessoas

## ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Pró-Reitoria de Pesquisa

#### **FACULDADE DE ENFERMAGEM**

*PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: ROSÂNGELA MARIA GRECO*

*FACENF/CCS – DEP.EBA/ CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF*

*JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900*

*FONE: (32) 2102- 3821*

*E-MAIL: rosangela.greco@ufjf.edu.br*

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida”. Neste estudo pretendemos 1) Conhecer as condições de vida e saúde de Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde; 2) Descrever o perfil epidemiológico, os fatores de risco e as práticas e cuidados com a saúde destes trabalhadores; 3) Analisar as condições de trabalho e relacionar com o processo saúde doença destes trabalhadores; 4) Contribuir para o desenvolvimento de atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde destes trabalhadores.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto se justifica, uma vez que os dados coletados poderão contribuir para uma visão ampliada do processo saúde doença dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde ao proporem uma nova compreensão da relação entre o trabalho e a saúde enfatizando o caráter social deste processo, não ignorando as características históricas e sociais. Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: coleta de dados, em que utilizaremos um questionário contendo perguntas fechadas e abertas que será aplicado individualmente com a sua permissão através de Tablete para posterior análise.

Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr. (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem- UFJF e a outra será fornecida a você. Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, \_\_\_\_\_  
portador do documento de  
Identidade \_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_ de

\_\_\_\_\_, Telefone de contato:

( ) \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse

estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Nome Participante

Assinatura

Data

Nome Pesquisador

Assinatura

Data

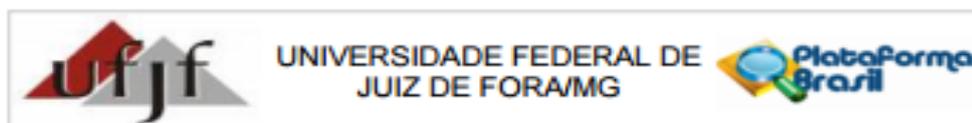
Nome Testemunha

Assinatura

Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP – *COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFJF PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF - JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900. FONE: (32) 2102-3788 E-MAIL: [cep.propesq@ufjf.edu.br](mailto:cep.propesq@ufjf.edu.br)*

## ANEXO F – PARECER CEP



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida

**Pesquisador:** Rosângela Maria Greco

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 40343414.0.0000.5147

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 932.705

**Data da Relatoria:** 13/01/2015

**Apresentação do Projeto:**

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

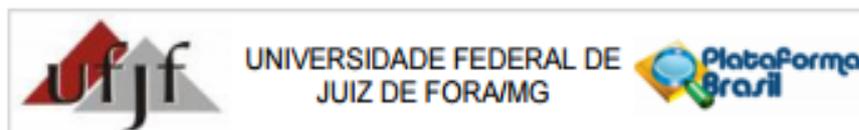
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propeaq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 002.706

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

**Recomendações:**

Modificar o sobrenome da pesquisadora responsável na Folha de Rosto, parece que houve um erro de digitação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Março de 2017

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 14 de Janeiro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Paulo Cortes Gago**  
 (Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N  
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br