

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Ivelisa Vilela Silva Pereira

A morbidade referida por trabalhadores das equipes de saúde da família na
macrorregião nordeste de Minas Gerais

Montes Claros
2012

Ivelisa Vilela Silva Pereira

A morbidade referida por trabalhadores das equipes de saúde da família na
macrorregião nordeste de Minas Gerais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação
em Ciências em Saúde da Universidade Estadual de
Montes Claros, como parte das exigências para a
obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira

Montes Claros

2012

P436m Pereira, Ivelisa Vilela Silva.
A morbidade referida por trabalhadores das equipes de saúde da família na macrorregião Nordeste de Minas Gerais [manuscrito] / Ivelisa Vilela Silva Pereira. – 2012.
53 f.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros -

Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2012.

Orientador: Antônio Prates Caldeira.

1. Morbidade – Saúde do trabalhador – Equipes de Saúde da Família (ESF).
2. Atenção primária à saúde. I. Caldeira, Antônio Prates. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

- Reitor: João dos Reis Canela
- Vice-reitor: Maria Ivete Soares de Almeida
- Pró-reitor de Pesquisa: Vicente Ribeiro Rocha
- Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Karen Torres Corrêa Lafetá
- Coordenadoria de Iniciação Científica: Leonardo Monteiro Ribeiro
- Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Dario Alves Oliveira
- Pró-reitor de Pós-graduação: Hercílio Martelli Júnior
- Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu: Augusto Guilherme Silveira Dias
- Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu: Maria Cristina Freire Barbosa

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador: Alfredo Maurício Batista de Paula

Subcoordenador: João Felício Rodrigues Neto

IVELISA VILELA SILVA PEREIRA

“A MORBIDADE REFERIDA POR TRABALHADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA MACRORREGIÃO NORDESTE DE MINAS GERAIS”.

BANCA (TITULARES)

ASSINATURAS

Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira – Orientador/Presidente

Prof. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Prof. Dra. Maisa Tavares de Souza Leite

BANCA (SUPLENTES)

Prof. Dra. Roseane Durães Caldeira

Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto

APROVADA **REPROVADA**

Hospital Universitário Clemente Farias – HUCF
<http://www.unimontes.br> / ppgcs@unimontes.br
Telefone: (0xx38) 3224-8372 / Fax: (0xx38) 3224-8372
Av. Cula Mangabeira, 562, Santo Expedito, Montes Claros – MG, Brasil /CEP: 39401-001

Dedico este trabalho a minha família que sempre acreditou em mim; aos meus colegas de trabalho que sempre me ajudaram; e ao meu amado esposo, pelo carinho e compreensão.

AGRADECIMENTOS

A Deus que sempre me proporciona toda condição para lutar e vencer, sem Ele eu nada seria.

Aos docentes de Pós-Graduação da Unimontes pelos conhecimentos emitidos.

Ao meu orientador pelo apoio, estímulo e ensinamentos.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a conclusão deste trabalho.

RESUMO

A peculiaridade do processo de trabalho dos profissionais de saúde das Equipes de Saúde da Família (ESF) implica em grandes e crescentes responsabilidades. A influência desse novo modelo de atenção à saúde sobre os trabalhadores que realizam a assistência ainda tem sido pouco estudada. O presente estudo aborda a morbidade referida pelos trabalhadores responsáveis pelos serviços de atenção primária, nas equipes de saúde da família (ESF) da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais. Conduziu-se um estudo transversal, com questionários autoaplicáveis, incluindo dados sociodemográficos, laborais e de situação de saúde a todas as categorias profissionais das ESF. Os dados de morbidade auto-referida pelos trabalhadores das ESF foram categorizados com uso da Classificação Internacional da Atenção Primária, segunda edição (CIAP-2). Foram colhidas informações de 1.731 trabalhadores em 204 unidades básicas de saúde. O grupo foi formado por 1.383 trabalhadores do gênero feminino (79,9%) e 348 trabalhadores do gênero masculino (20,1%). A idade média foi de 32,7 anos e os agentes comunitários de saúde foram os principais respondentes. Mais de 60% dos trabalhadores informaram realizar controle regular de saúde e 22,6% relataram uso regular de medicamentos. A prevalência de pelo menos um problema de saúde foi de 26,1% para mulheres e de 18,3% para os homens, mostrando-se estatisticamente significativa ($p=0,003$). O tempo de atuação predominante na ESF foi entre um e cinco anos (48,5%). Os principais problemas de saúde relatados, segundo a CIAP-2, referiam-se aos sistemas circulatório, músculo-esquelético, respiratório, endócrino-metabólico e nervoso. As variáveis que estiveram associadas à referência de problemas de saúde, após análise múltipla, foram sexo feminino, idade superior a 30 anos e tempo de atuação na equipe igual ou superior a cinco anos. Observou-se uma surpreendente proporção de trabalhadores com problemas de saúde. São necessários esforços para o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde dos mesmos.

Palavras-chave: Morbidade. Pessoal de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

The peculiarity of the work process of the health professionals at the Family Health Teams (FHT) imply in great and growing responsibilities. The influence of this new model of health care about the workers which performs the assistance still has been understudied. The present study approaches the morbidity referred by workers of Primary Health Care in Family Health Teams facilities of the Northeast Minas Gerais macro-region. We carried out a cross sectional study, with self-applicable questionnaires, including socio-demographical data, labor and health situations to all professional categories of the Family Health Teams. The self-reported morbidity data by the workers were categorized with the use of the International Classification of Primary Care, second edition (ICPC-2). Information was collected from 1.731 workers in 204 facilities. The group was formed by 1.383 workers of the female gender (79.9%) and 348 workers of the male gender (20.1%). The average age was 32.7 years and the health community agents were the main respondents. More than 60% of the workers responded that they have regular health control and 22.6% reported regular use of medicine. The prevalence of at least one health problem was 26.1% for women and 18.3% for men, showing statistically significance ($p=0.003$). Most of the workers informed a work time between one and five years (48.5%). The main health problems reported according to ICPC-2 were related to circulatory, muscular-skeletal, respiratory, endocrine-metabolic and nervous systems. The variables associated to health problems, after multiple analysis, were female gender, having more than 30 years of age and work time equal to or superior to five years. A surprising proportion of workers with health problems were observed. Efforts are necessary for the development of strategies of promotion in health for the workers studied.

Key Words: Morbidity, Health Personnel, Primary Health Care, Family Health.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CIAP- 2	Classificação Internacional da Atenção Primária segunda edição
CID	Classificação Internacional de Doenças
ESF	Equipe de Saúde da Família
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
GRS	Gerência Regional de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo Geral	21
2.2 Objetivos Específicos	21
3 PRODUTO	22
3.1 Artigo	23
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICE A	52
APÊNDICE B.....	55

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem ampliando as responsabilidades municipais na garantia de acesso aos serviços de saúde, baseados em sua descentralização e reorganização funcional. O Programa de Saúde da Família (PSF), criado desde 1994, como forma de substituição ao modelo tradicional, com enfoque na integralidade do sistema e práticas de saúde, possibilitou maior visibilidade às novas formas de se produzir saúde¹. As ações de saúde são centradas na promoção da qualidade de vida, por meio dos seus principais objetivos: a prevenção de agravos, a promoção da saúde e a recuperação. Essa proposta implica em profissionais mais qualificados e preparados, cientes mesmo de que os fatores que interferem na qualidade de vida dos trabalhadores da saúde podem comprometer a qualidade do cuidado prestado².

A Política Nacional de Atenção Básica define como item necessário implantação da Estratégia de Saúde da Família a existência de equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. A carga horária é de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada seja de modo a garantir o maior acesso possível, o vínculo entre os usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado, conforme decisão prévia e autorização do gestor³.

Apesar de não constar na Política Nacional de Atenção Básica, também se integram às ESF's trabalhadores para auxiliarem no processo administrativo como, por exemplo, recepcionistas e auxiliares de limpeza, para que haja melhor processo de trabalho.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, constitui papel das Equipes de Saúde da Família (ESF) a garantia da integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas, garantindo também o atendimento da demanda espontânea, realização de ações programáticas e vigilância à saúde, dentre outros³. No modelo de atenção implantado pelo PSF, a organização da assistência e os tipos de profissionais apresentam diferenças, quando comparados com a atenção básica tradicional, podendo modificar os padrões de utilização ou procura de serviços de saúde⁴. O PSF possibilitou maior visibilidade às novas formas de se produzir saúde, sendo nos últimos anos concebido como estratégia aglutinadora de múltiplas iniciativas de mudanças do modelo de atenção em saúde¹. Estudo sobre a avaliação da efetividade do PSF resultou em boa aceitação pela população, reconhecendo a importância e os efeitos positivos do programa⁵.

Um dos aspectos menos estudados em saúde pública e, particularmente em relação às ESF, refere-se aos cuidadores, ou seja, os profissionais responsáveis pelo atendimento direto dos usuários de serviços. A peculiaridade do processo de trabalho pode fazer com que recaia sobre eles grandes e crescentes responsabilidades⁶.

Desde a antiguidade são conhecidas as influências do trabalho sobre a saúde e, ao longo dos últimos três séculos, cresceu progressivamente a compreensão das relações entre trabalho e processo saúde-doença, sendo que a precarização do trabalho tem sido responsável pela piora

das condições de saúde e pela mudança do perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores⁷.

Nos últimos anos, verifica-se o aumento da demanda por serviços públicos de saúde, sendo cada vez maior o percentual da população brasileira que demanda assistência do SUS e das equipes de atenção primária⁸. Os trabalhadores de saúde tornaram-se, assim, um dos maiores contingentes da força de trabalho no país, a exemplo do que verifica também em nível mundial.

O trabalho em saúde insere-se na esfera da produção imaterial, que se completa no ato de sua realização. É coletivo e conta com a participação de diversos trabalhadores⁹. Apesar de constituírem um enorme contingente de força de trabalho, pouco se sabe sobre suas condições de trabalho e saúde¹⁰. O profissional de saúde necessita de qualidade de vida, já que os fatores que nela interferem podem comprometer sobremaneira a qualidade do cuidado prestado². O impacto do trabalho sobre a saúde tem sido investigado em diversas categorias profissionais, mas são escassos os estudos relacionados aos trabalhadores de saúde da atenção primária.

As atividades do Programa de Saúde da Família (PSF) ou Estratégia Saúde da Família, concernentes à gerência das unidades básicas de saúde (UBS) representam acúmulo de trabalho. Vínculos de trabalho precários geram insegurança, dificuldade no gozo dos direitos trabalhistas e reivindicações quanto ao reconhecimento profissional. Seu processo de trabalho é bastante peculiar e nele se interagem habilidades técnicas e relações interpessoais, além do compromisso implícito e para muitos desconhecido, de entender coletivamente o processo saúde-doença¹¹. Assim, é fácil compreender que recai sobre esses profissionais grandes e crescentes responsabilidades.

A Síndrome de Burnout, conceituada como o estresse laboral crônico, foi pesquisada entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul (Santa Maria). Mostrou-se comum entre os trabalhadores jovens (entre 20 e 40 anos), com predominância entre os ACS, sendo sugestivo a criação de programas de apoio social, de aprimoramento do trabalho em equipe e planejamento dos serviços, para favorecer a qualidade dos serviços públicos e prevenir o estresse laboral¹².

Estudo realizado com os trabalhadores da atenção primária nas regiões Sul e Nordeste do Brasil apontou a insatisfação dos mesmos com sua saúde e a referência feita a problemas na saúde foi realidade para mais de um terço da amostra. Os problemas cardio-circulatórios, osteomusculares e do tecido conjuntivo, bem como as doenças do aparelho digestório e transtornos mentais comuns, foram os mais prevalentes nessa amostra de trabalhadores. Os autores ressaltaram que a avaliação dos perfis profissionais, das condições de trabalho e desgaste ocupacional podem subsidiar programas de readequação de processos de trabalho, com o objetivo de melhorar o atendimento da população¹¹.

A rotatividade ainda constitui-se num entrave ao desenvolvimento do trabalho, sendo atribuída pelos gestores e profissionais a fatores diversos, tais como a remuneração aquém das expectativas, condições de trabalho inadequadas, exigência da carga horária integral, baixa oportunidade de progressão profissional, baixo comprometimento dos profissionais, ausência de formação prévia compatível com o modelo proposto pela Estratégia de Saúde da Família. Apontam também a necessidade de promover condições de trabalho adequadas ao desempenho das funções tais como boa organização, dependências físicas confortáveis e limpas, material apropriado e disponível, segurança física e ambiental¹³.

Em estudo realizado em 2005 por Silva e Trad¹⁴, evidenciou-se a sobrecarga de trabalho em equipe de PSF num município baiano de grande porte, onde havia quase o dobro de famílias preconizado pelo Ministério da Saúde, afetando a dinâmica da mesma, uma vez que a elevada demanda acabava sobrecarregando todos os membros. E além da demanda interna, a sobrecarga de trabalho se agrava, de acordo com a equipe, em decorrência das freqüentes solicitações da coordenação municipal, tendo que os profissionais deixarem de lado o que havia sido programado para poder responder em tempo hábil a esta demanda, que envolve principalmente os agentes comunitários e a enfermeira.

Outro estudo de avaliação das condições de trabalho e a morbidade dos profissionais de saúde da atenção básica, realizado em Pelotas, quase metade dos entrevistados (44%) precisou consultar com médico nos três meses que antecederam a pesquisa. A maioria costumava utilizar serviços de saúde particulares ou de convênios, e somente 26% utilizavam o sistema público⁴. Embora não seja possível estabelecer análises conclusivas a partir dos resultados apresentados no estudo, é importante registrar que a baixa utilização dos serviços públicos suscita vários questionamentos. Entre eles, questões sobre a acessibilidade desses profissionais à assistência das próprias equipes onde atuam.

Uma das especificidades do PSF diz respeito à atuação dos profissionais, pois, além da capacidade técnica, os participantes das equipes precisam se identificar com uma proposta de trabalho que, muitas vezes, demanda criatividade, iniciativa e vocação para trabalhos comunitários e em grupo¹⁵. Ronzani e Silva¹⁶ obtiveram como resultado da pesquisa que o principal campo de atuação dos ACS antes do PSF era o comércio, sendo o fator referido como motivador para sua escolha a oportunidade de emprego, e que não haviam trabalhado anteriormente no setor saúde. E os profissionais com nível de ensino superior e técnico

demonstraram insatisfação com a formação, tendo sido a atividade prática citada como fonte principal de aprendizado. Foi possível corroborar, por meio dos dados obtidos, que o PSF vem se tornando um meio importante de inserção de profissionais no mercado de trabalho, especialmente para aqueles em início de carreira. O PSF é, muitas vezes, citado como uma área de trabalho nova, diferente das experiências de trabalho anteriores dos membros das equipes e que, por isso, apresenta-se como um desafio técnico por representar uma lógica operativa diferente da que os profissionais de saúde estavam, até então habituados.

Fatores negativos são citados em relação à dimensão do cuidado integral no PSF, estando as dificuldades associadas a quantitativos altos de atendimento por equipe; excesso de demanda; sobrecarga de trabalho profissional; limitadas práticas de promoção da saúde. Os profissionais médicos se vêem diante de grande demanda por atendimento clínico¹.

A literatura científica demonstra as condições de trabalho vivenciadas pelos profissionais da equipe de enfermagem em vários países da América do Sul, piores do que as vividas pelos enfermeiros americanos e europeus. Tal fato é justificado por sérias dificuldades políticas e econômicas enfrentadas pelos países em desenvolvimento. O desgaste físico e emocional, a baixa remuneração e o desprestígio social são fatores associados às condições de trabalho do enfermeiro que podem repercutir sobre seu estado de saúde¹⁷.

Atualmente, registra-se uma escassez de informações sobre o perfil de adoecimento dos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família, destacando a importância de investigações sobre o perfil de morbidade dessa categoria. As relações de trabalho evidenciadas pela grande competitividade, pelos elevados níveis de exigência e produtividade, são fatores que conseqüentemente promovem alterações no processo saúde-doença¹⁸.

Estudos sobre diferenças de gênero na saúde em sociedades industrializadas apontam que, embora vivam mais do que os homens, as mulheres relatam mais morbidade e problemas psicológicos e utilizam mais serviços de saúde. Esta aparente contradição reduz-se quando se levam em consideração diferenças no padrão de doenças, em diferentes faixas etárias¹⁹. Com o processo de feminilização dos profissionais de Saúde da Família, é imperioso verificar se também as trabalhadoras da saúde no PSF têm apresentado morbidades distintas.

Entre os vários indicadores para avaliar a saúde das populações, a auto-avaliação da saúde tem sido amplamente utilizada por ser facilmente aplicada e permitir comparações internacionais²⁰. A avaliação empírica da saúde abrange medidas de saúde testada (por meio de exames laboratoriais e funcionais), observada (baseada em avaliação clínica feita por profissionais) e percebida (baseada nos conhecimentos e crenças pessoais), sendo que neste último domínio a auto-avaliação da saúde é considerada um indicador válido e relevante do estado de saúde de indivíduos e populações²¹.

Ressalta-se que morbidade referida não é o mesmo que doença, segundo Juncosa & Bolívar²², a morbidade referida fornece um rico banco de dados, a atenção primária é geralmente a porta de entrada para o sistema de saúde e a análise e interpretação de dados, quando baseados em consultas, pode ser útil para analisar a carga de trabalho, apesar do valor epidemiológico limitado. Goh²³ relata que estratégias de um dia de inquérito de morbidade em cuidados primários têm sido utilizadas em muitos países do mundo, sendo estas pesquisas um meio viável para a obtenção de valiosos dados de âmbito nacional, rapidamente. A mobilização e apelo à cooperação são cruciais para o sucesso de inquéritos de morbidade, requer esforços de todos os interessados. Os dados obtidos a partir de tais pesquisas são úteis para o acompanhamento das necessidades de saúde da população, a análise da carga de trabalho e a

política de planejamento da saúde, devendo ser esta prática de coleta de dados uma característica regular de sistemas de saúde.

É comum em inquéritos de saúde de base populacional o emprego de indicadores de morbidade referida, uma vez que a informação diagnóstica é difícil de ser coletada, requer padronização rigorosa e apresenta maior custo. Vários indicadores tem sido utilizados para medir as necessidades de saúde à partir de informações fornecidas (referidas) pelos próprios entrevistados¹⁹. De acordo com Pinheiro & Ecosteguy²⁴, a saúde é um bem de valor incontestável e se refere a necessidades legítimas dos seres humanos, definidas por profissionais de saúde ou percebidas pelo próprio indivíduo.

Um dos desafios no processo de análise dos inquéritos de morbidade é a grande diversidade de problemas que aparecem e que não possuem uma padronização específica para classificação. Em alguns países a utilização da Classificação Internacional de Atenção Primária em sua segunda edição²⁵ (CIAP-2), tem atendido a essa necessidade e possibilitado a comparação de estudos em diferentes locais²⁶⁻²⁷⁻²⁸. No Brasil, a CIAP-2 tem sido pouco utilizada, apesar de apresentar potencial de facilitar o intercâmbio de informações entre os profissionais das ESF. Trata-se de um instrumento que permite a classificação não apenas de diagnósticos, mas também de queixas de saúde e problemas referidos pelos pacientes. Nesse sentido pode ser considerado o mais adequado sistema de classificação para ser utilizado em inquéritos na atenção primária à saúde²⁵.

Partindo dessas considerações apresentadas com relação à morbidade e trabalhadores do setor saúde, o presente trabalho opta por realizar inquérito de morbidade referida dos trabalhadores que atuam nas Equipes de Saúde da Família na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais. O

inquérito tem como objetivo a coleta de um conjunto de informações, visando o acompanhamento das necessidades de saúde dos trabalhadores das ESF da região citada, e pode permitir correlação com análises da carga de trabalho e auxiliar o desenvolvimento de políticas de planejamento da saúde para esse grupo.

O território estudado, a Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, abrange o Vale do Mucuri e o Vale do Jequitinhonha, sendo composta por 63 municípios e conta com uma população estimada pouco superior a 916 mil habitantes. De acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Secretaria Estadual de Saúde²⁹, a região é dividida em oito microrregiões de saúde: Águas Formosas, Almenara, Araçuaí, Itaobim, Nanuque, Padre Paraíso, Pedra Azul e Teófilo Otoni/Malacacheta/Itambacurí, esta última uma micro tripolar. O total de Equipes de Saúde da Família implantadas no mês de novembro/2011 da macrorregião era de 268 (incluindo PSF's e PACS), sendo 144 pertencentes à Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Teófilo Otoni, 100 da GRS de Pedra Azul e 24 da SRS de Diamantina. As equipes de Saúde Bucal, somadas as modalidades I e II contam com um total de 180 profissionais. Os Agentes Comunitários oficialmente cadastrados nas equipes da região totalizavam 1862 trabalhadores³⁰.

A capital importância dos profissionais que atuam nas equipes de saúde da família destaca a necessidade de pesquisas, visando aprofundar o conhecimento sobre suas condições de saúde e melhoria de suas condições de vida e trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Identificar o perfil de morbidade referida por trabalhadores que atuam nas Equipes de Saúde da Família da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil dos trabalhadores que atuam nas Equipes de Saúde da Família na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, relacionando dados sociodemográficos;
- Identificar as principais morbidades referidas pelo grupo de trabalhadores;
- Estabelecer associações entre a morbidade referida pelos trabalhadores e variáveis demográficas e sociais.

3 PRODUTOS

Seguindo o regulamento do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, os resultados alcançados no presente estudo serão apresentados em formato de um artigo científico. O artigo está formatado segundo as regras da revista de Ciência e Saúde Coletiva.

3.1 Artigo

MORBIDADE AUTO-REFERIDA POR TRABALHADORES DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SELF RELATED MORBIDITY BY WORKERS IN FAMILY HEALTH TEAMS

Ivelisa Vilela Silva Pereira, Valquiria Macedo da Silva, Maria de Jesus Loredo Rocha,
Antônio Prates Caldeira

RESUMO

Objetivando descrever a morbidade de trabalhadores de equipes de saúde da família (ESF) da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, conduziu-se um estudo transversal, com questionário autoaplicável, incluindo dados sociodemográficos, laborais e de situação de saúde a todas as categorias profissionais das ESF. A morbidade auto-referida pelos trabalhadores foi categorizada com uso da Classificação Internacional da Atenção Primária, segunda edição (CIAP-2). Foram colhidas informações de 1.731 trabalhadores em 204 unidades básicas de saúde. O grupo foi formado predominantemente por mulheres (79,8%); a idade média foi de 32,7 anos e os agentes comunitários de saúde foram os principais respondentes. A prevalência de pelo menos um problema de saúde foi de 26,1% para mulheres e de 18,3% para os homens. Os principais problemas de saúde relatados referiam-se aos sistemas circulatório, músculo-esquelético, respiratório, endócrino-metabólico e nervoso. As variáveis que estiveram associadas à referência de problemas de saúde, após análise múltipla, foram sexo feminino, idade superior a 30 anos e tempo de atuação na equipe igual ou superior a 5 anos. Observou-se uma grande proporção de trabalhadores com problemas de

saúde. São necessários esforços para o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde dos mesmos.

Palavras-chave: Morbidade. Pessoal de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

ABSTRACT

Aiming to describe the morbidity by workers in Family Health Teams of the Northeast Minas Gerais Macro-region led to a transversal study, with self-applicable questionnaire, including socio-demographical data, labor and health situations to all professional categories of the Family Health Teams. The self-related morbidity by the workers was categorized with the use of the Primary Health International Classification, second edition (CIAP-2). Information was collected from 1.731 workers in 204 basic health units. The group was formed predominantly by women (79.8%) with an average age of 32.7 years and the community health workers were the main respondents. The prevalence of at least one health problem was 26.1% for women and 18.3% for men. The main health problems related, reported to circulatory, muscular-skeletal, respiratory, endocrine-metabolic and nervous systems. The variables that were associated in reference to the health problems, after multiple analysis were the feminine sex, superior to 30 years of age and the performance in the team equal to or superior to 5 years. A great proportion of workers with health problems, were observed. Efforts are necessary for the development of strategies of promotion in health for the workers.

Key words: Morbidity, health personnel, Primary Health Care. Family Health.

INTRODUÇÃO

Profissionais da saúde frequentemente estão envolvidos em atividades complexas, nas quais o desgaste psicoemocional pode comprometer a saúde dos mesmos e a qualidade do serviço prestado. No Brasil, os profissionais dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) representam um importante e crescente contingente de trabalhadores cujas funções implicam na reorientação do modelo assistencial¹. Para esses profissionais, o processo de trabalho é bastante peculiar e pressupõe, além das habilidades técnicas e boas relações interpessoais, o compromisso pouco conhecido, de compreender o processo saúde-doença de forma coletiva². Acrescenta-se ainda que o trabalho em equipe demanda maior articulação entre seus membros e o contexto de atuação inclui recursos técnicos e materiais escassos e questões não resolvidas de remuneração e carreira profissional para algumas categorias³.

Apesar da pressão e sobrecarga de trabalho, do desgaste profissional e do potencial de morbidades que podem acometer os profissionais da APS, poucos estudos avaliam suas condições de saúde². Alguns autores avaliam de forma mais específica aspectos vinculados à saúde psíquica e síndrome de Burnout⁴⁻⁵⁻⁶. A avaliação empírica da saúde inclui medidas como a avaliação clínica realizada por profissionais habilitados, a aferição de exames laboratoriais e/ou funcionais e também inclui a percepção individual, baseada nos conhecimentos e crenças pessoais. Neste último domínio a auto-avaliação da saúde é considerada um indicador válido e relevante do estado de saúde de indivíduos e populações⁷. A morbidade referida ou auto-referida não é o mesmo que doença⁸, mas tem um papel importante no processo de definição e acompanhamento das necessidades de saúde da população avaliada. De modo geral a percepção de um problema de saúde implica em um motivo de consulta, a partir da necessidade de cuidado sentida. Assim, essa morbidade

referida tem o potencial de fornecer muitas informações sobre o paciente, auxiliando o médico na aproximação diagnóstica, bem como os gestores de saúde nas atividades programáticas para populações e grupos especiais⁹.

Os inquéritos de morbidade em cuidado primário em saúde têm sido realizados em muitos países do mundo¹⁰. Os dados obtidos são úteis para o acompanhamento das necessidades de saúde da população, análise da carga de trabalho e planejamento da saúde, devendo ser esta prática de coleta de dados uma característica regular de sistemas de saúde¹¹. Não existem registros de inquéritos específicos para profissionais de saúde ou da APS no Brasil. Tais dados poderiam fornecer informações importantes aos gestores de saúde. Prontuários eletrônicos podem ser bastante úteis para pesquisa rápida de morbidade, mas independente da sua existência, alguns estudos internacionais têm recorrido à utilização da Classificação Internacional de Atenção Primária para levantamentos de dados populacionais sobre o tema¹²⁻¹³.

Nesse sentido a Classificação Internacional de Atenção Primária em sua segunda versão (CIAP-2) é o mais adequado sistema de classificação para ser utilizado na atenção primária à saúde. Embora tenha se desenvolvido com base na tradicional Classificação Internacional de Doenças (CID), há mais de 20 anos, ainda é uma classificação pouco usual no Brasil. É uma ferramenta que permite classificar não só os problemas diagnosticados pelos profissionais da saúde, mas principalmente as queixas e motivos da consulta, tendo o potencial de avaliar as razões pelas quais os pacientes procuram o serviço de saúde e as co-morbidades⁹.

O objetivo deste estudo foi de estimar a prevalência e o perfil de morbidade referida por trabalhadores que atuam na APS, em equipes de saúde da família na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, utilizando a CIAP-2.

MÉTODOS

O cenário do presente estudo foi a Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, formada pelos Vales do Mucuri e Jequitinhonha. A área compreende 63 municípios e possui 268 Equipes de Saúde da Família (ESF), incluindo as equipes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Trata-se de um estudo transversal, em que todos os trabalhadores que compõem a rede básica foram convidados a participar (médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares e técnicos de saúde bucal, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, além de recepcionistas e auxiliares de serviço geral).

A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro a julho de 2011, sendo realizada em um dia específico em cada SRS/GRS, com uma equipe de três pesquisadores, que treinaram todos os gestores e coordenadores da Atenção Primária dos municípios para a aplicação dos questionários semi-estruturados e auto-aplicáveis. O instrumento abordava informações demográficas (sexo, idade e escolaridade), laborais (atividade exercida e tempo de trabalho na ESF) e de situação de saúde (problemas, controle regular e queixas de saúde apresentadas nos últimos 15 dias, última consulta e local de realização).

Para análise da situação de saúde, os dados coletados foram codificados utilizando-se a Classificação Internacional de Atenção Primária, segunda edição (CIAP-2), sendo descartadas eventuais informações ilegíveis. A codificação de todas as queixas apresentadas pelos profissionais foi realizada por uma única pessoa (IVSP), previamente capacitada com o intuito de evitar distorções da classificação.

O banco de dados foi construído utilizando o programa SPSS (versão 16.0). Foram realizadas análises de frequência de todas as variáveis coletadas. Para detectar a existência de associações entre as variáveis estudadas, utilizou-se o teste do qui-quadrado, tendo-se estabelecido o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A análise conjunta das variáveis associadas ao fato de referir problemas de saúde foi realizada por meio da regressão logística.

O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), por meio do parecer nº 2314/10 e todos os trabalhadores responderam ao questionário após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Das 268 equipes convidadas a participarem do estudo, 64 foram excluídas porque os gestores e/ou coordenadores não participaram do treinamento ou se recusaram a conduzir a coleta de dados em seus municípios. Assim, foram coletados 1.761 questionários, referentes a 204 equipes de saúde da família. Após análise e processamento foram descartados 31 questionários por estarem incompletos ou ilegíveis.

Os dados processados revelaram que o grupo avaliado era formado por 1.383 (79,9%) trabalhadores do gênero feminino e 348 (20,1) do gênero masculino. O maior contingente de trabalhadores respondentes era constituído por profissionais de nível técnico. A idade média dos trabalhadores avaliados foi de 32,7 anos (DP=9,8). A maior parte dos respondentes foi da categoria dos Agentes Comunitários de Saúde, seguidos pelos auxiliares ou técnicos de enfermagem e enfermeiros. As principais características do grupo estudado são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família; Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, 2011.

Variáveis	N	%
Gênero		
Masculino	348	20,1
Feminino	1.383	79,9
Atividade profissional		
Médico	81	4,7
Enfermeiro	172	9,9
Auxiliar e Técnico de Enfermagem	258	14,9
Dentista	59	3,4
Recepcionista/Função Administrativa	110	6,4
Agente Comunitário de Saúde	848	49,0
Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal	48	2,8
Outros	156	9,0
Faixa etária (anos)		
18-25	440	25,4
26-45	1086	62,7
46-65	196	11,3
≥ 66	10	0,6
Tempo de atuação na ESF		
< 1 ano	388	22,4
1- 5 anos	840	48,5
> 5 anos	504	29,1
Escolaridade		
≤ 8 anos	133	7,7
9 - 11 anos	1089	62,9
≥ 12 anos	510	29,4

A prevalência de pelo menos um problema de saúde entre os respondentes foi de 26,1% das mulheres (361) e de 18,3% dos homens (64). Essa diferença entre as proporções de homens e mulheres que referiram problemas de saúde mostrou-se estatisticamente significativa ($p=0,003$). Entretanto, o padrão das queixas entre os diversos capítulos do CIAP-2 não revelou diferenças estatisticamente diferentes entre os gêneros, conforme apresenta a tabela 2.

Tabela 2. Problemas de saúde referidos pelos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família, por gênero, segundo a Classificação Internacional da Atenção Primária, segunda edição (CIAP-2); Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, 2011.

Sistemas CIAP 2	Masculino		Feminino		p-valor
	(n)	(%)	(n)	(%)	
A. Geral e não específico	2	2,8	5	1,2	0,282
B. Sangue, órgão hematopoiéticos e linfáticos	1	1,4	6	1,5	1,000
D. Aparelho Digestivo	6	8,3	22	5,4	0,287
F. Olhos	6	8,3	14	3,4	0,098
H. Ouvidos	3	4,2	9	2,2	0,401
K. Aparelho Circulatório	23	31,9	110	26,9	0,459
L. Sistema musculoesquelético	14	19,4	66	16,1	0,601
N. Sistema nervoso	1	1,4	30	7,3	0,067
P. Psicológico	1	1,4	24	5,9	0,152
R. Aparelho Respiratório	6	8,3	58	14,2	0,246
S. Pele	0	0,0	4	1,0	1,000
T. Endócrino, metabólico e nutricional	7	9,7	37	9,0	0,969
U. Aparelho urinário	0	0,0	9	2,2	0,377
W. Gravidez e planejamento familiar	0	0,0	5	1,2	NSA
X. Aparelho genital feminino e mamas	0	0,0	10	2,4	NSA
Y. Aparelho genital masculino	2	2,8	0	0,0	NSA
Total*	72	100,0	409	100	-

(*) O total de problemas é superior à população das pessoas que referiram problemas porque algumas relataram mais de um problema.

A proporção de profissionais que responderam realizar controle regular de saúde foi de 63,9% (n=1.107). Sobre o uso regular de medicamentos, 22,6% (n=391) dos trabalhadores responderam afirmativamente, com maior proporção de mulheres (n=345; 24,9%) do que de homens (n=46; 13,2%).

Os principais problemas de saúde relatados pelos profissionais referem-se aos sistemas circulatório, músculo-esquelético, respiratório, endócrino-metabólico e nervoso. Juntas, as

queixas referidas sobre esses sistemas equivalem a 73,4% de todas as queixas referidas pelos profissionais de saúde. E apenas os cinco principais problemas de saúde referidos pelos profissionais de saúde equivalem a mais de 50% do total de problemas apontados pelos entrevistados.

A tabela 3 apresenta a relação dos principais problemas de saúde referidos em cada um dos principais sistemas/categorias do CIAP 2.

Tabela 3. Principais problemas de saúde referidos pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família, em cada um dos principais sistemas, segundo a a Classificação Internacional da Atenção Primária, segunda edição (CIAP-2); Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, 2011.

Sistemas CIAP 2	Principais Problemas	(n)	(%)
Aparelho Circulatório	K86- Hipertensão	114	85,7
	K80- Arritmia	04	3,0
	K88- Hipotensão	02	1,5
	Outros	13	9,8
	Total	133	100,0
Sistema Musculoesquelético	L03- Dor lombar/coluna	39	48,7
	L79 – Artrite (inespecífica)	12	15,0
	L87- Tendinite	07	8,7
	L78- Problemas no joelho	05	6,3
	Outros	17	21,3
	Total	80	100,0
Aparelho Respiratório	R97-Rinite/Alergia respiratória	40	62,5
	R75- Sinusite	10	15,6
	R96- Asma	06	9,4
	R78-Bronquite	06	9,4
	R76- Amigdalite	02	3,1
	Total	64	100,0
Endócrino, metabólico e nutricional	T90 e T89- Diabetes	17	37,8
	T86-Hipotireoidismo	10	22,2
	T82- Obesidade	06	13,3
	T93- Dislipidemia	03	6,7
	Outros	09	20,0
	Total	45	100,0
Sistema Nervoso	N89-N01- Enxaqueca/Cefaléia	21	71,0
	N88- Epilepsia	03	9,7
	Outros	07	19,4
	Total	31	100,0

A tabela 4 apresenta análise comparativa entre os profissionais que apresentaram queixas de problemas de saúde em relação aos que não apresentaram. Após análise multivariada,

permaneceram como variáveis associadas ao fato de referirem problemas de saúde: sexo feminino, idade superior a 30 anos e tempo de atuação na ESF igual ou superior a cinco anos.

Tabela 4 – Análise comparativa entre os profissionais que apresentam queixas de problemas de saúde em relação aos que não apresentaram; Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, 2011.

Características	Referem Problema de saúde		Não referem Problema de saúde		“p” valor	OR (IC95%) bruta	OR (IC95%) ajustada
	N	%	N	%			
Sexo					0,003		
Feminino	361	26,1	1022	81,7		1,57(1,17-2,12)	1,45(1,07-1,97)
Masculino	64	18,3	285	73,9		1,0	
Idade					0,000		
> 30 anos	284	34,6	536	65,4		2,89(2,30-3,65)	2,38(1,86-3,09)
≤ 30 anos	141	15,5	771	84,5		1,0	
Função					0,272		
Técnica	356	25,1	1064	74,9		1,18(0,88-1,58)	---
Nível superior	69	22,1	243	77,9		1,0	
Escolaridade					0,006		
< 11 anos	67	32,2	141	67,8		1,55(1,12-2,12)	1,23 (0,89-1,71)
≥ 11 anos	358	23,5	1166	76,5		1,0	
Tempo de atuação na APS					0,000		
≥ 5 anos	181	35,9	323	64,1		2,26(1,79-2,84)	1,61(1,26-2,07)
< 5 anos	244	19,9	984	80,1		1,0	

DISCUSSÃO

No presente estudo foi possível estimar a prevalência e o perfil de morbidade referida por trabalhadores que atuam em equipes da ESF na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, utilizando a CIAP-2. Existem poucos estudos no país sobre o perfil de morbidade dos trabalhadores da saúde e particularmente dos trabalhadores da APS²⁻¹⁴. Quase sempre os estudos existentes abordam as condições de estresse e saúde psíquica desse grupo profissional, estabelecendo correlações com as precárias condições de trabalho e a sobrecarga de atividades¹⁵⁻¹⁶. Os dados deste estudo não salientaram um destaque para a morbidade psíquica dos trabalhadores da APS. Em linhas gerais o perfil de morbidade auto-referida não difere significativamente da carga de doenças registradas em serviços ambulatoriais¹⁷⁻¹⁸⁻¹⁹, com destaque para as queixas relacionadas ao sistema circulatório e músculo-esquelético.

Considerando que a morbidade auto-referida das doenças crônicas é uma medida aproximada das informações obtidas por exames clínicos¹⁷, o presente estudo realizado utilizando a CIAP-2 proporcionou o conhecimento dos principais problemas de saúde referidos pelos trabalhadores da APS, que têm ocupado espaço importante no sistema de saúde nacional. A utilização do CIAP-2 destacou a potencialidade dessa ferramenta, que pode auxiliar sobremaneira a caracterização da demanda assistida pelos próprios profissionais da ESF¹⁹.

O perfil dos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais se mostrou similar ao de outros estudos, caracterizando-se pelo predomínio de mulheres e trabalhadores jovens²⁻²⁰. A proporção de trabalhadores com mais tempo de atuação na ESF sugere uma tendência de redução da elevada rotatividade dos profissionais de saúde na Atenção Primária, destacada em outros estudos²¹⁻²⁰⁻³.

Os principais grupos de problemas, segundo a classificação do CIAP-2, não diferem muito de outros inquéritos realizados com a população em geral e que empregaram a mesma ferramenta¹²⁻¹⁹. De forma semelhante ao estudo de Tomasi², os resultados apontam as doenças do aparelho circulatório como o principal problema de saúde referido pelos trabalhadores de saúde da atenção primária. Esta é uma situação universal bem consolidada. Nas últimas décadas no Brasil, houve uma importante redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, aumentando, por outro lado, a ocorrência de doenças cardiovasculares em mais de três vezes²². Outros estudos notificam que as doenças cardiovasculares são causas importantes de morbidade e principal causa de mortalidade em todo mundo, especialmente em mulheres²³.

Dentre os problemas ligados ao aparelho circulatório, houve predomínio da hipertensão arterial, segundo referiram os profissionais de saúde. Esse dado é compatível com o estudo da demanda dos serviços de atenção primária conduzido por Gusso¹⁹ e também compatível com outros estudos internacionais de morbidade referida em atenção primária¹²⁻²⁴.

O sistema musculoesquelético (com ênfase para dor lombar/coluna) foi a segunda maior referência de problemas de saúde, o que também é compatível com o estudo realizado por Tomasi² com trabalhadores da atenção básica, em que a referência de problemas osteomusculares e do tecido conjuntivo foi a segunda maior queixa.

Os problemas referentes ao aparelho respiratório, especialmente rinite, alergia respiratória e sinusite também tiveram destaque para a população estudada. É possível que tais problemas sejam decorrentes da época em que foi realizada a coleta de dados. Gusso¹⁹ observou em um estudo de demanda de usuários de serviços de Saúde da Família, que queixas respiratórias

eram mais comuns em determinadas estações, o que é consoante com os registros clássicos da literatura²⁵⁻²⁶⁻²⁷. Problemas de saúde referentes aos sistemas endócrino e nervoso também se registraram entre os mais frequentes, em consonância com outros estudos de perfil de demanda ambulatorial, que igualmente destacam a Diabetes¹²⁻¹⁷ e as cefaléias como os principais representantes destes sistemas²⁸.

Os resultados revelaram variações entre os gêneros em relação ao fato de referir algum problema de saúde. A observação de que existe maior proporção de mulheres com problemas de saúde é apontada em outros estudos que não são específicos para os profissionais de saúde²⁹⁻³⁰⁻³¹. Alguns autores associam as maiores taxas de morbidade entre as mulheres com o fato de as mulheres desempenharem múltiplos papéis na sociedade e realizarem dupla jornada de trabalho²⁸⁻³². Esse aspecto não é diferente para as mulheres que trabalham no setor da saúde, que muitas vezes possuem dois vínculos trabalhistas e ainda são as principais responsáveis pelas atividades domésticas³².

Outras variáveis que também se mostraram estatisticamente associadas a algum problema de saúde foram a idade acima de 30 anos e o fato de possuir mais de cinco anos de atuação em equipes de saúde da família. Sobre a idade, é certo que maiores cargas de doenças são mais comuns entre as pessoas mais velhas e nesse aspecto as doenças crônicas não transmissíveis assumem papel preponderante¹²⁻²⁹⁻³³. Entretanto não é possível estabelecer correlações precisas entre o maior tempo de atuação em equipes de saúde da família e a maior prevalência de problemas de saúde referidos. Alguns estudos mostram que são comuns os sintomas de estresse e síndrome de Burnout entre os profissionais das equipes de saúde da família⁴⁻⁵⁻⁶. Seguramente, esses trabalhadores da atenção primária enfrentam grandes dificuldades no desempenho de suas funções. Em suas atividades diárias, os profissionais da saúde da família

atuam no processo de mudança de um modelo assistencial e devem planejar e desenvolver atividades que estejam em consonância com as necessidades da população assistida³⁻⁶. A sobrecarga e as difíceis condições de trabalho podem interferir no processo de adoecimento dos profissionais da ESF, mas essa questão não foi objeto do presente estudo e demanda futuras investigações. Trata-se de um tema importante que não deve ser menosprezado, pois, segundo Braga⁶ e colaboradores, resultados similares traduzem o paradoxo das condições de trabalho contribuir para o adoecimento de trabalhadores cujas atividades visam à promoção e à recuperação da saúde.

A função desempenhada e o nível de escolaridade foram variáveis que não se mostraram associadas com o relato de problemas de saúde para o grupo estudado. Este fato destaca que a morbidade referida ocorre de forma similar nos diferentes atores da atenção primária e de forma integrada aos demais resultados, convoca para maior atenção e suporte a esses trabalhadores.

Mais de 70% da amostra avaliada realizou a última consulta dentro dos 6 meses anteriores à aplicação do instrumento. Em seu estudo, Tomasi² observou que mais da metade da amostra (52%) havia se consultado nos noventa dias anteriores à entrevista. Esses percentuais acima da média de consultas esperadas para a população geral fazem supor que a facilidade de acesso à consulta médica pode estar interferindo no resultado. Em consonância com essa afirmativa, registrou-se no presente estudo que quase 65% dos trabalhadores informaram ter utilizado o próprio serviço de saúde em que trabalham para a realização da última consulta.

Considerando a similaridade dos resultados observados com estudos de morbidade para a população em geral¹²⁻¹⁹, é preciso notificar também que considerável número dos problemas

referidos pelos profissionais de saúde terá sua evolução marcadamente influenciada por mudanças nos estilos de vida. Assim, os profissionais de saúde devem também assumir novos e mais saudáveis estilos de vida, incorporando atividades físicas, dietas mais saudáveis, adequação do peso e abolindo o tabagismo e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

Algumas limitações devem ser consideradas na análise global dos dados desta pesquisa. A não participação de 68 equipes e a baixa participação dos médicos comprometem a generalização dos dados. A área estudada possui os mais baixos indicadores socioeconômicos do estado, não representando, portanto, uma área típica em Minas Gerais. Adicionalmente, o instrumento utilizado foi de auto-preenchimento, o que pode traduzir-se em eventuais interpretações equivocadas da informação solicitada. Todavia, existem méritos não desprezíveis, pois o estudo envolve um relevante contingente de profissionais de equipes da ESF da área estudada e utilizou uma classificação útil para as queixas e problemas da atenção primária. A semelhança dos resultados deste estudo com outros já publicados sugere que as limitações observadas não comprometem a validade do estudo.

Por fim, considerando a importância do trabalho e da interface trabalho/saúde para o ser humano e a carência de estudos nesta área e para o público avaliado, evidencia-se que esta é uma área de investigação que precisa ser desenvolvida. O conhecimento dos problemas de saúde referidos no estudo poderá auxiliar políticas públicas em estratégias de promoção à saúde dos trabalhadores da atenção primária.

Autoria: Todos os autores participaram igualmente na concepção, pesquisa, análise dos dados e redação final do texto. A codificação do CIAP-2 foi realizada exclusivamente por IVSP.

Agradecimento:

Os autores agradecem o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

REFERÊNCIAS

1. Fernandes JS, Miranzi SSC, Iwamoto HH, Tavares DMS, Santos CB. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. *Texto contexto - enferm.* 2010; 19:434-42.
2. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:193-201.
3. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15:7-18.
4. Camelo SHH, Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004; 12:14-21.
5. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev esc enferm USP* 2010; 44:274-9.
6. Braga LC, Carvalho LR, Binder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Rev C S Col* 2010; 15:1585-96.
7. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:27-37.
8. Barreto ICHC, Grisi SJFE. Morbidade referida e seus condicionantes em crianças de 5 a 9 anos em Sobral, CE, Brasil. *Rev bras epidemiol* 2010; 13:35-48.

9. WONCA (Organização Mundial dos Médicos da Família): Classificação internacional de atenção primária, CIAP-2, Sociedade Brasileira de Medicina da Família, Florianópolis, 2009.
10. Silva N, Mendis K. One-day general practice morbidity survey in Sri Lanka. *Fam Pract* 1998; 15:323-31.
11. Goh LG. One-day primary care morbidity surveys: a feasible means for obtaining valuable healthcare services data. *Singapore Med J* 2004; 45:193-5.
12. Minas M, Koukousias N, Zintzaras E, Kostikas K, Gourgoulialis IK. Prevalence of chronic diseases and morbidity in primary health care in central Greece: An epidemiological study. *BMC Health Services Research* 2010, 10:252.
13. Esteban VMD, Dominguez BMF, Astray MJ, Genova MR, Perez SA, Sanchez PL, Aguilera GM, Gonzales SFJ. Epidemiological usefulness of population-based electronic clinical records in primary care: estimation of the prevalence of chronic diseases. *Fam Pract* 2009, 26:445-54.
14. Tomasi E, Sant'Anna GC, Oppelt AM, Petrini RM, Pereira IV, Sassi BT. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. *Rev bras epidemiol* 2007; 10:66-74.
15. Camelo SHH, Angerami ELS. Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das equipes de saúde da família. *Rev Eletrônica de Enfermagem* 2008;10:915-23.
16. Telles SH, Pimenta AMC. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. *Saúde Soc São Paulo* 2009; 18:467-78.
17. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. *Rev Saúde Pública* 2008; 42:73-81.

18. Barber J, Muller S, Whitehurst T, Hay E. Measuring morbidity: self-report or health care records? *Fam Practice* 2010; 27:25-30.
19. Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2) [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009.
20. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Rev C S Col* 2010; 15:2355-2365.
21. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Rev C S Col* 2008; 13:23-34.
22. Brasil. Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
23. WHO: The global burden of disease: 2044 update. 2008.
24. Brueton V, Yogeswaran P, Chandia J, Mfenyana K, Modell B, Modell M, Nazareth I. Primary care morbidity in Eastern Cape Province. *S Afr med j* 2010; 100:309-12.
25. Moura M, Junger WL, Mendonça GAS, Ponce DLA. Qualidade do ar e transtornos respiratórios agudos em crianças. *Rev Saúde Pública* 2008; 42:503-11.
26. Façanha MC, Pinheiro AC. Doenças respiratórias agudas em serviços de saúde entre 1996 e 2001, Fortaleza, CE. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:346-50.
27. Godoy DV, Dal Zotto C, Bellicanta J, Weschenfelder RF, Nacif SB. Doenças respiratórias como causa de internações hospitalares de pacientes do Sistema Único de Saúde num

- serviço terciário de clínica médica na região nordeste do Rio Grande do Sul. *J Pneumologia* 2001; 27:193-8.
28. Gomes KRO, Tanaka ACA. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:75-82.
29. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:595-603.
30. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 11:365-73.
31. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Rev C S Col* 2002; 7:687-707.
32. Leite PC, Silva A, Merighi MAB. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Rev esc enferm USP* 2007; 41:287-91.
33. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Rev C S Col* 2011; 16:3755-68.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se que os problemas de saúde auto-referidos pelos trabalhadores das equipes de saúde da família necessitam de maior atenção pelos gestores da saúde, pois os resultados revelaram que os mesmos necessitam de cuidado como o restante da população, por apresentarem morbidades similares. O impacto do trabalho sobre a saúde e as condições de trabalho devem ser investigados devido principalmente ao crescimento mundial do setor de serviços e a afirmação do PSF como modelo substitutivo, sendo que as pessoas também adoecem de acordo com a inserção no processo produtivo, com riscos específicos.

Em saúde pública, um dos aspectos menos estudados diz respeito aos cuidadores, que são os responsáveis pelo atendimento direto aos usuários. Ações de promoção à saúde deverão ser desenvolvidas nas unidades, para que os trabalhadores de saúde possam prestar uma assistência de qualidade aos que procuram o serviço. Como se observou que a morbidade dos trabalhadores das ESF é similar à morbidade da população em geral, entende-se que a mesma atenção deve ser dada para ambos, pois de acordo com a literatura, as condições de saúde podem interferir de sobremaneira na assistência prestada. Os resultados do presente estudo serão levados aos gestores da macrorregião e será elaborado um relatório sumário dos resultados a ser encaminhado também aos profissionais de saúde estudados. Esse retorno das informações é importante para a reflexão dos próprios trabalhadores e tem o potencial de estimular a discussão com o propósito de implantação de políticas de saúde direcionadas a esse crescente grupo de profissionais da saúde.

Através da pesquisa ficou consolidada a importância e a utilidade da Classificação Internacional da Atenção Primária, segunda edição (CIAP-2), como valioso instrumento para

a classificação das queixas auto-referidas pelos trabalhadores. O CIAP-2 mostrou-se de fácil aplicação e permitiu a comparação dos resultados obtidos com outros estudos nacionais e internacionais.

Um aspecto também a ser destacado é que os dados revelaram a predominância do gênero feminino, e a literatura registra a dupla ou até tripla jornada das mulheres, sendo importante o conhecimento das diferenças de gênero para a análise do processo saúde-doença dessa classe trabalhadora. Encontrou-se também que quanto maior o tempo de atuação da USF, maior a incidência de morbidades, sugerindo que com o passar do tempo aumentará as necessidades do cuidado desses trabalhadores. Como o modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família é relativamente novo, iniciado em 1994, vale ressaltar a importância da prevenção de agravos à saúde desses trabalhadores e a necessidade de novos estudos para ampliar o conhecimento desse tema e estimular respostas em prol da melhoria dos cuidados para a população geral e também para os trabalhadores da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do programa saúde da família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saúde Pública* 2008;24(1):569-578.
2. Fernandes JS, Miranzi SSC, Iwamoto HH, Tavares DMS, Santos CB. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. *Texto contexto - enferm* 2010;19(3):434-442.
3. Brasil. Portaria N° 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia de saúde da família (ESF) e o programa agentes comunitários de saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 24 out 2011; Seção 1, p.48-55.
4. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(1):90-9.
5. Oliveira AKP, Borges DF. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuário. *Rev Adm Pública* 2008; 42(2):369-89.
6. Tomasi E, Sant'Anna GC, Oppelt AM, Petrini RM, Pereira IV, Sassi BT. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. *Rev bras epidemiol* 2007;10(1):66-74.
7. Braga LC, Carvalho LR, Binder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Cien Saude Colet* 2010;15(Supl.1):1585-1596.
8. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Cien Saude Colet* 2002;7(3):401-412.

9. Pires D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm* 2000;53:251-63.
10. Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde. Chamado à ação de Toronto: 2006-2015. Rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série D. Reuniões e Conferências).
11. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(Supl.1):193-201.
12. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev esc enferm USP* 2010;44(2):274-279.
13. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010;15(5):2355-2365.
14. Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface (Botucatu)* 2005;9 (16):25-38.ISSN 1414-3283.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
16. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Cien Saude Colet* 2008;13(1):23-34.
17. Marziale MHP. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. *Rev Lat AM Enferm* 2001;9(3):1-5.

18. Leite PC, Silva A, Merighi MAB. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(2):287-291.
19. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002;7(4): 687-707.
20. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. *Rev Saude Publica* 2008;42(1): 73-81.
21. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl.2):27-37.
22. Juncosa S, Bolívar B. Medir la morbilidad en atención primaria. *Aten Primaria* 2001. 28(9):602-607.
23. Goh LG. One-day primary care morbidity surveys: a feasible means for obtaining valuable healthcare services data. *Singapore Med J* 2004;45:193-5.
24. Pinheiro RS, Ecosteguy CC. Epidemiologia e serviços de saúde. In: Medronho BA, organizador. *Epidemiologia*. São Paulo / Rio de Janeiro / Ribeirão Preto; Editora Atheneu;2003;261-269.
25. WONCA (Organização Mundial dos Médicos da Família). Classificação internacional de atenção primária, CIAP-2. Sociedade Brasileira de Medicina da Família; Florianópolis; 2009.
26. Minas M, Koukosias N, Zintzaras E, Kostikas K, Gourgoulianis IK. Prevalence of chronic diseases and morbidity in primary health care in central Greece: An epidemiological study. *BMC Health Services Research* 2010, 10:252.
27. Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2º edição (CIAP-2) São Paulo; USP; 2009.
28. Brueton V, Yogeswaran P, Chandia J, Mfenyana K, Modell B, Modell M, Nazareth I Primary care morbidity in Eastern Cape Province. *SAMJ, S. Afr Med J* 2010; 100(5):309-312.

29. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Programas e ações de governo. Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais; 2009. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br>.
30. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes comunitários de saúde, saúde da família e saúde bucal. Brasília; 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br>.

APÊNDICE A

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: Perfil de Morbidade na Atenção Primária na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros

Patrocinador: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

Coordenador: Prof. Dr. Antonio Prates Caldeira

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- Objetivo

Este estudo tem objetivo de identificar o perfil de morbidade na área de abrangência dos serviços de atenção primária à saúde da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, incluindo usuários e trabalhadores da saúde.

2- Metodologia/procedimentos

Este estudo será desenvolvido na Macrorregião nordeste de Minas Gerais nas Equipes de Saúde da família. A região é composta por três Gerencias Regionais de Saúde (GRS) constituídas por 08 Microrregiões de Saúde e 63 municípios, sendo que 32 pertencem a GRS Teófilo-Otoni, 25 a GRS de Pedra Azul e 06 à GRS de Diamantina. Na coleta de dados serão utilizados questionários semi-estruturados especialmente desenvolvidos pelos pesquisadores, com base nos objetivos do estudo e na literatura vigente.

3- Justificativa

O levantamento de dados através de pesquisa e vivências voltados para a identificação, direcionamento e planejamento na Atenção Primária a Saúde é de extrema importância, pois fortalece e viabiliza ações de forma concisa baseando-se em dados precisos. Nesse sentido, essa pesquisa contribuirá no direcionamento no processo de trabalho de rede/SUS da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais que foquem ações voltadas para a redução de morbidades que acometem as populações assistidas na Atenção Primária à Saúde.

4- Benefícios

O levantamento de dados contribuirá para diagnóstico e compreensão das morbidades referidas na atenção primária na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, auxiliando na definição dos serviços e fortalecimento das políticas públicas de saúde.

5- Desconfortos e riscos

Não há desconforto ou risco além daqueles inerentes ao atendimento de uma entrevista, que podem incluir o constrangimento pessoal.

6- Danos

A pesquisa trabalhará com dados informados, não apresentando danos para as pessoas envolvidas.

7- Confidencialidade das informações

Assegura-se aos entrevistados a confidencialidade e o sigilo sobre as informações coletadas.

8- Compensação/indenização

Não existe.

9- Consentimento:

Eu,....., li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Fui esclarecido do meu direito de abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar da pesquisa. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____ Nome do entrevistado	_____ Assinatura do entrevistado	_____ Data
_____ Nome da testemunha	_____ Assinatura da testemunha	_____ Data
Prof. Dr. Antonio Prates Caldeira _____ Nome do coordenador da pesquisa	_____ Assinatura do coordenador da pesquisa	_____ Data

Nome dos pesquisadores: Ivelisa Vilela Silva Pereira
Maria de Jesus Loredo Rocha
Valquiria Macedo da Silva

Endereço dos Pesquisadores:

- Rua Benedito Oliveira, 490, Jardim Iracema, Teófilo-Otoni, MG, CEP: 39800-101 Telefone: 33-99052105.
- Rua Jequitinhonha, 36, Centro, Araçuaí, MG, CEP: 39600-000. Tel: 33-99029967
- Rua Rio de Janeiro, 116, Grã-Bretanha, Araçuaí, MG, Cep: 39600-000 Tel: 33-99821498

APÊNDICE B

Formulário de Aferição da Morbidade dos **Trabalhadores de Saúde** da Atenção Primária à Saúde na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais

1- Sexo:

- Masculino
 Feminino

2- Idade:

_____ Anos

3- Função:

- Médico
 Enfermeiro
 Técnico de Enfermagem
 Auxiliar de Enfermagem
 Dentista
 Auxiliar de Serviços Gerais
 Recepcionista
 Função Administrativa
 Agente Comunitário

4- Escolaridade:

- Analfabeto
 1º Grau Incompleto
 1º Grau Completo
 2º Grau Incompleto
 2º Grau Completo
 Ou mais

5- Há quanto tempo trabalha no Programa de Saúde da Família?

- menos de 3 meses
 3 meses a 1 ano
 1 ano a 5 anos
 mais que 5 anos

6- Possui algum problema de saúde?

- Não
 Sim. Qual?
-

7- Faz controle de saúde regularmente?

- Sim
 Não

8- Faz uso regular de medicamentos?

- Sim
 Não

9- Apresentou nos últimos 15 dias alguma queixa de saúde?

() Não

() Sim. Qual?

10- Quando foi sua última consulta médica e onde realizou?
