

LUIZ BERNARDO LEONELLI

**ESTRESSE PERCEBIDO
EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências.

São Paulo

2013

LUIZ BERNARDO LEONELLI

**ESTRESSE PERCEBIDO
EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Marcos Piva Demarzo

Co-Orientadoras: Profa. Dra. Solange Andreoni e Profa. Dra. Elisa Harumi Kozasa

São Paulo

2013

Leonelli, Luiz Bernardo

Estresse percebido em profissionais da atenção primária à saúde/
Luiz Bernardo Leonelli – São Paulo, 2013.

xv, 56f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo,
Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Saúde
Coletiva.

Perceived Stress among Primary Health Care Professionals, São Paulo,
Brazil, 2013.

1. Estresse psicológico 2. Saúde do Trabalhador 3. Atenção Primária à
Saúde 4. Programa Saúde da Família 5. Análise Multinível

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Chefe do Departamento: Profa. Dra. Rebeca de Souza e Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação: Profa. Dra. Suely Godoy Agostinho Gimeno

Luiz Bernardo Leonelli

ESTRESSE PERCEBIDO EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Presidente da Banca Examinadora: Profa. Dra. Solange Andreoni

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Denise Pimentel Bergamaschi
Professora da Universidade de São Paulo – USP

Prof. Dr. Luiz Carlos de Abreu
Professor Assistente da Faculdade de Medicina do ABC

Profa. Dra. Solange Aparecida Nappo
Professora Adjunta do Departamento de Ciências Biológicas
da UNIFESP – Campus Diadema

Suplente:

Prof. Dr. Guilherme Arantes Mello
Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP

Esta dissertação foi realizada no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, com apoio financeiro da bolsa de estudo do Programa Demanda Social da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes/DS).

DEDICATÓRIA

Aos meus pais (*in memoriam*) Dante, exemplo de doação ao próximo na sua militância profissional e política, em prol dos direitos dos trabalhadores, por um mundo socialmente mais igualitário e Helena, nutridora de amor, fé e sabedoria em nosso caminho, pela devoção ao Divino.

À minha esposa Denise, amada, amiga e atenta, ao nosso filho Danyel e aos filhos 'incorporados' Vinícius e Anaíra, companheiros de jornada, que impulsionam a energia de nosso crescimento e transformação.

AGRADECIMENTOS

Aos familiares, pelo afeto e apoios incondicionais, sobretudo ao irmão Paulo.

Aos amigos que direta ou indiretamente colaboraram para esta realização.

Ao meu orientador Marcelo Marcos Piva Demarzo, pela condução dedicada, firme e serena em nosso desenvolvimento científico e pela oportunidade de concretizar este sonho acadêmico.

Às minhas co-orientadoras Elisa Harumi Kozasa e Solange Andreoni, pela atenção plena, preciosas contribuições e comprometimento efetivo na construção em equipe deste estudo.

Aos professores, funcionários e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde da Unifesp, pelo produtivo convívio e fortalecimento ao processo de nossa formação, especialmente à Ana Cristina Melo Atanes, pela colaboração na coleta dos dados.

Ao Departamento de Medicina Preventiva, pela pronta disposição e suporte material impresso empregado na pesquisa.

À Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM) pela anuência à realização, aos gerentes e profissionais da Estratégia da Saúde da Família pela abertura e disponibilidade em participar deste estudo.

À Suely Mizumoto, pela salutar persistência na transformação do sonho, acalentado há mais de duas décadas, em realidade.

Aos gestores, professores e alunos dos cursos de pós-graduação em acupuntura, onde atuo como docente, pela motivação ao nosso aprimoramento como trabalhador da educação em saúde, com ênfase ao apoio na revisão das ilustrações deste trabalho por Romana de Souza Franco e Luiz Antônio Alfredo.

A todos e por tudo, minha eterna gratidão.

EPÍGRAFE

Quem conhece a Constância é abrangente;
Quem é abrangente pode ser coletivo.
O coletivo tem o poder da criação,
A criação tem o poder do Céu,
O Céu tem o poder do Caminho,
O Caminho tem o poder do Eterno.

Lao Tse

SUMÁRIO

Dedicatória.....	vi
Agradecimentos.....	vii
Lista de figuras.....	xi
Lista de tabelas.....	xii
Lista de abreviaturas.....	xiii
Resumo.....	xiv
Abstract.....	xv
1. Introdução.....	1
2. Revisão de literatura.....	3
2.1 Equipes de Saúde da Família e estresse.....	3
2.2 Instrumento de avaliação do Estresse Percebido.....	5
3. Objetivos.....	7
4. Método.....	8
4.1 Tipo de estudo.....	8
4.2 População de estudo.....	8
4.3 Amostra.....	10
4.4 Estratégias de recrutamento, critérios de inclusão e exclusão.....	10
4.5 Coleta de dados.....	10
4.6 Instrumentos de pesquisa.....	11
4.6.1 Escala de Estresse Percebido (EEP).....	12
4.7 Análise Estatística.....	13
4.8 Aspectos éticos.....	14
5. Resultados.....	15
5.1 Dados sócio-demográficos.....	18
5.2 Análise do Estresse Percebido.....	21
6. Discussão.....	27
7. Conclusões.....	34
8. Referências.....	35
9. Anexos.....	40
9.1 Anexo 1 Questionário sócio-demográfico e informações sobre o estado de saúde	40
9.2 Anexo 2 Escala de Estresse Percebido (EEP).....	47
9.3 Anexo 3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	48

9.4 Anexo 4 Modelo de cartaz ou convite por meio eletrônico.....	51
9.5 Anexo 5 Parecer CEP/UNIFESP n° 0779/11.....	52
9.6 Anexo 6 Parecer CEP/SMS n° 316/11.....	54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Médias ajustadas de estresse percebido (modelo 2), pela proporção de equipes incompletas das UBSs, Sapopemba, São Paulo, 2012.....	26
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de equipes em geral e incompletas por UBS, Sapopemba, São Paulo, 2012.....	15
Tabela 2: Respondentes por categoria profissional e UBS, Sapopemba, São Paulo, 2012.....	17
Tabela 3: Motivos de não participação por categoria profissional, Sapopemba, São Paulo, 2012.....	18
Tabela 4: Dados sócio-demográficos dos sujeitos, por categoria profissional e UBS, Sapopemba, São Paulo, 2012.....	19
Tabela 5: Estatísticas descritivas de idade e EP por categoria profissional, Sapopemba, São Paulo, 2012.....	21
Tabela 6: Médias de EP ajustadas pelos modelos de análise hierárquica, Sapopemba, São Paulo, 2012.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS:	Agente Comunitário de Saúde
AE:	Auxiliar de Enfermagem
APS:	Atenção Primária à Saúde
BDI:	Beck Depression Inventory
CLT:	Consolidação das Leis de Trabalho
DASS:	Depression Anxiety Stress Scale
DP:	Desvio Padrão
EP:	Estresse Percebido
EEP:	Escala de Estresse Percebido
ESF:	Estratégia Saúde da Família
EqSF:	Equipe de Saúde da Família
IC:	Intervalo de confiança
IDH:	Índice de Desenvolvimento Humano
INSS:	Instituto Nacional de Seguridade Social
MBI:	Malash Burnout Inventory
PAIS:	Programa de Atenção Integral à Saúde
SAG:	Síndrome de Adaptação Geral
SPDM:	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
SPSS:	Statistics Package for Social Sciences
SUS:	Sistema Único de Saúde
UBS:	Unidade Básica de Saúde
UBS's:	Unidades Básicas de Saúde

RESUMO

Introdução: A estratégia saúde da família se constitui numa das maiores coberturas populacionais de atenção primária à saúde no mundo. Na medida em que delega múltiplas e complexas atribuições às suas equipes é esperado um risco de estresse aumentado entre os profissionais, o que evidencia a importância de sua avaliação nesta população. Neste estudo foram avaliados aspectos relacionados ao estresse percebido entre profissionais, especificamente em equipes no bairro de Sapopemba, município de São Paulo. **Objetivos:** Avaliar os níveis de estresse percebido e verificar a associação dessa variável com o tipo de equipe a que os profissionais pertencem (definidas no estudo como completas ou incompletas em relação à presença ou não do profissional médico). **Método:** Estudo transversal com 450 trabalhadores, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, distribuídos em 60 equipes e 12 unidades de saúde. Para aferição do estresse percebido foi empregada a Escala de Estresse Percebido, que se correlaciona de maneira consistente com sintomas como ansiedade, depressão e *burnout*. Na análise estatística de associações foi utilizado o modelo de regressão hierárquica ou multinível, estudando-se, além de aspectos sócios demográficos, o impacto das equipes incompletas. **Resultados:** Em geral, 25% dos respondentes pontuaram níveis iguais ou acima de moderados de estresse percebido, com risco aumentado para sintomas e condições clínicas associadas ao estresse. Não foram identificadas diferenças significantes dos escores entre médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, mas foi observado que essas categorias agrupadas apresentaram maior pontuação em relação aos auxiliares de enfermagem. Foram também constatados maiores níveis de estresse percebido em profissionais do gênero feminino, entre aqueles com tempo de trabalho na mesma equipe superior a um ano, e naqueles oriundos de unidades de saúde com equipes incompletas. Encontraram-se níveis menores de estresse percebido entre praticantes de credos religiosos e no estado civil de viuvez. **Conclusões:** Há diferenças na percepção do estresse entre profissionais da estratégia saúde da família, quanto maior o número de equipes incompletas, maior o nível de estresse percebido. Do ponto de vista da atenção à saúde, indica-se que a escala de estresse percebido seja um instrumento útil no monitoramento dos níveis de estresse em profissionais da atenção primária à saúde, podendo contribuir para o aprimoramento das políticas de saúde do trabalhador no sistema de saúde brasileiro.

Palavras-chave: estresse psicológico; saúde do trabalhador; atenção primária à saúde; programa saúde da família; análise multinível.

ABSTRACT

Introduction: The family health strategy constitutes one of the largest primary health care national programs in the world concerning the population covered. Insofar as the family health strategy delegates multiple and complex tasks to its teams the increased risk for stress among its professionals is expected, which highlights the importance of stress assessment in this population. In this study we evaluate the perceived stress among Primary Health Care professionals working at the family health program in the Sapopemba district, São Paulo, Brazil. **Purpose:** To describe the levels of perceived stress and the association of this variable with the type of team that professionals belong (defined in the study as complete or incomplete with respect to the presence or absence of medical professional). **Methods:** This was a cross-sectional study with 450 workers, including family physicians, nurses, nursing assistants and community health agents distributed into 60 teams in 12 health centers. The perceived stress was measured by the perceived stress scale which correlates well with symptoms of anxiety, depression and burnout. Statistical analysis of association between perceived stress and demographic and work characteristics was evaluated through multilevel analysis. **Results:** In general, 25% of respondents scored at or above moderate levels of perceived stress, with increased risk for symptoms and clinical conditions associated with stress. In this context, there were no significant differences in scores among doctors, nurses and community health agents, but those professionals had higher scores in relation to nursing assistants. We found higher levels of perceived stress in female workers, among those being more than one year in the same health team, and in professionals from health centers with incomplete teams (absence of doctors). We found lower levels of perceived stress in religion practitioners and widowers. **Conclusions:** There are differences in the perceived stress among the family health program professionals, the greater the number of teams incomplete, the higher the stress level. From the health care point of view, it indicates that the perceived stress scale is a useful tool to monitor stress levels in primary care professionals, and may contribute to the improvement of occupational health policies in the Brazilian health system.

Keywords: stress, psychological; occupational health; primary health care; family health program; multilevel analysis.

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde entende a estratégia saúde da família (ESF), inserida no programa de saúde da família (PSF), como a principal reorganizadora da atenção primária à saúde (APS) no sistema único de saúde (SUS). Com 33.404 equipes implantadas em 5.297 municípios e com 105,5 milhões de usuários atendidos até dezembro de 2012, a ESF se constitui numa das maiores coberturas populacionais de APS no mundo, com o objetivo de melhorar o serviço de atenção básica à população, a vista da construção de um modelo de assistência que contempla a promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde (Brasil, 2013).

Neste modelo assistencial, a equipe de saúde da família (EqSF) é a unidade produtora dos serviços de saúde, a operacionalizar múltiplas atividades, a propósito, realização de visita e internação domiciliar, avaliação dos indicadores de saúde de sua área territorial, caracterização dos problemas mais comuns, elaboração de plano local ao enfrentamento dos fatores de risco à saúde, prestação de assistência integral, desenvolvimento de processos educativos, entre as principais atividades.

Na medida em que a ESF delega muitas atribuições às suas equipes, com elevado grau de exigências e responsabilidades e na consideração que a mesma, suas ações e planejamento dos serviços estão em processo permanente de construção, estudos de Oliveira *et al.* (2011); Trindade e Lautert (2010); Ursine *et al.* (2010); Camelo e Angerami (2008; 2007) observam situações de riscos psicossociais e estresse ocupacional vividos por profissionais, tensões nas equipes e com a comunidade assistida.

Estas situações ocorrem em função de fatores do ambiente, da organização e das relações interpessoais intrínsecas a este tipo de trabalho, onde nem sempre existem condições e recursos humanos compatíveis ao desenvolvimento de uma prática humanizada, competente e resolutiva, podendo levar ao desenvolvimento do estresse entre os trabalhadores (Camelo e Angerami, 2007).

Considera-se, a luz das referências consultadas, pequeno número de artigos encontrados sobre estresse nas EqSF, com prevalência de estudos exclusivos sobre

enfermeiros, a exemplo, em Fernandes *et al.* (2010), Feliciano *et al.* (2010), David *et al.* (2009) e agentes comunitários de saúde, em Oliveira *et al.* (2011), Mendes; Ceoto (2011), Ursine *et al.* (2010), Jardim e Lancman (2009), Wai e Carvalho (2009), Silva e Menezes (2008), Kluthocovsky *et al.* (2007) e Marin *et al.* (2007).

Os profissionais da APS estão expostos a vários fatores de risco para o estresse e a literatura pesquisada sugere escassez da produção sobre este importante tema de saúde coletiva, lacuna que indica a realização de mais estudos, com a finalidade de contribuir para o debate, entendimento e aprimoramento das políticas de saúde do trabalhador no sistema de saúde brasileiro, especificamente na ESF.

Neste contexto, o presente estudo é uma avaliação epidemiológica do estresse percebido nas equipes de profissionais de saúde da família, e identificação de fatores relacionados às diferenças entre o estresse percebido nesses profissionais.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Equipes de saúde da família e estresse

Em profissionais de saúde da atenção primária à saúde (APS) é descrito um elevado nível de estresse e esgotamento, quando sujeitos à exposição dos fatores de risco físico, psicológico e social no trabalho. Estudos realizados internacionalmente descrevem a ocorrência de enfermidades como ansiedade (entre 10% a 30%), depressão, distúrbios cardíaco-vasculares, imunológicos, psicossomáticos, uso abusivo de drogas, entre outras, conforme Franco (2010).

Entre trabalhadores da estratégia saúde da família (ESF), estudo sobre sintomas físicos e psicológicos de estresse, com aplicação do inventário de sintomas de *stress* para adultos de Lipp (2000) em equipes de saúde da família (EqSF), identificou a presença de estresse em 62% dos profissionais, com predominância de sintomas psicológicos em 48% dos sujeitos, 39% com sintomas físicos e 13% com igualdade destes dois tipos de sintomas, tal presença foi atribuída às situações cotidianas e condições de trabalho, em um cenário de exclusão dos trabalhadores das políticas públicas, não só da própria ESF, onde estão inseridos enquanto agentes da APS, como também daquelas que dizem respeito à sua própria saúde (Camelo e Angerami, 2004).

Nesta perspectiva, assinala-se a ausência de uma política nacional com a finalidade de considerar efetivamente a saúde dos trabalhadores em saúde, a enfatizar que a referida exclusão afeta a qualidade do trabalho prestado por estes profissionais, que passam de agente a doente. Tal situação inclui perdas pessoais e ao próprio sistema de saúde brasileiro (Oliveira, 2011).

Destaque-se ainda que as políticas públicas de saúde referentes aos trabalhadores em saúde não contemplam os profissionais da ESF, a desfavorecer e limitar seu trabalho, além de influenciar negativamente sobre a qualidade de vida destes para uma sobrevivência digna (Oliveira, 2011).

Em estudo sobre as relações de poder em equipes de saúde da família (EqSF), pertinentes a um município do estado de Amazonas, Oliveira; Moreti-Pires e Parente

(2011) apontam conflitos e disputas de poder entre os diversos atores, inclusos antagonismos com a própria população usuárias do serviço.

Em outra pesquisa, por meio de entrevistas no interior do estado de São Paulo, sobre os riscos psicossociais relacionados ao trabalho de seis equipes da ESF, foram identificados os seguintes fatores: falta de preparo e/ou capacitação, sobrecarga de papéis, longas horas no trabalho, conflito no trabalho em equipe, dificuldade para conciliar trabalho e família, recursos humanos e materiais insuficientes (Camelo e Angerami, 2007).

Os agentes estressores podem evocar reações de natureza física, mental ou emocional e resultam em demandas sobre o corpo, que definem o estresse, propriamente dito (Camelo e Angerami, 2004).

Na formulação do constructo clássico de estresse, no modelo proposto por Selye (1946), observou-se que os agentes estressores produzem reações de defesa e adaptação, descritas em seu conjunto como a Síndrome de Adaptação Geral (SAG), que apresenta, sucessivamente, três fases evolutivas, denominadas como alarme, resistência e exaustão.

O alarme comporta excitação de agressividade ou fuga aos estressores, a priori saudável enquanto comportamento adaptativo, com possibilidade de retorno à situação de equilíbrio, após a exposição de estímulos desta natureza, com sintomas como taquicardia, cefaléia, frio nas extremidades, tensão muscular, insônia, entre outros.

A resistência caracteriza-se pelo prolongamento da fase anterior, com alteração dos parâmetros de normalidade e promove a ocorrência de sintomas psicossociais como medo, ansiedade, isolamento social, entre outros transtornos comportamentais.

A exaustão, enquanto continuidade crônica da fase de resistência, acarreta expressivo consumo de energia do corpo e se manifesta em doenças orgânicas.

Em adição a este modelo trifásico de Selye, Lipp e Guevara (1994) identificaram uma fase intermediária entre a resistência e a exaustão, denominada como quase-exaustão em suas pesquisas clínicas sobre o estresse, na caracterização original de um modelo quadrifásico.

A quase-exaustão é identificada por uma dificuldade de adaptação aos agentes estressores, com início de doenças, ainda não tão graves como na fase de exaustão, com aumento dos sintomas das fases anteriores e indícios da posterior, com progressiva falta de energia, depressão e desencadeamento de enfermidades como hipertensão, pânico e demais, a depender da herança genética, predisposição anterior, redução da defesa imunológica e aparecimento de doenças oportunistas nos indivíduos que se encontram nesta fase (Camelo e Angerami, 2004).

No estudo de Camelo e Angerami (2004) foram identificados sintomas de estresse em 62% de EqSF, constatou-se que 83% destes trabalhadores estavam na fase de resistência e 17% na fase de quase-exaustão, com destaque para as categorias profissionais de enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

2.2 Instrumento de avaliação do estresse percebido

A escala de estresse percebido (EEP) foi proposta por Cohen *et al* (1983), traduzida e validada para idosos no Brasil por Luft *et al* (2007).

A EEP afere em 14 itens o grau no qual as pessoas percebem as situações estressantes, a medir o estresse percebido (EP) individual, de forma global e independente dos agentes estressores.

Várias pesquisas têm relacionado os níveis de EP com desequilíbrios fisiológicos, tais como os níveis de cortisol, triglicérides, entre outros biomarcadores, o que tem gerado aumento de estudos na validação e emprego da EEP. A referida escala pode ser usada em qualquer idade, entre adolescentes e idosos, sem questões específicas de contexto, o que permitiu validá-la em diversas culturas, inclusive a brasileira, com clareza, confiabilidade e qualidades psicométricas adequadas, de acordo com Luft *et al* (2007).

Entre profissionais de saúde, sabe-se que um elevado nível de EP, frente aos fatores de risco ocupacionais, aumenta o risco para a síndrome de *Burnout*; para sintomas e enfermidades como fadiga, insônia, ansiedade, depressão, obesidade, doenças coronarianas, diabetes, câncer, distúrbios psicossomáticos, uso abusivo de drogas; além

de predispor ao absenteísmo, à piora da satisfação profissional, da comunicação efetiva e empática, e da qualidade dos resultados junto às pessoas em seguimento clínico (Franco, 2010; Irving *et al.*, 2009).

Foram observadas correlações da EEP com outros instrumentos que aferem sintomas físicos e psicológicos, como depressão, *burnout* e ansiedade, dado que a percepção do estresse pode ser expressão de sintomas psicopatológicos (Cohen *et al.*, 1983).

Neste contexto, foi identificada alta validade convergente da EEP com a escala *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) (Andreou *et al.*, 2011) e associações significativas com os inventários de *burnout* de Maslach (*Maslach Burnout Inventory* - MBI) e de depressão de Beck (*Beck Depression Inventory* – BDI), entre maiores níveis de EP com escores elevados de esgotamento profissional e depressão observados em profissionais de saúde (Waldman *et al.*, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar os níveis de estresse percebido entre profissionais das equipes de saúde da família do bairro de Sapopemba, no município de São Paulo/SP.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Analisar a associação entre o estresse percebido e as variáveis sexo, idade, escolaridade, estado civil, prática religiosa, renda familiar, categoria profissional, capacitação para trabalhar na estratégia saúde da família, tempo de trabalho, prática de atividades antiestresse.

3.2.2 Verificar a associação entre o estresse percebido e a composição de equipes completas ou incompletas da estratégia saúde da família

4 MÉTODO

Trata-se de estudo com amostra de conveniência, em que é abordada a análise do estresse percebido (EP) em profissionais da atenção primária à saúde (APS) e associações com dados sócio-demográficos, equipes completas e incompletas da estratégia saúde da família (ESF).

Considera-se que a equipe nuclear mínima de saúde da ESF é caracterizada pela composição de quatro agentes comunitários de saúde, um auxiliar de enfermagem, um enfermeiro e um médico (Brasil, 2011).

Define-se neste estudo como equipe completa aquela composta por número igual ou maior de profissionais ao da equipe nuclear mínima, por equipe de saúde da família, e equipe incompleta, com número menor de profissionais do que a equipe nuclear mínima.

O presente estudo analisa parte dos dados de uma pesquisa que investiga as associações entre o estresse percebido, o enfrentamento do estresse e a qualidade de vida entre profissionais da atenção primária à saúde (APS).

4.1 Tipo de estudo

Este é um estudo transversal realizado no período de outubro de 2011 a fevereiro de 2012.

4.2 População de estudo

Profissionais de saúde que atuam na ESF do bairro de Sapobemba, do Programa de Atenção Integral à Saúde (PAIS), da Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM), em 12 UBS's e distribuídos em 60 equipes nucleares.

A escolha da população foi em função da homogeneidade identificada na composição das equipes em todas as unidades, integradas sob a mesma gestão.

No âmbito da organização do trabalho da ESF, as atribuições específicas do médico são: realizar atenção a saúde, consultas clínicas e pequenos procedimentos cirúrgicos aos indivíduos sob sua responsabilidade; atividades em grupo na Unidade Básica de Saúde (UBS) e, quando indicado ou necessário, em situação domiciliar e/ou nos

demais espaços comunitários; entre outras atividades de sua competência e aquelas compartilhadas com os demais membros da equipe, em atividades programadas e de atenção à demanda espontânea e, particularmente, com os enfermeiros e auxiliares de enfermagem: contribuir, realizar e participar das ações de educação permanente de todos os membros da equipe e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento da UBS (Brasil, 2011).

As atribuições específicas do enfermeiro são: realizar atenção a saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os demais membros da equipe, entre outras atividades (Brasil, 2011).

As atribuições específicas do auxiliar de enfermagem são: participar das atividades de atenção à saúde no âmbito de sua profissão e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; realizar ações de educação em saúde a população adstrita (Brasil, 2011); contribuir com os agentes comunitários e acompanhar as consultas de enfermagem, quando solicitado (Camelo e Angerami, 2004).

As atribuições específicas do agente comunitário de saúde (ACS) são: trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica; cadastrar e manter cadastro atualizado de todas as pessoas de sua microárea; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, mediante visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos âmbitos domiciliar e comunitário e manter contato permanente com as famílias (Brasil, 2011).

O bairro de Sapopemba, onde os profissionais atuam, apresentava 284.524 habitantes no censo de 2010, com renda média familiar mensal de R\$ 724,70, em área com 271 km² e índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,786, índice considerado médio, em termos comparativos, abaixo do IDH do município de São Paulo (0,833) e

maior do que o IDH do Brasil (0,730), em 85ª posição no ranking mundial desse índice (Brasil, 2010).

4.3 Amostra

Os 570 profissionais existentes foram convidados a participar do estudo. Dentre eles, 450 profissionais concordaram participar. No referido bairro, a equipe é constituída, em geral, por seis ACS, dois auxiliares de enfermagem, um enfermeiro e um médico.

4.4 Estratégias de recrutamento, critérios de inclusão e exclusão

Os participantes foram recrutados pelos pesquisadores a partir das seguintes estratégias: a. visitas aos coordenadores do referido território e gerentes das respectivas unidades de EqSF, para operacionalização da coleta de dados junto aos profissionais; b. ligações telefônicas; c. mensagens eletrônicas e d. cartazes e outros materiais impressos à divulgação e convite aos trabalhadores (Anexo 4), para participação no estudo, distribuídos em todas as unidades.

Os critérios de inclusão dos trabalhadores consistiram na aceitação voluntária da participação na pesquisa e na atuação como profissionais das equipes nucleares de saúde da família, identificada por contrato de trabalho permanente.

Os critérios de exclusão envolveram a ausência devido às férias, profissionais médicos contratados temporariamente, em regime de plantão, e afastamentos por motivos relacionados à saúde, como licença médica, maternidade e pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados nas UBS's foi marcada antecipadamente junto aos gerentes das unidades, realizada de forma coletiva em salas de reunião comumente utilizadas pelos próprios profissionais, em número proporcional ao espaço disponível em cada local, em períodos médios de uma hora por grupo, para não prejudicar ou influir negativamente na situação de serviço, em função da interrupção do trabalho para a realização da pesquisa.

Em geral, os gerentes disponibilizaram com maior ênfase o período da manhã (8h às 12h), como mais adequado e, particularmente, com destinação do primeiro horário de coleta, entre 8h e 9h da manhã aos ACS, pois pela dinâmica das unidades em todo o bairro de Sapopemba, após as 9h, os referidos profissionais saem das unidades para serviço externo junto à comunidade, com os horários seguintes destinados para aplicação dos instrumentos aos demais profissionais, em maior predomínio.

Cada unidade foi visitada em duas ocasiões ou mais, para coleta de dados junto aos participantes, que sofreram interrupção durante o preenchimento ou não puderam preencher os instrumentos no primeiro momento de coleta, em função do atendimento à população e outras atividades internas, ausência da unidade por motivos de saúde e distintos, como realização de serviços externos, cursos e outros.

Em todos os referidos casos de interrupção ou não preenchimento na primeira ocasião de coleta, os instrumentos foram aplicados novamente em momento posterior, agendado e comunicado previamente em cada unidade, para a devida ciência e divulgação aos profissionais não participantes até então, nos mesmos moldes da primeira aplicação e, para aqueles que não puderam responder ou não estiveram presentes na segunda oportunidade, os materiais foram ainda encaminhados aos profissionais (não respondentes) por intermédio dos gerentes e/ou coordenadores das respectivas equipes, para preenchimento em tempo hábil e devolução, com oferta ainda de nova aplicação presencial nas subsequentes visitas realizadas nas UBS's nesta contingência.

4.6 Instrumentos de pesquisa

O questionário geral de caracterização da amostra (Anexo 1), com informações relativas à saúde, foi aplicado com a finalidade de obter dados sócio-demográficos, vínculo trabalhista, função ou tipo de atividade profissional exercida na ESF.

Os dados sócio-demográficos utilizados neste estudo foram a categorização profissional (agente comunitário de saúde – ACS; auxiliar de enfermagem – AE; enfermeiro – E; médico – M), sexo (masculino, feminino), idade, escolaridade (fundamental incompleto/completo; médio incompleto/completo; superior incompleto/completo; superior incompleto/completo e pós-graduação), capacitação para trabalhar na ESF (sim, não), tempo de trabalho na unidade (menos de seis meses; de seis

meses a um ano; superior a um ano a dois anos; superior a dois anos a cinco anos; superior a cinco anos), renda familiar (menor que um salário mínimo; de um a três salários; de três a seis salários, de seis a 10 salários; superior a 10 salários), tipo de contrato (concursado, consolidação das leis de trabalho), estado civil (solteiro; casado/unido; divorciado; viúvo), práticas de atividades antiestresse (sim, não) e religiosas (sim, não) e morbidade auto-referida.

4.6.1 Escala de Estresse Percebido (EEP)

A Escala de Estresse Percebido (EEP, Anexo 2) foi traduzida à língua portuguesa e validada no Brasil por Luft et al (2007), em versão completa com 14 itens e opções de resposta que variam de zero a quatro pontos (zero=nunca; um=quase nunca; dois=às vezes; três=quase sempre e quatro=sempre), na aferição do grau em que os sujeitos percebem diversas situações de vida como estressantes (Franco, 2010). Ainda segundo Luft et al (2007), estes itens foram formulados para quantificar três fatores centrais na experiência do estresse, em torno dos aspectos imprevisíveis, incontroláveis e de sobrecarga que os respondentes avaliam suas vidas, a partir do mês anterior da aplicação do instrumento.

Nas questões quatro, cinco, seis, sete, nove, dez e 13, que apresentam conotação positiva frente à percepção do estresse, a referida pontuação é somada de forma invertida, com os seguintes valores (zero=quatro, um=três, dois=dois, três=um e quatro=zero). As questões um, dois, três, oito, 11, 12 e 14 tem conotação negativa e devem ser somadas diretamente. Deste modo, a somatória da escala considera a soma das pontuações de todas as questões e os índices variam de zero a 56 pontos. (Luft et al, 2007).

Neste estudo, a pontuação original (zero a 56) foi transformada para a base de zero a 100, com a finalidade de facilitar a visualização e entendimento dos resultados (zero=nenhum estresse percebido, 100=maior estresse percebido).

4.7 Análise Estatística

Os dados obtidos neste estudo foram organizados em forma de banco de dados no programa computacional *Statistics Package for Social Sciences* (SPSS) 15.0.

A análise destes dados foi quantitativa, com medidas de tendência central e dispersão.

Na identificação dos dados obtidos por meio do questionário sócio-demográfico, foram investigadas as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade, estado civil, prática religiosa, renda familiar, categoria profissional, capacitação para trabalhar na estratégia saúde da família, tempo de trabalho, prática de atividades antiestresse.

Como os aspectos da faixa de renda e escolaridade estão pertinentes na caracterização profissional, optou-se pela análise das variáveis renda e escolaridade associadas à categoria profissional.

Relativos aos níveis de estresse, os resultados foram discriminados pelos escores totais e médios. A consistência interna do instrumento foi avaliada mediante o coeficiente de fidedignidade ou o Alfa (α) de Cronbach.

Utilizaram-se modelos de análise de regressão múltipla, adotando-se uma estratégia multinível, com efeitos fixos (Raudenbush e Bryk, 2002) para descrever a variável dependente nível de estresse percebido em função das variáveis independentes: categoria profissional, gênero, idade, escolaridade, renda familiar, estado civil, prática religiosa, tempo de trabalho, capacitação para trabalhar na ESF, atividades antiestresse, UBS (um a 12), equipes (um a 60) dentro das UBS, equipes completas e incompletas. Considerou-se um nível de significância de 5%.

No primeiro modelo foram utilizadas como variáveis independentes: categoria profissional, sexo, idade, escolaridade, renda familiar, estado civil, tempo de trabalho, capacitação para trabalhar na ESF, práticas de atividades antiestresse e religiosas, UBS e equipes dentro de UBS.

Utilizou-se um procedimento de remoção das variáveis do tipo *backward* no modelo 1, mantendo-se as variáveis independentes com significância menor do que 0,10, efeitos de UBS e de equipes dentro de UBS.

Agruparam-se as categorias das variáveis independentes que fossem estatisticamente semelhantes quanto ao estresse percebido, com exceção de categoria

profissional, UBS e equipes dentro de UBS. Também foram verificadas se ocorriam interações entre as variáveis independentes.

O modelo resultante destes procedimentos é apresentado no modelo 2. A fim de se verificar a influência da composição das equipes aplicou-se um modelo de efeitos contextuais, denominado de modelo 3.

No modelo 3, a média de EP de cada UBS foi escrita como uma função linear da proporção de equipes incompletas da respectiva UBS (o coeficiente fornece o efeito de equipes incompletas entre as UBS's); e da característica da equipe (completa=0 e incompleta=1) menos a proporção de equipes incompletas da respectiva UBS (o coeficiente fornece efeito de equipe incompleta dentro da UBS).

A existência de efeito contextual é verificada através da comparação dos efeitos de equipe incompleta entre e dentro das UBS's, obtida através da diferença entre esses efeitos (Raudenbush e Bryk, 2002).

Optou-se pelo modelo multinível com fatores de UBS e de equipes dentro de UBS como sendo fixos, devido ao desenho do estudo (UBS's não foram sorteadas e contemplam todas disponíveis sob a gestão da região, e equipes dentro de UBS's também não sorteadas, número de UBS's relativamente pequeno).

Verificou-se também, através de um modelo de regressão logística, se havia associação entre os escores da EEP e relatos de problemas crônicos de saúde (morbidade autorreferida), controlando-se por idade. Descrevem-se também os problemas de saúde mais relatados.

4.8 Aspectos éticos

O estudo foi realizado após aprovação nos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) da Unifesp (Parecer CEP/Unifesp n° 0779/11, Anexo 5) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de São Paulo (Parecer CEP/SMS n° 316/11, Anexo 6).

Para realização do estudo, foi colhida assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 3) por todos os participantes, com autorização ou anuência da coordenação e dos respectivos gerentes destas EqSF, com a prestação das informações sobre as finalidades desta pesquisa e utilização dos dados a serem obtidos, garantindo-se a confidencialidade e o anonimato.

5 RESULTADOS

No estudo, foram avaliados profissionais lotados em 12 unidades básicas de saúde (UBS's) e distribuídos em 60 equipes. Conforme a Tabela 1 discrimina-se o número de equipes por unidade, de equipes incompletas e respectivas porcentagens de equipes incompletas. No período de coleta dos dados, foram identificadas 14 equipes incompletas em função da ausência específica de médicos, ou seja, em 23,3 % das 60 equipes avaliadas.

Neste contexto, foi identificada na unidade básica de saúde (UBS) 10 100,0% de equipes incompletas, na UBS 1, 66,7% e as unidades restantes, com porcentagem variável entre 14,3% a 25,0%. Entretanto, cinco unidades, entre as 12, comportam 46 equipes completas (Tabela 1).

Tabela 1. Número de equipes em geral e incompletas por UBS, Sapopemba, São Paulo, 2012

UBS	Número de Equipes	Equipes Incompletas	% de Equipes Incompletas
1	6	4	66,7
2	5	1	20,0
3	5	0	0,0
4	4	1	25,0
5	7	0	0,0
6	3	0	0,0
7	7	1	14,3
8	6	1	16,7
9	2	0	0,0
10	6	6	100,0
11	6	0	0,0
12	3	0	0,0
Total	60	14	23,3

UBS: Unidade Básica de Saúde

No período de coleta, o total existente observado de profissionais foi de 570 trabalhadores, considerando-se 343 agentes comunitários de saúde (ACS); 118 auxiliares de enfermagem; 60 enfermeiros e 49 médicos.(Tabela 2).

Dos 570 profissionais existentes nas UBS's no período de coleta, 78,9% (n=450) dos profissionais participaram do estudo. Por categoria profissional, em ordem decrescente de participação, 86,3% dos ACS; 75,0% dos enfermeiros; 69,5% dos

auxiliares de enfermagem e 55,1% dos médicos responderam aos instrumentos propostos (Tabela 2).

Entre as unidades, a menor porcentagem de participação foi de 64,9% nas UBS 8 e 10 e a maior foi de 93,1% na UBS 6.

Entre os 120 profissionais (21,1% do total existente) que não participaram da pesquisa, 6,3% (n=36) se negaram a participar do estudo; 5,6% (n=32) encontravam-se em período de férias; 2,8% (n=16) em licença médica; 2,1% (n=12) estavam afastados pelo INSS; 1,1% (n=6) em licença-maternidade; e 0,4% (n=2) não compareceram ao serviço devido a estarem sob consulta médica e 2,8% (n=16) por outros motivos (Tabela 3).

A confiabilidade verificada na escala de estresse percebido (EEP) foi moderada alta, pelo coeficiente Alfa de Cronbach, com 0,85, a indicar consistência interna na escala avaliada.

Tabela 2. Respondentes por categoria profissional e UBS, Sapopemba, São Paulo, 2012

UBS	Profissional														
	ACS			AE			E			M			Total		
	Total	Total	%	Total	Total	%	Total	Total	%	Total	Total	%	Total	Total	%
Existente	Realizado	Realizado	Existente	Realizado	Realizado	Existente	Realizado	Realizado	Existente	Realizado	Realizado	Existente	Realizado	Realizado	
1	35	29	82,9	12	11	91,7	6	5	83,3	2	0	0,0	55	45	81,8
2	25	23	92,0	10	8	80,0	5	5	100,0	4	4	100,0	44	40	90,9
3	28	28	100,0	10	7	70,0	5	4	80,0	5	5	100,0	48	44	91,7
4	21	21	100,0	7	6	85,7	4	3	75,0	3	2	66,7	35	32	91,4
5	42	36	85,7	14	7	50,0	7	4	57,1	7	4	57,1	70	51	72,9
6	17	16	94,1	6	5	83,3	3	3	100,0	3	3	100,0	29	27	93,1
7	40	34	85,0	14	12	85,7	7	7	100,0	6	3	50,0	67	56	83,6
8	34	24	70,6	12	6	50,0	6	5	83,3	5	2	40,0	57	37	64,9
9	12	9	75,0	4	4	100,0	2	2	100,0	2	2	100,0	20	17	85,0
10	36	30	83,3	12	6	50,0	6	1	16,7	3	0	0,0	57	37	64,9
11	35	29	82,9	12	7	58,3	6	3	50,0	6	2	33,3	59	41	69,5
12	18	17	94,4	5	3	60,0	3	3	100,0	3	0	0,0	29	23	79,3
Total	343	296	86,3	118	82	69,5	60	45	75,0	49	27	55,1	570	450	78,9

ACS: Agente Comunitário de Saúde; AE: Auxiliar de Enfermagem; E: Enfermeiro; M: Médico.

Tabela 3. Motivos de não participação por categoria profissional, Sapopemba, São Paulo, 2012

	Profissional									
	ACS		AE		E		M		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total Existente	343	100	118	100	60	100	49	100	570	100
Realizado	296	86,3	82	69,5	45	75,0	27	55,1	450	78,9
Não Realizado	47	13,7	36	30,5	15	25,0	22	44,9	120	21,1
Motivo										
NQP	3	0,9	8	6,8	9	15,0	16	32,7	36	6,3
Fe	19	5,5	8	6,8	3	5,0	2	4,1	32	5,6
LM	9	2,6	5	4,2	2	3,3	0	0,0	16	2,8
LM/INSS	8	2,3	1	0,8	0	0,0	3	6,1	12	2,1
LM/M	3	0,9	3	2,5	0	0,0	0	0,0	6	1,1
Ida ao médico	1	0,3	1	0,8	0	0,0	0	0,0	2	0,4
Outros motivos	4	1,2	10	8,5	1	1,7	1	2,0	16	2,8

ACS: Agente Comunitário de Saúde; AE: Auxiliar de Enfermagem; E: Enfermeiro; M: Médico; NQP: Não quis participar; Fe: Férias; LM: Licença Médica; INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social; LM/M: Licença Médica por Maternidade

5.1 Dados sócio-demográficos

Do número total de profissionais existentes no período de coleta, dos respondentes aos instrumentos, 65,8% são ACS (296), 18,2% são auxiliares de enfermagem (82), 10,0% são enfermeiros (45) e 6,0% são médicos (27) (Tabela 4).

Em termos da participação por sexo, conforme Tabela 4, 94,0% são do sexo feminino e 6,0% do sexo masculino. Nas categorias profissionais, a referida predominância entre ACS foi de 97,6%, nos auxiliares de enfermagem, com 96,3% e enfermeiros com 91,1%, só na categoria médica houve participação equivalente.

No âmbito da faixa etária dos sujeitos, a média de idade com Desvio Padrão (DP) e amplitude (mínima-máxima) foi $36,7 \pm 9,1$ anos e 19,0-78,0, entre 445 respondentes (Tabela 5).

Ainda na caracterização sócio-demográfica, na perspectiva predominante da escolaridade, renda familiar, estado civil, tipo de contrato, tempo de trabalho na ESF, filiação e prática religiosa, 62,2% dos sujeitos tem ensino médio completo, 46,9% percebem entre um a três salários mínimos, 64,9% estão casados ou em união estável, 99,6% são contratados em regime das Consolidações das Leis de Trabalho (CLT), 83,1% tem mais de um ano de trabalho neste serviço, 36,2% declaram-se católicos e 63,3 afirmam ser praticantes de sua filiação religiosa. (Tabela 4).

Tabela 4. Características sócio-demográficas dos profissionais da atenção primária à saúde por categoria profissional, Sapopemba, São Paulo, 2012

	Profissional									
	ACS		AE		E		M		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Total	296	100	82	100	45	100	27	100	450	100
Sexo										
Feminino	289	97,6	79	96,3	41	91,1	14	51,9	423	94,0
Masculino	7	2,4	3	3,7	4	8,9	13	48,1	27	6,0
Escolaridade										
Fundamental incompleto	5	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	1,1
Fundamental completo	6	2,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0	7	1,6
Médio incompleto	16	5,4	1	1,2	0	0,0	0	0,0	17	3,8
Médio completo	228	77,0	52	63,4	0	0,0	0	0,0	280	62,2
Superior incompleto	33	11,1	20	24,4	0	0,0	0	0,0	53	11,8
Superior completo	8	2,7	7	8,5	9	20,0	18	66,7	42	9,3
Pós graduação	0	0,0	1	1,2	36	80,0	9	33,3	46	10,2
Renda familiar (salário mínimo)										
< 1	14	4,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	3,1
1 - 3	198	66,9	13	15,9	0	0,0	0	0,0	211	46,9
3 - 6	76	25,7	53	64,6	3	6,7	0	0,0	132	29,3
6 - 10	8	2,7	14	17,1	16	35,6	2	7,4	40	8,9
> 10	0	0,0	2	2,4	26	57,8	25	92,6	53	11,8
Tipo de contrato										
Concursado	0	0,0	1	1,2	1	2,2	0	0,0	2	0,4
Consolidação das Leis de Trabalho	296	100,0	81	98,8	44	97,8	27	100,0	448	99,6
Tempo de Trabalho										
Menos de 6 meses	24	8,1	5	6,1	5	11,1	2	7,4	36	8,0
De 6 meses a 1 ano	19	6,4	6	7,3	3	6,7	11	40,7	39	8,7
De 1 ano a 2 anos	85	28,7	11	13,4	9	20,0	5	18,5	110	24,4
De 2 anos a 5 anos	80	27,0	21	25,6	14	31,1	6	22,2	121	26,9
Mais de 5 anos	87	29,4	39	47,6	14	31,1	3	11,1	143	31,8
Não respondeu	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Capacitação para PSF										
Não	230	77,7	58	70,7	15	33,3	13	48,1	316	70,2
Sim	66	22,3	24	29,3	30	66,7	14	51,9	134	29,8
Estado Civil										
Solteiro	63	21,3	22	26,8	16	35,6	9	33,3	110	24,4
Casado/unido	205	69,3	46	56,1	23	51,1	18	66,7	292	64,9
Divorciado	22	7,4	9	11,0	5	11,1	0	0,0	36	8,0
Viúvo	4	1,4	4	4,9	1	2,2	0	0,0	9	2,0
Não respondeu	2	0,7	1	1,2	0	0,0	0	0,0	3	0,7

	ACS		AE		E		M		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Pratica Religião										
Não	102	34,5	37	45,1	15	33,3	11	40,7	165	36,7
Sim	194	65,5	45	54,9	30	66,7	16	59,3	285	63,3
Pratica alguma atividade antiestresse										
Não	192	64,9	60	73,2	23	51,1	11	46,7	286	63,9
Sim	104	35,1	22	26,8	22	48,9	16	59,3	164	36,4
UBS										
Número de profissionais										
1	29	9,8	11	13,4	5	11,1	0	0,0	45	10,0
2	23	7,8	8	9,8	5	11,1	4	14,8	40	8,9
3	28	9,5	7	8,5	4	8,9	5	18,5	44	9,8
4	21	7,1	6	7,3	3	6,7	2	7,4	32	7,1
5	36	12,2	7	8,5	4	8,9	4	14,8	51	11,3
6	16	5,4	5	6,1	3	6,7	3	11,1	27	6,0
7	34	11,5	12	14,6	7	15,6	3	11,1	56	12,4
8	24	8,1	6	7,3	5	11,1	2	7,4	37	8,2
9	9	3,0	4	4,9	2	4,4	2	7,4	17	3,8
10	30	10,1	6	7,3	1	2,2	0	0,0	37	8,2
11	29	9,8	7	8,5	3	6,7	2	7,4	41	9,1
12	17	5,7	3	3,7	3	6,7	0	0,0	23	5,1

ACS: agente comunitário de saúde; AE: auxiliar de enfermagem; E: enfermeiro; M: médico ; PSF: Programa Saúde da Família; Unidade Básica de Saúde: UBS

5.2 Análise da Escala de Estresse Percebido

A média e DP de estresse percebido nos sujeitos foram de $42,2 \pm 13,9$, sendo entre enfermeiros $44,3 \pm 13,3$, seguida dos ACS $42,9 \pm 14,1$, médicos $40,7 \pm 11,8$ e auxiliares de enfermagem $39,0 \pm 13,7$ (Tabela 5).

Tabela 5. Estatísticas descritivas de idade e estresse percebido (EEP) por categoria profissional, Sapopemba, São Paulo, 2012

	Profissional					F	p
	ACS	AE	E	M	Total		
Idade						4,16	0,006
Média	35,7	39,4	36,4	38,8	36,7		
Desvio Padrão	8,7	8,7	8,2	13,2	9,1		
Mínimo-Máximo	19,0 - 66,0	24,0 - 66,0	26,0 - 54,0	24,0 - 78,0	19,0 - 78,0		
n	291	82	45	27	445		
EEP						2,21	0,087
Média	42,9	39,0	44,3	40,7	42,2		
Desvio Padrão	14,1	13,7	13,3	11,8	13,9		
Mínimo-Máximo	9,6 - 87,5	7,1 - 75,0	16,0 - 75,0	19,6 - 67,9	7,1 - 87,5		
Percentil 25	32,1	30,4	35,7	32,1	32,1		
Percentil 50	42,9	39,3	44,6	41,1	42,6		
Percentil 75	53,6	48,1	52,7	50,0	52,8		
n	296	82	45	27	450		

ACS:agente comunitário de saúde; AE: auxiliar de enfermagem; E: enfermeiro; M=médico

Na Tabela 6 são apresentados os modelos ajustados. No modelo 1 (com dados sócio-demográficos dos indivíduos, UBS e equipe dentro da UBS), não foram significativas as diferenças entre as médias da EEP entre as variáveis de escolaridade e renda. Também não foram encontradas diferenças da EEP em função da idade, capacitação específica para atuar na ESF e praticar atividades antiestresse ($p > 0,10$). Assim, mediante o uso do procedimento *backward*, todas as características individuais com $p > 0,10$ foram excluídas e as categorias de variáveis explicativas semelhantes quanto ao estresse percebido foram agrupadas, com o modelo resultante apresentado no modelo 2.

Com diferença estatística marginal ($0,05 \leq p \leq 0,10$), foram observadas tendências com maior estresse percebido nos sujeitos do gênero feminino (média = 38,8). Entre as UBS, a unidade 4 apresentou o maior estresse percebido (41,2) e a unidade 12, a menor (30,5). Pertinente ao estado civil, os viúvos apresentaram o

menor escore de estresse percebido (média=28,9) em relação aos solteiros (média = 39,7), com maior pontuação, seguidos dos casados/união estável (média = 37,5) e divorciados/separados (média = 37,1) (Tabela 6 - modelo 1).

Nesta avaliação, não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas dos escores médios entre os enfermeiros, agentes comunitários de saúde e médicos, mas foi observado que essas categorias apresentaram maior pontuação em relação aos auxiliares de enfermagem ($p < 0,05$) (Tabela 6 - modelo 2).

Tabela 6 Média de estresse percebido (EEP) ajustadas pelos modelos de análise hierárquica, Sapopemba, São Paulo, 2012

Modelo 1	Estimativa	Erro padrão	IC95%		Diferença	Erro padrão	IC95%		p	n	gl	d	gl	F	p
Média ajustada	35,8	2,6	30,7	40,9											
Profissional										3	361	2,15	0,094		
ACS	38,1	3,1	32,0	44,2	2,0	5,8	-9,3	13,4	0,724						
AE	32,8	3,2	26,6	39,1	-3,2	5,5	-14,1	7,7	0,566						
E	36,3	3,8	28,7	43,8	0,3	4,0	-7,6	8,1	0,950						
M	36,0	4,7	26,7	45,3	ref.										
Escolaridade										2	361	0,01	0,990		
Fundamental Inc/Comp	36,0	4,8	26,6	45,3	0,4	4,3	-8,1	8,8	0,928						
Médio Inc/Comp	35,6	2,5	30,8	40,4	ref.										
Superior Inc/Comp/Pós	35,8	2,4	31,0	40,6	0,2	2,0	-3,8	4,2	0,911						
Renda										4	361	0,42	0,792		
< 1	34,7	4,9	25,0	44,4	0,5	4,1	-7,6	8,6	0,905						
1 - 3	34,2	3,3	27,8	40,7	ref.										
3 - 6	35,4	3,2	29,2	41,7	1,2	1,9	-2,5	4,9	0,519						
6 - 10	35,1	3,3	28,6	41,6	0,9	3,3	-5,6	7,3	0,793						
> 10	39,6	3,6	32,4	46,7	5,4	4,7	-4,0	14,7	0,258						
Sexo										1	361	3,28	0,071		
Feminino	38,8	2,3	34,2	43,4	6,0	3,3	-0,5	12,4	0,071						
Masculino	32,8	3,6	25,7	40,0	ref.										
Idade					-0,065	0,090	-0,24	0,11	0,473	1	361	0,52	0,473		
Estado Civil										3	361	1,58	0,195		
Solteiro	39,7	2,6	34,7	44,7	10,9	5,3	0,5	21,3	0,041						
Casado/Unido	37,5	2,5	32,7	42,4	8,7	5,1	-1,3	18,6	0,087						
Divorciado	37,1	3,4	30,4	43,7	8,2	5,5	-2,6	19,0	0,137						
Víuvo	28,9	5,3	18,4	39,3	ref.										
Capacitação										1	361	0,45	0,505		
Não	35,2	2,7	29,9	40,5	ref.										
Sim	36,4	2,7	31,0	41,7	1,1	1,7	-2,2	4,5	0,505						
Tempo de trabalho										4	361	2,32	0,056		
Até 6 meses	31,9	3,5	25,1	38,8	ref.										
6 meses a 11 meses	32,7	3,4	26,0	39,4	0,8	3,6	-6,2	7,8	0,831						
1 ano a 2 anos	37,0	2,9	31,4	42,7	5,1	2,8	-0,5	10,7	0,073						
2 anos a 5 anos	38,1	2,8	32,5	43,6	6,1	2,9	0,5	11,8	0,032						
Mais de 5 anos	39,3	2,9	33,6	45,0	7,4	2,9	1,6	13,1	0,013						
Prática religião										1	361	2,43	0,120		
Não	37,0	2,7	31,6	42,3	2,3	1,5	-0,6	5,3	0,120						
Sim	34,6	2,6	29,4	39,8	ref.										
Atividade anti estresse										1	361	1,70	0,194		
Não	36,8	2,7	31,5	42,0	1,9	1,5	-1,0	4,9	0,194						
Sim	34,8	2,7	29,6	40,1	ref.										
UBS										11	361	1,59	0,099		
1	35,4	3,3	29,0	41,8	4,9	3,6	-2,1	12,0	0,172						
2	34,7	3,3	28,3	41,1	4,2	3,7	-3,0	11,5	0,249						
3	35,1	3,3	28,6	41,6	4,6	3,6	-2,5	11,7	0,200						
4	41,2	3,6	34,2	48,2	10,7	3,8	3,3	18,2	0,005						
5	36,1	3,1	30,0	42,2	5,6	3,5	-1,2	12,4	0,105						
6	32,3	3,6	25,1	39,4	1,8	4,0	-6,0	9,6	0,652						
7	36,4	3,3	29,9	42,9	5,9	3,5	-0,9	-12,7	0,090						
8	31,9	3,5	25,1	38,8	1,5	3,7	-5,8	8,7	0,693						
9	39,7	4,2	31,5	47,8	9,2	4,4	0,5	17,9	0,039						
10	39,6	3,3	33,0	46,1	9,1	3,7	1,9	16,3	0,013						
11	36,3	3,4	29,7	42,9	5,8	3,7	-1,4	13,0	0,111						
12	30,5	3,7	23,1	37,8	ref.										
Equipe dentro de UBS										48	361	1,11	0,292		
R ² =23,7%															
Variância estimada =180,7															

Modelo 2	Estimativa	Erro padrão	IC95%		Diferença	Erro padrão	IC95%		p	n	gl	d	gl	F	p
Média ajustada	33,4	2,8	27,9	39,0											
Profissional										3	382	2,78	0,041		
ACS	33,2	3,0	27,2	39,2	-2,8	3,2	-9,1	3,4	0,374						
AE	29,2	3,1	23,0	35,4	-6,8	3,4	-13,5	-0,1	0,047						
E	35,3	3,4	28,5	42,0	-0,8	3,6	-7,8	6,3	0,831						
M	36,0	3,6	29,0	43,1	ref.										
Sexo										1	382	3,37	0,067		
Feminino	36,4	2,6	31,2	41,5	5,8	3,2	-0,4	12,1	0,067						
Masculino	30,5	3,7	23,2	37,9	ref.										
Viúvo										1	382	4,95	0,027		
Não	38,8	1,5	35,8	41,8	10,7	4,8	1,3	20,2	0,027						
Sim	28,1	5,0	18,2	37,9	ref.										
Tempo de trabalho										1	382	9,54	0,002		
Menos que 1 ano	30,5	3,2	24,3	36,7	ref.										
1 ano ou mais	36,4	2,8	30,9	41,8	5,9	1,9	2,1	9,6	0,002						
Prática religião										1	382	4,62	0,032		
Não	35,0	3,0	29,1	40,8	3,1	1,4	0,3	5,8	0,032						
Sim	31,9	2,8	26,3	37,5	ref.										
UBS										11	382	1,87	0,041		
1	33,9	3,4	27,2	40,6	6,1	3,4	-0,7	12,8	0,079						
2	32,4	3,3	25,9	39,0	4,6	3,5	-2,3	11,6	0,192						
3	32,6	3,4	25,9	39,4	4,8	3,5	-2,0	11,6	0,169						
4	39,1	3,6	32,1	46,2	11,3	3,7	4,1	18,6	0,002						
5	33,7	3,3	27,2	40,2	5,9	3,4	-0,8	12,5	0,083						
6	29,2	3,8	21,7	36,8	1,4	3,8	-6,1	9,0	0,712						
7	34,3	3,4	27,7	40,9	6,4	3,3	-0,1	13,0	0,054						
8	29,2	3,7	21,9	36,4	1,4	3,6	-5,7	8,4	0,703						
9	36,6	4,3	28,2	45,1	8,8	4,3	0,4	17,3	0,041						
10	37,3	3,5	30,5	44,1	9,4	3,6	2,4	16,5	0,008						
11	33,7	3,5	26,9	40,5	5,9	3,5	-1,1	12,8	0,097						
12	27,8	3,9	20,2	35,4	ref.										
Equipe dentro de UBS										48	382	1,18	0,202		
R ² =22,3%															
Variância estimada=176,5															
Modelo 3	Estimativa	Erro padrão	IC95%		Diferença	Erro padrão	IC95%		p	n	gl	d	gl	F	p
Média ajustada	34,1	2,7	28,9	39,4											
Profissional										3	439	2,95	0,033		
ACS	33,9	2,9	28,2	39,6	-2,8	3,1	-8,97	3,33	0,368						
AE	29,8	3,0	23,9	35,8	-6,9	3,4	-13,52	-0,24	0,042						
E	36,1	3,3	29,6	42,6	-0,6	3,6	-7,58	6,39	0,867						
M	36,7	3,5	29,8	43,6	ref.										
Sexo										1	439	4,16	0,042		
Feminino	37,2	2,5	32,3	42,1	6,2	3,0	0,22	12,13	0,042						
Masculino	31,0	3,6	24,1	38,0	ref.										
Viúvo										1	439	4,58	0,033		
Não	39,0	1,5	36,2	41,9	9,8	4,6	0,80	18,84	0,033						
Sim	29,2	4,8	19,8	38,6	ref.										
Tempo de trabalho										1	439	8,68	0,003		
Menos que 1 ano	31,5	3,0	25,7	37,4	ref.										
1 ano ou mais	36,7	2,6	31,5	41,9	5,2	1,8	1,73	8,65	0,003						
Prática religião										1	439	8,21	0,004		
Não	36,0	2,8	30,5	41,6	3,8	1,3	1,20	6,44	0,004						
Sim	32,2	2,7	26,9	37,6	ref.										
Proporção de equipes incompletas da UBS					4,2	2,1	0,1	8,3	0,047	1	439	3,95	0,047		
Equipe incompleta – Proporç de equipes incompletas da U					2,9	2,4	-1,8	7,6	0,227	1	439	1,46	0,227		
R ² =7,6%															
Variância estimada=182,6															

No ajustamento dos escores de estresse no modelo 2 (características individuais, efeitos de UBS e equipe dentro de UBS), não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas dos escores médios entre os enfermeiros, ACS e médicos, mas foi observado que os auxiliares de enfermagem apresentaram menor pontuação média de EEP (média=29,2) do que os demais profissionais (Tabela 6).

Ainda no modelo 2, observaram-se diferenças entre as médias de EEP quanto ao estado civil ($p=0,027$), viúvos (média=28,1); tempo de trabalho ($p=0,002$), com um ano ou mais (média=36,4); prática de credo religioso ($p=0,032$), (média=31,9) e UBS ($p=0,041$). Notou-se uma tendência de maior EP nos sujeitos do gênero feminino ($p=0,067$), (média=36,4). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as equipes dentro de uma mesma UBS ($p=0,202$) (Tabela 6).

Investigou-se através do modelo 3 se as diferenças entre os escores médios de EP das UBS encontradas no modelo 2 poderiam ser explicadas pela composição das equipes (proporção de equipes incompletas) nas UBS.

No modelo 3, observaram-se maiores médias de estresse no sexo feminino ($p=0,042$), (média=37,2); tempo de trabalho igual ou superior a um ano de serviço ($p=0,003$), (média=36,7); nas categorias profissionais envolvendo médicos, enfermeiros e ACS ($p=0,033$) e não praticantes de credos religiosos ($p=0,004$), (média=36,0) e menor escore médio de estresse em viúvos ($p=0,033$), (média=29,2) (Tabela 6).

Observou-se também no modelo 3 que quanto maior a proporção de equipes incompletas em cada unidade de saúde, maior é o estresse percebido ($p=0,047$). Com efeito, UBS's compostas somente de equipes incompletas têm em média 4,2 pontos de acréscimo no estresse percebido em relação às UBS's com todas as equipes completas (Tabela 6).

Assim, verificaram-se médias menores de EP nas UBS's com equipes completas e, gradativamente, maiores médias de estresse percebido, proporcionais ao aumento da proporção de equipes incompletas por UBS (Figura 1). Não se encontraram diferenças entre as médias das equipes dentro de uma mesma UBS ($p=0,227$) nem indicações de efeitos contextuais de equipes incompletas no EP ($1,3=4,2-2,9$; $p=0,680$; IC95%[-5,0 ; 7,6]).

Realizaram-se algumas verificações para a generalização do modelo obtido através de modelos multiníveis com efeitos aleatórios de UBS e equipes. Neste caso, o efeito da proporção de equipes incompletas no EP seria não significativo ($p=0,146$) e o efeito das outras características levemente diminuído mas com $p<0,05$.

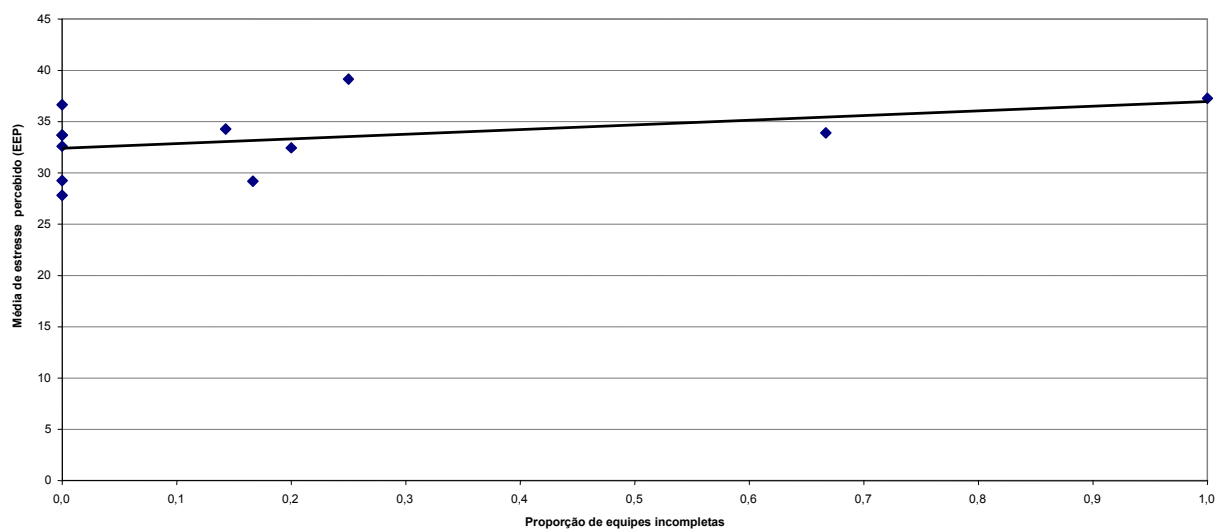


Figura 1 Médias ajustadas de estresse percebido (modelo 2) pela proporção de equipes incompletas das UBSs, Sapopemba, São Paulo, 2012

Secundariamente, verificou-se uma associação entre os escores da EEP e relatos de problemas crônicos de saúde entre os profissionais participantes no estudo. Controlando-se por idade, o acréscimo de uma unidade no escore da EEP aumentou as chances de relatar problemas crônicos de saúde em 4% (razão de chances=1,04; IC95%[1,02 ; 1,05]) nesses profissionais. Os problemas mais relatados entre os respondentes foram: dores de cabeça (16,9%), ansiedade (15,8%), hipertensão (15,6%) e problemas na coluna lombar (14,0%)

6 DISCUSSÃO

No presente estudo, a escala de estresse percebido (EEP) apresentou consistência interna adequada (0,85), levemente superior à encontrada no seu estudo de validação no Brasil (0,83), sugerindo que a escala é válida para medir o estresse percebido (EP) entre profissionais da atenção primária à saúde (APS) (Luft *et al.*, 2007).

Não foram significativas as diferenças entre as médias da EEP nas variáveis de escolaridade e renda, possivelmente confundidas com a variável categoria profissional.

As características sócio-demográficas encontradas neste estudo foram similares às de estudos prévios em profissionais da estratégia saúde da família (ESF), a indicar perfil similar de representatividade dos respondentes nestas variáveis (Ursine *et al.*, 2010; Camelo e Angerami, 2007; Tomasi *et al.*, 2008).

O crescimento da força de trabalho em saúde no Brasil e no mundo, com sua inserção na esfera coletiva de produção à saúde humana, desencadeia fragmentação nas ações de seus trabalhadores e consequentes efeitos na morbidade psíquica entre profissionais da atenção primária à saúde (APS), com prevalência da síndrome de *Burnout* (esgotamento profissional) entre 25% a 70% (Tomasi *et al.*, 2008).

Na extensão destas considerações, Lacaz e Sato (2006); Gomes e Lacaz (2005) apontam a importância da falta de controle e autonomia dos trabalhadores sobre as condições e a organização do trabalho, para explicar problemas de saúde, como as doenças crônico-degenerativas, cárdio-vasculares e distúrbios mentais (Lacaz, 2007; 2000).

Em relação à ESF, constata-se determinada lógica que rege o processo produtivo e as relações de trabalho, em que estes profissionais se submetem a condições caracterizadas por intenso acúmulo de serviços, restrições no exercício do planejamento de suas tarefas e de autonomia em suas funções, vínculos de trabalho precários, baixa remuneração, insegurança, dificuldade no gozo dos direitos trabalhistas, reivindicações quanto ao reconhecimento profissional. Essas condições são produtoras de sofrimento psíquico e de prejuízo não só da qualidade de vida destes trabalhadores, como também na qualidade e a abrangência de atenção à saúde da população atendida pela ESF, segundo Oliveira (2011); Ursine *et*

al.(2010); Fernandes *et al.*(2010); Feliciano *et al.*(2010); David *et al.* (2009); Jardim e Lancman (2009); Tomasi *et al.*(2008); Kluthcovsky *et al.*(2007).

Desta forma, observaram-se neste estudo maiores níveis de EP em profissionais com tempo de trabalho igual ou superior a um ano no mesmo serviço, como também, que maiores níveis de EP foram associados com uma maior chance de relatar problemas crônicos de saúde, embora os mesmos não possam ser atribuídos exclusivamente ao estresse, dada a natureza transversal do estudo.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudos prévios sobre profissionais da ESF, nos quais se identificaram correlações entre o maior de tempo de trabalho na mesma unidade com o aumento da incidência e prevalência de agravos à saúde (Tomasi *et al.*, 2008), fato provavelmente associado aos efeitos de longo prazo da exposição cumulativa aos riscos ocupacionais (Ursine *et al.*, 2010), o que pode explicar em parte também a alta rotatividade apresentada por esses profissionais, principalmente médicos (Campos e Malik, 2008; Vasconcelos e Zaniboni, 2011).

Em estudo sobre o perfil sócio-demográfico e epidemiológico de trabalhadores da APS das regiões sul e nordeste, comparando-se profissionais de unidades de saúde tradicionais às equipes de saúde da família (EqSF), na caracterização de condições estressoras de trabalho, identificou-se que os profissionais das unidades de saúde tradicionais estavam mais satisfeitos com o vínculo de trabalho do que seus colegas da ESF. Quarenta e seis por cento destes últimos consideraram o ambiente e as tarefas de trabalho inadequadas e ainda 33% dos mesmos manifestaram insatisfação com sua saúde. Problemas de saúde foram mencionados por 42% por estes trabalhadores. Ainda neste perfil, os principais problemas relatados pelos trabalhadores da ESF foram doenças do aparelho circulatório, osteomuscular, digestório e transtornos mentais comuns em 16% destes (Tomasi *et al.*, 2008).

De modo similar, os problemas de saúde citados no referido perfil são concordantes com os resultados encontrados no presente estudo, por exemplo, os transtornos mentais comuns como a ansiedade, referidos por 15,8%, como também menções aos distúrbios circulatórios como a hipertensão, observada em 15,6% e problemas osteomusculares na coluna lombar em 14,0%, relatados pelos participantes.

Observou-se que do conjunto de respondentes, aproximadamente um em cada quatro profissionais (25%) apresentou escore médio bruto maior do que 52,8, com pontuação moderada ou acima nos níveis de EP, portanto, com risco aumentado para sintomas e condições clínicas associadas ao estresse (Andreou *et al.*, 2011; Franco, 2010; Irving *et al.*, 2009; Waldman *et al.*, 2009; Luft *et al.*, 2007; Cohen *et al.*, 1983).

Um outro estudo sobre predominância dos sintomas de estresse em profissionais da ESF, utilizando instrumento que mede o estresse sob o constructo proposto por Selye (Lipp, 2000), apontou os ACS e os enfermeiros como tendo maior escore de sintomas de estresse e maior situação de risco para a saúde do que as demais categorias, médicos e auxiliares de enfermagem (Camelo e Angerami, 2004). Embora haja similaridade entre os maiores escores ajustados de EP nos ACS (38,1) e enfermeiros (36,3) (Tabela 6 – modelo 1) em relação ao estudo anterior, sobre predominância dos sintomas de estresse em profissionais da ESF, neste estudo os escores médios de EP foram menores em auxiliares de enfermagem do que nos médicos, enfermeiros e ACS, e não foram encontradas diferenças entre os escores médios de médicos, enfermeiros e ACS.

Na perspectiva de se refletir sobre as diferentes concepções de estresse e como é medido pelos instrumentos que se propõe à sua avaliação, considera-se que o estresse é um constructo multidimensional, complexo e ambíguo, sendo definido e aferido de acordo a parâmetros distintos, como nos modelos ambiental, biológico e psicológico, respectivamente, que abordam o estresse segundo os agentes estressores antecedentes (causas); os sintomas decorrentes da exposição a esses agentes (consequências fisiológicas e sintomas psicológicos concomitantes, na perspectiva clássica de Selye) e a interação dinâmica entre os estressores e a avaliação subjetiva do estresse, que é feita pelo indivíduo (processo). Existem, portanto, várias definições e correspondentes formas de se medir o estresse (Pais-Ribeiro e Marques, 2009).

O modelo de aferição da EEP foi concebido em função do processo global, cognitivo e individual de como são apreciados os eventos estressores, percebidos como ameaçadores se os recursos para enfrentá-los são insuficientes, em torno dos aspectos incontroláveis, imprevisíveis e de sobrecarga, expressos em sentimentos e

reações negativas, avaliadas pelo respondente no mês anterior a aplicação da referida escala (Cohen *et al.*, 1983).

Entretanto, a par da EEP ser identificada com a percepção global (situada no modelo psicológico), na perspectiva de seus formuladores, pondera-se que seja uma escala de resultados, uma medida de psicopatologia ou distresse, que mede não a avaliação subjetiva, mas as consequências percebidas do estresse, sobretudo devido a alta validade convergente entre a EEP com a escala (DASS) (Andreou *et al.*, 2011), associações significativas com os inventários de *Burnout* de Maslach (MBI) e de depressão de Beck (BDI) (Waldman *et al.*, 2009), que aferem o estresse em função de suas consequências, em sintomas e condições de morbidade.

Se o estresse é aquilo que o instrumento medir, em razão das correlações significativas da EEP com sintomas psicopatológicos como ansiedade, depressão e *burnout*, reforça-se a hipótese que essa escala avalia de fato o estresse como aferição de suas consequências, medida de psicopatologia, perturbação emocional ou distresse, em consonância à perspectiva clássica de avaliação do estresse, proposta por Selye (Pais-Ribeiro e Marques, 2009).

Nesta reflexão, ainda assim, não se pode fazer equivalência entre o EP com os sintomas de estresse, em que os aspectos de ambiguidade e complexidade quanto ao que se mede na avaliação do estresse parecem sugeridos, quando se confronta as diferenças de resultados na avaliação do estresse em profissionais da ESF, entre o presente estudo, que avalia os níveis de EP e o de Camelo e Angerami (2004), que identifica sintomas de estresse, ambos em aparente concordância ao constructo de Selye (1946), mas, se na avaliação dessas autoras, as categorias com maior risco ao estresse foram entre enfermeiros e ACS em relação às demais, o mesmo não se pode afirmar no estudo, em que somente foram observadas associações significativas de menor estresse percebido em auxiliares de enfermagem.

Pertinente aos auxiliares de enfermagem especula-se que as características das funções desempenhadas por esses profissionais, geralmente de apoio às atribuições dos enfermeiros e dos ACS (Camelo e Angerami, 2004), gerem menor EP em relação aos demais membros das equipes de saúde.

Não foram identificados outros estudos sobre EP na ESF utilizando-se a EEP e o modelo estatístico abordado no presente trabalho. Em um estudo espanhol que utilizou a EEP entre médicos da APS, considerando-se o escore médio bruto

(calculado na base de zero a 100, utilizada nesta pesquisa), constataram-se níveis de EP (70,4), superiores ao presente estudo (40,7) (Tabela 5), provavelmente devido ao processo de pré-seleção de indivíduos com altos níveis de estresse (Franco, 2010).

Quanto ao tipo de equipe, observou-se que quanto maior a proporção de equipes incompletas em uma UBS, maior é o estresse percebido entre o conjunto de profissionais da mesma UBS, independente desses estarem ou não vinculados a uma das equipes incompletas.

Estes dados são aparentemente inéditos na literatura, evidenciando-se um efeito das equipes incompletas (23,3% do total) no coletivo profissional da UBS, fato provavelmente explicado pela redistribuição das tarefas e ações no âmbito da UBS como um todo, gerando impacto nos níveis de EP para além de cada equipe.

Apesar de equipes incompletas explicarem algumas diferenças entre o EP das UBS's, ainda parecem existir outras características das UBS's que influenciariam essas diferenças que não foram aferidas. Isso pode ser observado através da proporção da variância do EP, explicada pelos fatores considerados no modelo 3 (R^2 passa de 22,3% no modelo 2 para 7,6% no modelo 3).

Não foram encontradas associações significativas de EP com as variáveis idade, capacitação profissional específica para atuar na ESF, e a prática de atividade antiestresse, reforçando a importância dos determinantes coletivos de EP no ambiente de trabalho da ESF (tipo de equipe, por exemplo), em conjunto com alguns fatores individuais observados nesse estudo (prática religiosa, sexo e estado de viuvez), discutidos a seguir.

Em relação à influência positiva da prática religiosa regular nos níveis de EP, estudos anteriores apresentaram resultados similares, mostrando os benefícios dessas práticas no estado geral de saúde, no desempenho profissional junto à população atendida, na adoção de hábitos saudáveis, no melhor enfrentamento das situações de sofrimento psicológico, e dos desafios vivenciados pelos profissionais da APS, principalmente entre ACS (Ursine *et al.*, 2010; Marin *et al.*, 2007).

Especificamente sobre os fatores de estresse entre os ACS, enquanto parcela das EqSF em maior contato com a população atendida, Wai e Carvalho (2009), Marin *et al* (2007), identificaram sobrecargas no ambiente e condições de trabalho (como o elevado número de visitas domiciliares, horários não definidos de

trabalho e sem remuneração por horas extras, andar ao sol por longo período) e outras como a falta de supervisão, excesso de trabalho burocrático, alta exigência do serviço, prazos curtos para planejamento e execução das tarefas, dificuldades emocionais, além das interpessoais na equipe e com os usuários da ESF. Os autores destes estudos concordaram que tais fatores demandam solução e adoção de estratégias, a efeito de sua minimização.

Na discussão sobre este gênero de questões, Lacaz e Sato (2006) entendem que somente por meio da participação dos trabalhadores no controle (que inclui a autonomia e o poder) sobre seu próprio trabalho, enquanto elemento central da abordagem da saúde do trabalhador, é que se realizará a idéia da qualidade de vida no trabalho e do trabalho, propriamente dito, mediante a possibilidade dos trabalhadores conhecerem seus sofrimentos, articulada à viabilidade de interferirem nestas contingências (Lacaz, 2000).

Neste sentido, Wai e Carvalho (2009) ainda destacam várias estratégias de enfrentamento ao estresse, também denominado como *coping*, colhidas entre os ACS, sujeitos desta pesquisa, entre as quais, destacam-se a reivindicação (junto às coordenadorias das EqSF) de programas para a promoção e prevenção da saúde mental dos trabalhadores e a iniciativa dos próprios na realização de práticas corporais e mentais, como a meditação, neste último caso, na perspectiva da reorganização cognitiva e redefinição dos elementos estressores, pela aquisição de novas habilidades e mudanças direcionadas internamente, que visam melhorar suas próprias vidas e suas condições de trabalho.

Foram observados maiores níveis de EP entre profissionais do sexo feminino, o que já havia sido relatado previamente (Camelo e Angerami, 2007), com fatores de sobrecarga como a dupla ou tripla jornada de trabalho nos âmbitos laboral e doméstico, e conseqüente menor qualidade de vida (Ursine *et al.*, 2010), constituindo-se hipóteses causais para esse fenômeno.

De maneira interessante, menores níveis de EP foram observados entre profissionais com estado civil de viuvez, todos do sexo feminino. Infere-se que o menor estresse percebido entre estas profissionais ocorra provavelmente por terem desempenhado papel de cuidadoras de seus cônjuges, com acúmulo de funções laborais e domésticas, reduzidas após o óbito dos mesmos.

Estudos sobre cuidadores familiares apontam que, em geral, a esposa é a principal cuidadora e, por apresentarem sobrecarga de papéis no cuidado e demais

funções, evidenciam-se níveis elevados de estresse nesta condição (Oliveira *et al.*, 2012).

A principal limitação para a generalização dos resultados deste estudo se deve ao fato da amostra de profissionais ser restrita a um único bairro, sob um mesmo contrato de gestão. Também, o estudo não avaliou outros aspectos potencialmente relevantes na determinação do EP por profissionais da APS, como os fatores de risco ambiental, e outros relacionados à organização e aos processos de trabalho.

Por outro lado, as características metropolitanas do município e do bairro avaliado conferem valor ao estudo, somadas ao ineditismo em relação ao instrumento de EP utilizado, e, principalmente, ao fato de avaliar todas as categorias profissionais da equipe nuclear da ESF, incluindo médicos e auxiliares de enfermagem, geralmente ausentes em estudos prévios.

Do ponto de vista da atenção à saúde, é provável que a EEP seja um instrumento útil, prático e de simples aplicação no monitoramento e gestão dos níveis de estresse em profissionais da APS, com ênfase nas populações de maior risco aparente: profissionais com um ano ou mais na mesma unidade, sem prática religiosa regular, mulheres, e aqueles vinculados a UBS's com equipes incompletas, especialmente na ausência do profissional médico.

7 CONCLUSÕES

Conclui-se que há diferença nos níveis de estresse percebido entre profissionais da atenção primária saúde, em particular aqueles vinculados ao modelo assistencial da estratégia saúde da família, com relação à categoria profissional auxiliar de enfermagem, sexo feminino, estado civil de viuvez, tempo de trabalho igual ou superior a um ano, prática religiosa e tipo de equipe. Nesse último aspecto, quanto maior o número de equipes incompletas, maior é o nível de estresse percebido nessas equipes.

Conclui-se ainda que não há diferença nos níveis de estresse percebido entre os profissionais médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, com relação à idade, escolaridade, renda familiar, capacitação para trabalhar na estratégia saúde da família e práticas de atividades antiestresse.

8 REFERÊNCIAS

Andreou, E, Alexopoulos, EC; Lionis, C; Varvogli, L; Gnardellis, C; Chrousos, GP; Darviri, C. Perceived Stress Scale: reliability and validity study in Greece. *Int J Environ Res Public Health* 2011; 8: 3287-98.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família [texto na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [citado 2013 Mar 05]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil. Brasília (DF) 2011 Out 24; Seção 1:204; 48-55.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [texto na Internet]. Brasília (DF): IBGE; [citado 2011 Set 21]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br>.

Camelo, SHH; Angerami, ELS. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. *Cienc Cuid Saude*. 2008; 7(2):232-40

Camelo, SHH; Angerami, ELS. Riscos Psicossociais Relacionados ao Trabalho das Equipes de Saúde da Família: percepções dos profissionais. *Revista Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro. 2007;15(4):502-7.

Camelo, SHH; Angerami, ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev Latino-am Enf*. 2004; 12(1):14-21.

Campos, CVA; Malik, AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev. Adm. Pública* 2008; 42(2), 347-368.

Cohen, S; Karmack, T; Mermelsteinm, R.A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983; 24(4):383-96.

David, HMS; Mauro, MYC; Silva, VG; Pinheiro, MAS; Silva, FH. Organização do trabalho de enfermagem na atenção básica: uma questão para a saúde do trabalhador. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 2009;18(2): 206-14.

Feliciano, KVO; Kovacs, MH; Sarinho, SW. Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(3):520-7

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 sócio demográficas. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 2010;19(3): 434-42.

Franco, CJ. Reduccion de los niveles de estrés y ansiedad em médicos de Atención Primaria mediante La aplicación de um programa de entrenamiento em conciencia plena (mindfulness). *Atencion Primaria*. 2010; 42(11):564-570.

Gomez, CM; Lacaz, FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005;10(4); 797-807, [citado 2011-09-05]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.

Irving JA, Dobkin PL, Park J. Cultivating mindfulness in health care professionals: a review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complement Ther Clin Pract*. 2009;15(2):61-6.

Jardim, TA; Lancman, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface (Botucatu)* [online]. 2009;13(28):123-35.

Kluthcovsky, ACGC; Takayanagui, AMM; Santos, CB; Kluthcovsky, FA. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Rev Psiquiatr RS*. 2007; 29(2):176-183.

Lacaz, FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2007; 23(4):757-766.

Lacaz, FAC. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2000; 5(1). [citado 2011 set 05]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.

Lacaz, FAC; Sato, L. Humanização e qualidade do processo de trabalho em saúde. In: Deslandes, SF. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro. Fiocruz: 2006, p.109-39.

Lipp, MEN; Guevara, AJH, Validação Empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). *Estudos de Psicologia*. São Paulo. 1994;11(3):43-9.

Lipp, MEN. *Inventário de Sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.

Luft, CDB; Sanches, SO; Mazo, GZ; Andrade, AA. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saúde Pública*. São Paulo. 2007;41(4): 606-15.

Marin, MJS; Caputo, VG; Giovanete, JN; Druzian, S. O agente comunitário de saúde e os estressores no contexto do trabalho. *Nursing*, São Paulo. 2007; 9(107):176-81.

Mendes, FMS; Ceotto, EC. Relato de intervenção em psicologia: identidade social do agente comunitário de saúde. *Saude soc.* [online]. 2011; 20(2):496-506.

Oliveira, AC;Oliveira, AAC; Rodrigues, SJ; Espíndula, BM. Riscos psicossociais que acometem a saúde dos trabalhadores da equipe multiprofissional da atenção básica de saúde: uma revisão de literatura [online],[citado 2011 Ago 08]. Disponível em <http://www.cpgls.ucg.br/>.

Oliveira, H.M.; Moretti-Pires, R.O.; Parente, R.C.P. Power relations in a Family Health multidisciplinary team according to an Arendtian theoretical model. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2011; 15 (37):539-50.

Oliveira, JL. A estratégia da saúde da família x exclusão do trabalhador. [online], [citado 2011 Ago 08]. Disponível em: <http://www.webartigos.com/> .

Oliveira WT, Antunes F, Inoue L, Reis LM, Araújo CRMA, Marcon SS. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. *Cienc Cuid Saude* 2012; 11(1):129-37.

Pais-Ribeiro, J; Marques, T. A avaliação do stresse: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de estresse. *Psic Saúde Doenças* 2009; 10(2): 237-48.

Raudenbush, SW; Bryk, AS. Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage; 2002.

Selye, H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *J Clin Endocrinol.* 1946;6:117-231.

Silva, ATC; Menezes, PR. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(5):921-9.

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 Pú. b.* 2008; 24(1):193-201.

Trindade, LL; Lautert, L. Síndrome de burnout entre os trabalhadores da estratégia de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(2):274-9.

Ursine, BL; Trelha, CS; Nunes, EFPA. O agente comunitário de saúde na estratégia de saúde da família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. *Rev. bras. saúde ocup.* São Paulo. 2010; 35(122):327-39.

Vasconcelos, FGA; Zaniboni, MRG. Dificuldades do trabalho médico no PSF. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011; 16(1), [citado 2012 Nov 19]. Disponível em <http://www.scielosp.org/>.

Wai, MPF; Carvalho, AMP. O trabalho do agente comunitário de saúde: fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. *Rev Enf UERJ*. 2009; 17(4):563-68.

Waldman, SV; Diez, JCL; Arazi, HC; Linetzky, B; Guinjoan, S; Grancelli, H. Burnout Perceived Stress and Depression Among Cardiology Resident in Argentina. *Academic Psychiatry*. 2009; 33:291-301.

9 ANEXOS

9.1 Anexo 1 Questionário sócio-demográfico e informações sobre o estado de saúde

Nome _____ idade _____ sexo _____

Data de nascimento: __/__/__ Local de trabalho _____

1. Qual é a sua escolaridade?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> primeiro grau incompleto | <input type="checkbox"/> primeiro grau completo |
| <input type="checkbox"/> segundo grau incompleto | <input type="checkbox"/> segundo grau completo |
| <input type="checkbox"/> superior incompleto | <input type="checkbox"/> superior completo |
| <input type="checkbox"/> pós graduando | |

2. Qual é a sua profissão/cargo exercido na Equipe de saúde da família?

- médico
- enfermeiro
- auxiliar de enfermagem
- agente comunitário de saúde

3. Há quanto tempo trabalha no PSF?

- Até 6 meses
- 6 meses a 1 ano
- 1 a 2 anos
- 2 a 5 anos
- Mais de 5 anos

4. Fez alguma formação/capacitação específica para trabalhar no PSF? Qual?

5. Qual é a renda familiar? (em salários mínimos)

- ½ - 1
- 1 - 2
- 2 - 5

5- 10 10 – 20 mais de 20 não sabe

5.1. quantas pessoas vivem dessa renda? ___ pessoas

6. Como é o seu contrato de trabalho/vínculo trabalhista?

Concursado/estatutário CLT _

Outros _____

SAÚDE

7. Você atualmente tem algum problema de saúde como, por exemplo:

(MARQUE COM UM X AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS)

- diabetes (açúcar no sangue)
- problemas de fígado, hepatite
- queixas urinárias (ardência ou queimação quando urina)
- problemas de estômago (azia, queimação, indigestão)
- problemas de intestino (diarreia, prisão de ventre)
- úlcera
- tuberculose
- doença cardíaca (angina, infarto do miocárdio, insuficiência)
- pressão alta
- artrite
- sinusite
- asma
- meningite
- doença da tireóide (caroço no pescoço ou papeira)
- anemia
- epilepsia (convulsões)
- dor de cabeça ou enxaqueca
- doença neurológica (parkinson, esclerose, etc)

- dor na parte inferior das costas
- ansiedade
- depressão
- outras doenças psicológicas

8. Você usou alguma dessas medicações no **ÚLTIMO MÊS?**

(MARQUE CO UM X AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS)

- aspirina_
- outras drogas anti-inflamatórias, analgésicas ou derivadas de cortisona
(celestone, decadron, meticorten etc.)_____
- calmantes ou drogas para diminuir a tensão ou nervosismo ou para dormir
(diazepam, valium, lexotam, loraxetc)
- medicação para depressão (tofranil, anafranil, tryptanoletc)
- anticonvulsivante (para ataque epiléptico)
- medicação para baixar a pressão
- medicação para asma ou bronquite
- diuréticos (lasix, higroton, etc)
- hormônios (puran, cynomel, levoid, etc)
- medicação para diabetes
- medicação do tipo haldol, equilid, amplictil, neozine (antipsicótico)
- antibióticos
- pílulas para emagrecer ou diminuir o apetite

() outras

9. Você fuma atualmente? Sim () Não ()

Caso afirmativo quantos cigarros por dia?

() 1 – 10 cigarros () 11 – 20 cigarros () mais que 20

Com que idade você começou a fumar?anos de idade

Você fuma logo após (30 min.) acordar pela manhã? () Sim () Não

10. Nos últimos **3 MESES** quantos dias por semana tem consumido bebidas alcoólicas?

() 1 a 3 vezes por semana

() 4 a 6 vezes por semana

() todos os dias

() menos que uma vez por semana

() nenhum.

11. Alguma vez você foi internado em um hospital psiquiátrico?

() sim () não

EM CASO AFIRMATIVO

Qual foi o motivo? _____

(CASO O MOTIVO ESTEJA INCLUÍDO EM ALGUMA QUESTÃO ANTERIOR

ESCREVA O Nº DA QUESTÃO)

12. Você faz tratamento psiquiátrico atualmente?

() sim () não. Se marcou sim, especifique_____

13. Você toma medicamento psiquiátrico de uso contínuo?

() sim () não Se marcou sim, qual(is)_____

14. Você faz psicoterapia com psicólogo (a) ou psiquiatra atualmente?

() sim () não Se marcou sim, há quanto tempo?

15. Você pratica meditação atualmente?

() sim () não Se marcou sim, há quanto tempo e com qual frequência?

—

16. Você pratica atividade física regular

() sim () não

17. a) Se sim, qual(is)_____

b) quantas vezes por semana

() 1

() 2

() 3

() 4 ou mais

Quanto tempo, em média, cada sessão: ____ minutos

18. Qual a sua religião?

- nenhuma católica
 protestante espírita israelita
 afro brasileira orientais outras, especifique _____

19. Qual o seu estado civil?

- solteiro casado
 divorciado / desquitado separado
 viúvo união estável

20. Há quanto tempo? _____ anos _____ meses

“Muito obrigado pela sua colaboração”

9.2 Anexo 2 Escala de Estresse Percebido (EEP)

Nome: _____ Data: _____

ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO

Instruções:

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quanto frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável.

Para cada pergunta, escolha as seguintes alternativas:

- 0= nunca
- 1= quase nunca
- 2= às vezes
- 3= quase sempre
- 4= sempre

Neste último mês, com que frequência...

1	Você tem ficado triste porque de algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?	0	1	2	3	4
3	Você tem se sentido nervoso e "estressado"?	0	1	2	3	4
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?	0	1	2	3	4
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?	0	1	2	3	4
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?	0	1	2	3	4
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?	0	1	2	3	4
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que tem que fazer?	0	1	2	3	4
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?	0	1	2	3	4
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?	0	1	2	3	4
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?	0	1	2	3	4
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?	0	1	2	3	4
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?	0	1	2	3	4
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?	0	1	2	3	4

9.3 Anexo 3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

QUALIDADE DE VIDA, ESTRESSE PERCEBIDO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO ESTRESSE EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Você está convidado (a) a participar desta pesquisa. O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida, os níveis de estresse percebido e enfrentamento do estresse em profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) no bairro de Sapopemba. Estas informações estão sendo fornecidas a efeito de sua participação voluntária. Para tanto, será realizado o preenchimento de vários questionários, respondidos de modo auto-aplicado e individualmente, que identificarão informações sócio-econômicas dos participantes, condições de saúde, entre outras, além de suas percepções sobre sintomas e níveis de estresse, qualidade de vida em geral, como também associada ao trabalho e de atitudes para lidar com estas situações.

Os instrumentos de avaliação serão distribuídos e preenchidos no próprio local de trabalho, com duração estimada de quarenta e cinco (45) minutos para responder todas as questões propostas, respectivamente: 1. Questionário sócio-demográfico e informações sobre o estado de saúde; 2. Escala de Estresse Percebido; 3. Instrumento abreviado de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde e 4. Inventário de Respostas de Coping no Trabalho serão distribuídos e preenchidos no próprio local de trabalho, com duração estimada de quarenta e cinco (45) minutos para responder todas as questões propostas nos questionários referidos.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante, na garantia do direito à confidencialidade.

Não está previsto benefício direto ou imediato aos participantes. Entretanto, na conclusão desta pesquisa, será produzido um relatório final, a conter citações anônimas, que estará disponível para todos os envolvidos nesta instituição, bem como, poderá ser empregado para apresentação em encontros científicos, publicação em revistas especializadas, na perspectiva de refletir, aprimorar e reforçar a proposta de vigilância à saúde dos profissionais de ESF, a considerar os resultados obtidos neste território.

Em qualquer etapa deste estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o mestrando Luiz Bernardo Leonelli, que pode ser encontrado no endereço, sito à Rua Borges Lagoa, 1341, 2º andar, tel: 11-61756289. O orientador deste projeto é o Professor Dr . Marcelo Marcos Piva Demarzo, que pode ser encontrado no mesmo endereço que o investigador principal, tel.: 55764876. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, tel: 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br, e/ou com o CEP da Secretari Municipal da Saúde – CEP/SMS – Rua General Jardim, 36 – 1º andar – cj. 14 tel: 3397-2464, FAX: 3397-2465 – E-mail: smscep@gmail.com, com os respectivos endereços localizados nesta capital.

Poderá haver riscos mínimos para sua saúde, em decorrência de sua participação na pesquisa, como se sentir emocional ou fisicamente desconfortável na extensão das respostas aos questionários ou sob constrangimento diante de alguma questão ou mais, em particular. Na ressalva que para participar deste estudo é necessário o preenchimento completo de todos os instrumentos propostos, é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo.

É seu direito de ser mantido(a) atualizado(a) sobre os resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Não há despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo. Também, não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“QUALIDADE DE VIDA, ESTRESSE PERCEBIDO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO ESTRESSE EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**.

Eu discuti com o(s) pesquisadores sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do(a) participante

_____ Data ____ / ____ / ____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste(a) participante para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

_____ Data ____ / ____ / ____

9.4 Anexo 4 Modelo de cartaz ou convite por meio eletrônico



**SPDM - Associação Paulista Para o
Desenvolvimento da Medicina
Programa de Atenção Básica Saúde da Família
SPDM/PABSF**



Considerando o processo de trabalho das Equipes atuantes na Estratégia de Saúde da Família, inseridos em atividades e planejamento de serviços de saúde, com consequentes riscos psicossociais e estresse ocupacional aos profissionais à luz de fatores como o ambiente, organização e relações interpessoais intrínsecas a este tipo de trabalho, o Programa de Atenção Básica e Saúde da Família/SPDM, convida os profissionais das Equipes nucleares da Estratégia de Saúde da Família do território de Aricanduva/Sapopemba/São Mateus, à participação na pesquisa a ser desenvolvida pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo: **“QUALIDADE DE VIDA, ESTRESSE PERCEBIDO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO ESTRESSE EM PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**, por meio da aplicação de questionário sócio-demográfico e outros instrumentos propostos para coleta e posterior avaliação e delineamento quantitativo, transversal e descritivo dos dados supracitados.

Eventuais dúvidas e esclarecimentos, por favor contatar:

COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE
SPDM - ASSOCIAÇÃO PAULISTA PARA O DESENVOLVIMENTO DA MEDICINA / PABSF
SEDE - Rua Borges Lagoa, 232 - Vila Clementino - São Paulo - SP
CEP 04038-000
Telefone / FAX (11) 5904-6300
CNPJ 61.699.567/0002-73

Ou o próprio pesquisador:

Luiz Bernardo Leonelli

11-61756289

9.5 Anexo 5 Parecer CEP/Unifesp nº 0779/11



Universidade Federal de São Paulo
Faculdade Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 26 de agosto de 2011.
CEP 0779/11

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a) LUIZ BERNARDO LEONELLI

Co-Investigadores: Elisa Harumi Kozasa, Solange Andreoni, Marcelo Marcos Piva Demarzo (orientador)

Disciplina/Departamento: Epidemiologia/Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "Avaliação dos níveis de estresse e qualidade de vida associada ao trabalho em profissionais das equipes de saúde da família do bairro de Sapopemba no município de São Paulo/SP".

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Estudo epidemiológico.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Risco mínimo, sem procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Avaliar os níveis de estresse e da Qualidade de Vida associada ao Trabalho (QVT) em profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) do bairro de Sapopemba, no município de São Paulo/ SP.

RESUMO: A presente pesquisa será realizada mediante aplicação de questionário sócio-demográfico, com informações sobre o estado de saúde e cinco instrumentos propostos para avaliação dos níveis de estresse e qualidade de vida associada ao trabalho em profissionais das ESF, com delineamento quantitativo, transversal e descritivo. Estima-se a participação de 500 sujeitos, oriundos das ESF, lotados em 15 unidades do território Aricanduva/Sapopemba/São Mateus, do Programa de Atenção Básica e Saúde da Família (SPDM), nesta capital. Serão utilizados os seguintes instrumentos para coleta de dados: Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL), Escala de Estresse Percebido (PSS), instrumento abreviado de QV da OMS – WHOQOL – Bref , Inventário de Respostas de Coping no Trabalho (IRC – T), Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF 36).

FUNDAMENTOS E RACIONAL: O Ministério da Saúde estabeleceu o Programa de Saúde da Família (PSF) em conformidade aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste modelo assistencial, a equipe de saúde da família (ESF) é a unidade produtora dos serviços de saúde, a operacionalizar múltiplas atividades. Sem desconsiderar a importância das ações dos gestores e todos os agentes públicos envolvidos (Inclusos os próprios trabalhadores) na intervenção sobre os fatores de risco referentes ao ambiente, organização e relações interpessoais prevalentes aos trabalhadores da atenção básica, este projeto tem como propósito avaliar os níveis de estresse e Qualidade de Vida associada ao Trabalho (QVT), em ESF.

MATERIAL E MÉTODO: Estão descritos os procedimentos do estudo, apresentando os instrumentos utilizados na coleta de dados.

TCLE: Adequado, contemplando a resolução 196/96.



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Moscato/São Paulo

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo -.

CRONOGRAMA: 6 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: Mestrado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 20/8/2012 e 20/8/2013.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

07501

9.6 Anexo 6 Parecer CEP/SMS nº 316/11


SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0601.0.174.162-11

São Paulo, 29 de Setembro de 2011

PARECER Nº 316/11 – CEP/SMS

 Ilmo. Sr.
 Luiz Bernardo Leonelli

Projeto de Pesquisa: Avaliação dos níveis de estresse e qualidade de vida associada ao trabalho em profissionais das equipes de saúde da família do bairro de Sapobemba no município de São Paulo/SP
Pesquisador Responsável: Luiz Bernardo Leonelli
Instituição: Universidade Federal de São Paulo
Local onde os dados serão coletados: Unidades das Coordenadorias Regional Sudeste
Área Temática Especial: não se aplica
Patrocinador: o orçamento deste projeto é destinado ao material de consumo relativo às fotocópias dos referidos instrumentos, entre outros impressos, no valor de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais), mediante recursos próprios do pesquisador

1. Sumário Geral do Protocolo

O Ministério da Saúde entende a Estratégia Saúde da Família (ESF), inserida no Programa de Saúde da Família (PSF), como a principal reorganizadora da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste modelo assistencial, a equipe de saúde da família (ESF) é a unidade produtora dos serviços de saúde. Camelo e Angerami (2007) observam a possibilidade de riscos psicossociais e estresse ocupacional aos profissionais, tensões nas equipes e com a comunidade assistida, a luz de fatores como o ambiente, organização e relações interpessoais intrínsecas a este tipo de trabalho, onde nem sempre existem condições e recursos humanos compatíveis ao desenvolvimento de uma prática humanizada, competente e resolutiva.

Existem estudos que apontam ao desgaste profissional e, por exemplo, morbidade psíquica entre médicos da atenção primária, com prevalência da síndrome de burnout entre 25% a 70%.

Em profissionais de saúde da atenção básica há elevado nível de estresse e esgotamento, quando sujeitos à exposição de fatores de risco físico, psicológico e social no trabalho, mediante estudos realizados internacionalmente, Franco (2010) assinala a ocorrência de diversas enfermidades como ansiedade (entre 10% a 30% desta população), depressão, distúrbios cardiovasculares, imunológicos, psicossomáticos, uso abusivo de drogas, entre outras.

O presente estudo visa ainda contribuir com as políticas públicas, em atenção às ESF, na prevenção de agravos em distúrbios relacionados ao trabalho, com dados epidemiológicos relevantes no Brasil.

O primeiro instrumento é a Escala de Estresse Percebido, para mensuração dos níveis de estresse percebido, conforme Luft et al (2007). O segundo é a versão abreviada em português para avaliação da Qualidade de Vida (QV) da Organização Mundial de Saúde (OMS), também identificada como "WHOQOL – Bref" (FLECK ET AL, 1999). O terceiro é o Inventário de Respostas de Coping no Trabalho (IRC-T), que avalia o estresse e as estratégias de respostas para enfrentamento e evitação do mesmo em contexto laboral, de acordo com Peçanha (2006). O quarto é o Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF 36), que quantifica vários fatores de QV (CICONELLI ET AL, 1999).

Se existem, quais são os níveis de estresse percebido entre profissionais de equipes de Saúde da Família (ESF), e quais as características da QVT nessa mesma população?

Objetivo geral

Avaliar os níveis de estresse e da QVT em profissionais das ESF do bairro de Sapopemba, no município de São Paulo/SP.

Objetivos Específicos

Analisar as respostas pertinentes à QV obtidas na aplicação do instrumento WHOQOL-BREF, como medida de desfecho principal em relação às escalas que avaliam os níveis de estresse.

Identificar os resultados da aplicação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF 36).

Discriminar as respostas de coping, que as ESF empregam para lidar com o estresse no trabalho.

Distinguir as respostas de coping, com predominância de enfrentamento e/ou evasão entre os membros da ESF, na consideração das diferenças individuais e funcionais nestas equipes.

Correlacionar os dados obtidos entre todos os instrumentos de avaliação propostos neste estudo.

Metodologia

A presente pesquisa será realizada mediante aplicação de questionário sócio demográfico, com informações sobre o estado de saúde e seis instrumentos propostos para avaliação dos níveis de estresse e qualidade de vida associada ao trabalho em profissionais das ESF, com delineamento quantitativo, transversal e descritivo.

Estima-se a participação de 500 sujeitos, oriundos das ESF, lotados em 15 unidades do território Aricanduva/Sapopemba/São Mateus, do Programa de Atenção Básica e Saúde da Família (SPDM), nesta capital.

Os critérios de inclusão dos sujeitos consistirão na aceitação voluntária da pesquisa e atuação como profissionais destas ESF. Os critérios de exclusão envolverão a recusa dos mesmos na participação, contingências de férias, afastamento e licença-médica.

Todo o conteúdo colhido neste estudo, a considerar os dados obtidos pelo questionário sócio demográfico e demais instrumentos de avaliação, será organizado em banco de dados no programa computacional SPSS.

A análise destes dados será descritiva, transversal e quantitativa, apresentada de acordo às frequências absoluta e relativa, escores totais e médios totais a cada instrumento e respectivas medidas de tendência central e dispersão.

Na identificação dos dados colhidos pelo questionário sócio demográfico, serão investigadas as seguintes variáveis: gênero; idade; escolaridade; estado civil; religião; renda familiar; profissão ou cargo exercido na ESF, em sua respectiva unidade; capacitação específica; tempo de atuação; problemas e realização de tratamentos da saúde; práticas de exercícios físicos e mentais, com ênfase à modalidade de prática, frequência e duração, no caso afirmativo à realização destas.

2. - Considerações.
2.2 Apresentação do Protocolo

2.2.1 A Folha de Rosto está corretamente preenchida.

2.2.2 O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa.

2.2.3 O orçamento detalhado está adequado. O patrocinador é o próprio pesquisador

2.2.4 O cronograma da pesquisa está adequado.

2.2.5 Há tratamento adequado dos dados/informações.

2.3 Avaliação dos riscos e benefícios

2.3.1 A metodologia é adequada aos objetivos.

2.3.2 A metodologia impõe mínima condição de desconforto ao sujeito da pesquisa.

2.3.3 Não há grupos vulneráveis envolvidos.

2.3.4 Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0601.0.174.162-11

3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
 O TCLE não está redigido sob forma de convite.

OBS.: Todas as pendências apontadas nas Considerações acima, foram corrigidas pelo pesquisador responsável e aprovada pelos pareceristas.

III - Situação do Protocolo – APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CDNEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delimitada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Amáry Zatorre Amaral
 Coordenador

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

