

## Morbidade autorreferida por trabalhadores das Equipes de Saúde da Família

### Self-reported morbidity by workers in the Family Health Teams

Ivelisa Vilela Silva Pereira <sup>1</sup>  
Maria de Jesus Loredo Rocha <sup>1</sup>  
Valquíria Macedo da Silva <sup>1</sup>  
Antônio Prates Caldeira <sup>2</sup>

**Abstract** *The health of primary care workers is still a poorly addressed area of study in Brazil. The scope of this study was to describe the standard of self-reported morbidity by workers in Family Health Teams (FHT) in the northeastern macro-region of the state of Minas Gerais. A cross-sectional study was conducted with self-applied questionnaires, including socio-demographical data, labor and health conditions, among all workers in FHT. Self-reported morbidity was categorized based on the International Classification of Primary Care, version 2. Information was collected from 1,731 workers in 204 primary health care units. The group was predominantly comprised of female community health workers. The prevalence of at least one health problem was 26.1% for women and 18.3% for men. The main health problems were related to circulatory, musculoskeletal, respiratory, endocrine-metabolic and nervous systems. After multiple analysis, the variables associated with health problems were related to being female, aged 30 years or more and being on the team for 5 years or longer. The morbidity reported by the FHT workers is similar to that observed for the population in general, highlighting the need for strategies to promote the health of these workers as well.*

**Key words** Morbidity, Health personnel, Primary Health Care

**Resumo** *A saúde dos trabalhadores da atenção primária ainda é pouco estudada no Brasil. O objetivo deste estudo foi descrever o padrão de morbidade autorreferida por trabalhadores de Equipes de Saúde da Família (ESF) na macrorregião nordeste de Minas Gerais. Realizou-se estudo transversal, com questionários autoaplicáveis, contendo dados sociodemográficos, condições de trabalho e de saúde para todos os trabalhadores das ESF. A morbidade autorreferida foi considerada a partir da Classificação Internacional de Cuidados Primários, versão 2. Foram coletadas informações de 1.731 trabalhadores em 204 unidades básicas de saúde. O grupo foi formado predominantemente por agentes comunitários de saúde, do gênero feminino. A prevalência de pelo menos um problema de saúde foi de 26,1% para mulheres e 18,3% para homens. Os principais problemas de saúde foram relacionadas aos sistemas circulatório, músculo-esquelético, respiratório, endócrino-metabólico e nervoso. As variáveis associadas a problemas de saúde, após a análise múltipla, foram sexo feminino, idade de 30 anos ou mais e tempo na equipe igual ou superior a 5 anos. A morbidade referida pelos trabalhadores da ESF mostrou-se semelhante à observada para a população em geral, destacando a necessidade de estratégias de promoção da saúde também para esses trabalhadores.*

**Palavras-chave** Morbidade, Pessoal de saúde, Atenção Primária à Saúde

<sup>1</sup> Gerência Regional de Saúde de Teófilo Otoni. Rua Capitão Leonardo, Grão Pará. 39.830-144 Teófilo Otoni MG Brasil.  
ivelisavilela@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Departamento de Saúde da Mulher e da Criança, Universidade Estadual de Montes Claros.

## Introdução

Trabalhadores da saúde frequentemente estão envolvidos em atividades complexas, nas quais o desgaste psico-emocional pode comprometer a saúde dos mesmos e a qualidade do serviço prestado. No Brasil, os trabalhadores dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) representam um importante e crescente contingente, cujas funções implicam na reorientação do modelo assistencial<sup>1</sup>. Para esses profissionais, o processo de trabalho é bastante peculiar e pressupõe, além das habilidades técnicas e boas relações interpessoais, o compromisso pouco conhecido, de compreender o processo saúde-doença de forma coletiva<sup>2</sup>. Acrescenta-se ainda que o trabalho em equipe demanda maior articulação entre seus membros e o contexto de atuação inclui recursos técnicos e materiais escassos e questões não resolvidas de remuneração e carreira profissional para algumas categorias<sup>3</sup>.

Apesar da pressão e sobrecarga de trabalho, do desgaste profissional e do potencial de morbidades que podem acometer os trabalhadores da APS, poucos estudos avaliam suas condições de saúde<sup>2</sup>. Alguns autores avaliam de forma mais específica aspectos vinculados à saúde psíquica e síndrome de Burnout<sup>4-6</sup>. Questões da relação saúde-doença no trabalho são pouco exploradas e avaliações precisas das condições de saúde desses trabalhadores ainda são pouco presentes na literatura nacional.

A avaliação empírica da saúde inclui medidas como a avaliação clínica, realizada por trabalhadores habilitados, a aferição de exames laboratoriais e/ou funcionais e também inclui a percepção individual, baseada nos conhecimentos e crenças pessoais. Neste último domínio a autoavaliação da saúde é considerada um indicador válido e relevante do estado de saúde de indivíduos e populações<sup>7</sup>. A morbidade referida ou autorreferida não é o mesmo que doença<sup>8</sup>, mas tem um papel importante no processo de definição e acompanhamento das necessidades de saúde da população avaliada. De modo geral, a percepção de um problema de saúde implica em um motivo de consulta, a partir da necessidade de cuidado sentida. Assim, essa morbidade referida tem o potencial de fornecer muitas informações sobre o paciente, auxiliando o médico na aproximação diagnóstica. De forma similar, inquéritos de saúde que utilizam a morbidade referida podem ser úteis para os gestores de saúde nas atividades programáticas para comunidades e grupos especiais<sup>9</sup>.

Os inquéritos de morbidade em cuidado primário em saúde têm sido realizados em muitos países do mundo<sup>10</sup>. Os dados obtidos são úteis para o acompanhamento das necessidades de saúde da população, análise da carga de trabalho e planejamento da saúde, devendo ser esta prática de coleta de dados uma característica regular de sistemas de saúde<sup>11</sup>. Não existem registros de inquéritos específicos para trabalhadores de saúde ou da APS no Brasil. Tais dados poderiam fornecer informações importantes aos gestores de saúde e auxiliar o desenvolvimento de políticas específicas para esse grupo de trabalhadores. Prontuários eletrônicos podem ser bastante úteis para pesquisa rápida de morbidade, mas independente da sua existência, alguns estudos internacionais têm recorrido à utilização da Classificação Internacional de Atenção Primária, em sua segunda edição (CIAP-2) para levantamentos de dados populacionais sobre o tema<sup>12,13</sup>.

A CIAP-2 tem sido considerada um sistema adequado de classificação para ser utilizado na atenção primária à saúde. Embora tenha se desenvolvido com base na tradicional Classificação Internacional de Doenças (CID), há mais de 20 anos, ainda é uma classificação pouco usual no Brasil. É uma poderosa ferramenta que permite classificar não só os problemas diagnosticados pelos trabalhadores da saúde, mas principalmente as queixas e os motivos da consulta, tendo o potencial de avaliar as razões pelas quais os pacientes procuram o serviço de saúde, além de revelar comorbidades<sup>9</sup>.

Este estudo teve como objetivo descrever a morbidade referida por trabalhadores que atuam em equipes de saúde da família na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, utilizando a CIAP-2.

## Métodos

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

A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho a dezembro de 2011, com apoio dos gestores municipais de saúde e coordenadores da Atenção Primária dos municípios. O instrumento de coleta de dados foi um questionário semiestruturado, autoaplicável, abordando informações demográficas (gênero, idade e escolaridade), laborais (atividade exercida e tempo de trabalho na ESF) e de situação de saúde (problemas, controle regular e queixas de saúde apresentadas nos últimos 15 dias, última consulta e local de realização).

Para análise da situação de saúde, os dados coletados foram codificados utilizando-se a CIAP-2, sendo descartadas eventuais informações ilegíveis. A codificação de todos os problemas de saúde referidos pelos trabalhadores foi realizada por uma única pessoa (IVSP), previamente capacitada, com o intuito de evitar distorções da classificação.

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

O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) e todos os trabalhadores responderam ao questionário após assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

## Resultados

Das 268 equipes convidadas a participarem do estudo, 64 foram excluídas porque os gestores e/ou coordenadores não apoiaram efetivamente ou se recusaram a conduzir a coleta de dados em seus municípios. Assim, foram coletados 1.793 questionários, referentes a 204 equipes de saúde da família. Após análise e processamento das respostas foram descartados 31 questionários por estarem incompletos ou ilegíveis.

Os dados processados revelaram que o grupo avaliado era formado por 1.383 (79,8%) trabalhadores do gênero feminino e 349 (20,2%) do gênero masculino. O maior contingente de respondentes era constituído por trabalhadores de nível técnico. A idade média dos trabalhadores avaliados foi de 32,7 anos (DP = 9,8). A maior

parte dos respondentes foi da categoria dos Agentes Comunitários de Saúde, seguidos pelos auxiliares ou técnicos de enfermagem e enfermeiros. As principais características do grupo estudado são apresentadas na Tabela 1.

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

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

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

Variáveis	N	%
Gênero		
Masculino	349	20,2
Feminino	1.383	79,8
Atividade exercida (função)		
Médico	81	4,7
Enfermeiro	172	9,9
Auxiliar e Técnico de Enfermagem	258	14,9
Dentista	59	3,4
Recepcionista/Função Administrativa	110	6,4
Agente Comunitário de Saúde	848	49,0
Auxiliar e Técnico de Saúde Bucal	48	2,8
Outros	156	9,0
Faixa etária (anos)		
18-25	440	25,4
26-45	1086	62,7
46-65	196	11,3
≥ 66	10	0,6
Tempo de atuação na ESF		
< 1 ano	388	22,4
1- 5 anos	840	48,5
> 5 anos	504	29,1
Escolaridade		
≤ 8 anos	133	7,7
9 - 11 anos	1089	62,9
≥ 12 anos	510	29,4

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

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

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

Os principais problemas de saúde relatados pelos trabalhadores referem-se aos sistemas circulatório, músculo-esquelético, respiratório, endócrino-metabólico e nervoso. Juntas, as queixas sobre esses sistemas equivalem a 73,4% de todas as referidas pelos trabalhadores de saúde. E apenas os cinco principais problemas de saúde referidos pelos trabalhadores de saúde equivalem a mais de 50% do total de problemas apontados pelos entrevistados. A Tabela 3 apresenta a relação dos principais problemas de saúde referidos em cada um dos principais sistemas/categorias do CIAP 2.

A Tabela 4 apresenta análise comparativa entre os trabalhadores que apresentaram queixas de problemas de saúde em relação aos que não apresentaram. Após análise multivariada, permaneceram como variáveis associadas ao fato de referirem problemas de saúde: sexo feminino, idade superior a 30 anos e tempo de atuação na ESF igual ou superior a cinco anos.

## Discussão

No presente estudo foi possível estimar a prevalência e o perfil de morbidade referida por trabalhadores que atuam em equipes da ESF na Ma-

corregião Nordeste de Minas Gerais, utilizando a CIAP-2. Existem poucos estudos no país sobre o perfil de morbidade dos trabalhadores da saúde e particularmente dos trabalhadores da APS<sup>2,14</sup>. Quase sempre os estudos existentes abordam as condições de estresse e saúde psíquica desse grupo profissional, estabelecendo correlações com as precárias condições de trabalho e a sobrecarga de atividades<sup>15,16</sup>. Os dados deste estudo não salientaram um destaque para a morbidade psíquica dos trabalhadores da APS. Em linhas gerais o perfil de morbidade autorreferida não difere significativamente da carga de doenças registradas em serviços ambulatoriais<sup>17-19</sup>, com destaque para as queixas relacionadas ao sistema circulatório e músculo-esquelético.

Considerando que a morbidade autorreferida das doenças crônicas é uma medida aproximada das informações obtidas por exames clínicos<sup>17</sup>, o presente estudo, realizado com base na CIAP-2, proporcionou o conhecimento dos principais problemas de saúde referidos pelos trabalhadores da APS, que têm ocupado espaço importante no sistema de saúde nacional. A utilização da CIAP-2 destacou a potencialidade dessa ferramenta, que pode auxiliar sobremaneira a caracterização da demanda assistida pelos próprios trabalhadores da ESF<sup>19</sup>.

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

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

**Tabela 4.** Análise comparativa entre os trabalhadores da APS, segundo o relato de problemas de saúde; Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, 2011.

Características	Com relato (Problemas de saúde)		Sem relato (Problemas de saúde)		“p”valor	OR (IC95%) bruta	OR (IC95%) ajustada
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	361	26,1	1.022	81,7	0,003	1,57 (1,17-2,12)	1,45(1,07-1,97)
Masculino	64	18,3	285	73,9		1,0	
Idade							
> 30 anos	284	34,6	536	65,4	0,000	2,89 (2,30-3,65)	2,38(1,86-3,09)
≤ 30 anos	141	15,5	771	84,5		1,0	
Função							
Técnica	356	25,1	1.064	74,9	0,272	1,18 (0,88-1,58)	—
Nível superior	69	22,1	243	77,9		1,0	
Escolaridade							
< 11 anos	67	32,2	141	67,8	0,006	1,55 (1,12-2,12)	1,23 (0,89-1,71)
≥ 11 anos	358	23,5	1.166	76,5		1,0	
Tempo na APS							
≥ 5 anos	181	35,9	323	64,1	0,000	2,26 (1,79-2,84)	1,61(1,26-2,07)
< 5 anos	244	19,9	984	80,1		1,0	

O perfil dos trabalhadores das equipes de Saúde da Família da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais se mostrou similar ao de outros estudos, caracterizando-se pelo predomínio de mulheres e trabalhadores jovens<sup>2,20</sup>. A proporção de trabalhadores com mais tempo de atuação na ESF sugere uma tendência de redução da elevada rotatividade dos trabalhadores de saúde na Atenção Primária, destacada em outros estudos<sup>3,20,21</sup>.

Os principais grupos de problemas, segundo a classificação da CIAP-2, não diferem muito de outros inquéritos realizados com a população em geral e que empregaram a mesma ferramenta<sup>12,19</sup>. De forma semelhante ao estudo de Tomasi *et al.*<sup>2</sup>, os resultados apontam as doenças do aparelho circulatório como o principal problema de saúde referido pelos trabalhadores de saúde da atenção primária. Esta é uma situação universal bem consolidada. Nas últimas décadas no Brasil, houve uma importante redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, aumentando, por outro lado, a ocorrência de doenças cardiovasculares em mais de três vezes<sup>22</sup>. Outros estudos notificam que as doenças cardiovasculares são causas importantes de morbidade e principal causa de mortalidade em todo mundo, especialmente em mulheres<sup>23</sup>.

Dentre os problemas ligados ao aparelho circulatório, houve predomínio da hipertensão arterial, segundo referiram os trabalhadores de saúde. Esse dado é compatível com o estudo da demanda dos serviços de atenção primária conduzido por Gusso<sup>19</sup> e também com outros estudos internacionais de morbidade referida em atenção primária<sup>12,24</sup>.

O sistema musculoesquelético (com ênfase para dor lombar/coluna) foi a segunda maior referência de problemas de saúde, o que também é compatível com o estudo realizado por Tomasi<sup>2</sup> com trabalhadores da atenção básica, em que a referência de problemas osteomusculares e do tecido conjuntivo foi a segunda maior queixa.

Os problemas referentes ao aparelho respiratório, especialmente rinite, alergia respiratória e sinusite também tiveram destaque para a população estudada. É possível que tais problemas sejam decorrentes da época em que foi realizada a coleta de dados. Gusso<sup>19</sup> observou em um estudo de demanda de usuários de serviços de Saúde da Família, que queixas respiratórias eram mais comuns em determinadas estações, o que é consoante com os registros clássicos da literatura<sup>25-27</sup>. Problemas de saúde referentes aos sistemas endócrino e nervoso também se registraram entre os mais frequentes, em consonância com outros estudos de

perfil de demanda ambulatorial, que igualmente destacam a diabetes<sup>12,17</sup> e as cefaleias como os principais representantes destes sistemas<sup>28</sup>.

O escasso registro de morbidades psíquicas entre o grupo estudado denota a invisibilidade de tais condições clínicas, pois sua presença entre os trabalhadores de saúde já é bem destacada pela literatura<sup>4-6</sup>. É certo que os fatores estressores estão presentes nas relações de trabalho das equipes de Saúde da Família e eles propiciam o desenvolvimento dos principais problemas de saúde apontados pela população pesquisada, especialmente a hipertensão arterial, as dores crônicas e as afecções que retratam falência da defesa imunológica<sup>4</sup>.

Os resultados revelaram variações entre os gêneros em relação ao fato de referir algum problema de saúde. A observação de que existe maior proporção de mulheres com problemas de saúde é apontada em outros estudos que não são específicos para os trabalhadores de saúde<sup>29-31</sup>. Alguns autores associam as maiores taxas de morbidade entre as mulheres com o fato delas desempenharem múltiplos papéis na sociedade e realizarem dupla jornada de trabalho<sup>28,32</sup>. Esse aspecto não é diferente para as mulheres que trabalham no setor da saúde, que muitas vezes possuem dois vínculos trabalhistas e ainda são as principais responsáveis pelas atividades domésticas<sup>32</sup>.

Outras variáveis que também se mostraram estatisticamente associadas a algum problema de saúde foram a idade acima de 30 anos e o fato de possuir mais de cinco anos de atuação em equipes de saúde da família. Sobre a idade, é certo que maiores cargas de doenças são mais comuns entre as pessoas mais velhas e nesse aspecto as doenças crônicas não transmissíveis assumem papel preponderante<sup>12,29,33</sup>. Entretanto não é possível estabelecer correlações precisas entre o maior tempo de atuação em equipes de saúde da família e a maior prevalência de problemas de saúde referidos. Alguns estudos mostram que são comuns os sintomas de estresse e síndrome de Burnout entre os trabalhadores das equipes de saúde da família<sup>4-6</sup>. Seguramente, esses trabalhadores da atenção primária enfrentam grandes dificuldades no desempenho de suas funções. Em suas atividades diárias, os trabalhadores da saúde da família atuam no processo de mudança de um modelo assistencial e devem planejar e desenvolver atividades que estejam em consonância com as necessidades da população assistida<sup>3,6</sup>. A sobrecarga e as difíceis condições de trabalho podem interferir no processo de adoecimento dos trabalhadores da ESF, mas essa questão não foi

objeto do presente estudo e demanda futuras investigações. Trata-se de um tema importante que não deve ser menosprezado, pois, segundo Braga et al.<sup>6</sup>, resultados similares traduzem o paradoxo das condições de trabalho contribuírem para o adoecimento de trabalhadores cujas atividades visam à promoção e à recuperação da saúde.

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

Mais de 70% da amostra avaliada realizou a última consulta dentro dos seis meses anteriores à aplicação do instrumento de coleta de dados. Em seu estudo, Tomasi<sup>2</sup> observou que mais da metade da amostra (52%) havia se consultado nos noventa dias anteriores à entrevista. Esses percentuais acima da média de consultas esperadas para a população geral fazem supor que a facilidade de acesso à consulta médica pode estar interferindo no resultado. Em consonância com essa afirmativa, registrou-se no presente estudo que quase 65% dos trabalhadores informaram ter utilizado o próprio serviço de saúde em que trabalham para a realização da última consulta.

Considerando a similaridade dos resultados observados com estudos de morbidade para a população em geral<sup>12,19</sup>, é preciso notificar também que considerável número dos problemas referidos pelos trabalhadores de saúde terá sua evolução marcadamente influenciada por mudanças nos estilos de vida. Assim, os trabalhadores de saúde devem também assumir novos e

mais saudáveis estilos de vida, incorporando atividades físicas, dietas mais saudáveis, adequação do peso e abolindo o tabagismo e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

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

Por fim, considerando a importância do trabalho e da interface trabalho/saúde para o ser humano e a carência de estudos nesta área e para o público avaliado, evidencia-se que esta é uma área de investigação que precisa ser desenvolvida. O conhecimento dos problemas de saúde referidos no estudo poderá auxiliar o desenvolvimento de políticas públicas em estratégias de promoção à saúde dos trabalhadores da atenção primária. Esses trabalhadores devem dispor de boas condições de saúde para alcançarem a proposta de mudança do modelo assistencial e, idealmente, devem ser modelos a serem seguidos pela população assistida.

## Colaboradores

IVS Pereira, MJL Rocha, VM Silva e AP Caldeira participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

## Agradecimentos

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

## Referências

1. Fernandes JS, Miranzi SSC, Iwamoto HH, Tavares DMS, Santos CB. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. *Texto contexto - enferm.* 2010; 19(3):434-442.
2. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(Supl.1):193-201.
3. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos trabalhadores do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15(3):7-18.

4. Camelo SHH, Angerami ELS. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004; 12(1):14-21.
5. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev esc enferm USP* 2010; 44(2):274-279.
6. Braga LC, Carvalho LR, Binder MCP. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl.1):1585-1596.
7. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saude Publica* 2009; 43(Supl. 2):27-37.
8. Barreto ICHC, Grisi SJFE. Morbidade referida e seus condicionantes em crianças de 5 a 9 anos em Sobral, CE, Brasil. *Rev bras epidemiol* 2010; 13(1):35-48.
9. Organização Mundial dos Médicos da Família (WONCA). Classificação internacional de atenção primária, CIAP-2. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina da Família; 2009.
10. De Silva N, Mendis K. One-day general practice morbidity survey in Sri Lanka. *Fam Pract* 1998; 15(4):323-331.
11. Goh LG. One-day primary care morbidity surveys: a feasible means for obtaining valuable healthcare services data. *Singapore Med J* 2004; 45(5):193-195.
12. Minas M, Koukousias N, Zintzaras E, Kostikas K, Gourgoulis IK. Prevalence of chronic diseases and morbidity in primary health care in central Greece: An epidemiological study. *BMC Health Services Research* 2010; 10:252.
13. Esteban VMD, Dominguez BMF, Astray MJ, Genova MR, Perez SA, Sanchez PL, Aguilera GM, Gonzales SFJ. Epidemiological usefulness of population-based electronic clinical records in primary care: estimation of the prevalence of chronic diseases. *Fam Pract* 2009; 26(6):445-454.
14. Tomasi E, Sant'Anna GC, Oppelt AM, Petrini RM, Pereira IV, Sassi BT. Condições de trabalho e automedicação em trabalhadores da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. *Rev bras epidemiol* 2007; 10(1):66-74.
15. Camelo SHH, Angerami ELS. Estratégias de gerenciamento de riscos psicossociais no trabalho das equipes de saúde da família. *Rev Eletr Enferm* 2008; 10(4):915-923.
16. Telles SH, Pimenta AMC. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. *Saúde Soc São Paulo* 2009; 18(3):467-478.
17. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. *Rev Saude Publica* 2008; 42(1):73-81.
18. Barber J, Muller S, Whitehurst T, Hay E. Measuring morbidity: self-report or health care records? *Fam Pract* 2010; 27(1):25-30.
19. Gusso GDF. *Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária*. 2ª Edição (CIAP-2) São Paulo; s.n; 2009.
20. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2355-2365.
21. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo trabalhadores de saúde, gestores e usuários. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):23-34.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2010.
23. World Health Organization (WHO). The global burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO; 2008.
24. Brueton V, Yogeswaran P, Chandia J, Mfenyana K, Modell B, Modell M, Nazareth I. Primary care morbidity in Eastern Cape Province. *S Afr med j* 2010; 100(5):309-312.
25. Moura M, Junger WL, Mendonça GAS, Ponce DLA. Qualidade do ar e transtornos respiratórios agudos em crianças. *Rev Saude Publica* 2008; 42(3):503-511.
26. Façanha MC, Pinheiro AC. Doenças respiratórias agudas em serviços de saúde entre 1996 e 2001, Fortaleza, CE. *Rev Saude Publica* 2004; 38(3):346-350.
27. Godoy DV, Dal Zotto C, Bellicanta J, Weschenfelder RF, Nacif SB. Doenças respiratórias como causa de internações hospitalares de pacientes do Sistema Único de Saúde num serviço terciário de clínica médica na região nordeste do Rio Grande do Sul. *J Pneumologia* 2001; 27(4):193-198.
28. Gomes KRO, Tanaka ACA. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. *Rev Saude Publica* 2003; 37(1):75-82.
29. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saude Publica* 2009; 43(4):595-603.
30. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 11(5-6):365-373.
31. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):687-707.
32. Leite PC, Silva A, Merighi MAB. A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Rev esc enferm USP* 2007; 41(2):287-291.
33. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Cien Saude Colet* 2011; 16(9):3755-3768.

---

Artigo apresentado em 08/07/2012

Aprovado em 29/08/2012

Versão final apresentada em 16/09/2012