

Estresse percebido em profissionais da Estratégia Saúde da Família

Perceived stress among Primary Health Care Professionals in Brazil

Luiz Bernardo Leonelli^I, Solange Andreoni^I, Patricia Martins^{II}, Elisa Harumi Kozasa^{III}, Vera Lúcia de Salvo^I, Daniela Sopezki^I, Jesus Montero-Marin^{IV}, Javier Garcia-Campayo^V, Marcelo Marcos Piva Demarzo^{I,III}

RESUMO: *Objetivo:* Avaliar o estresse percebido (EP) de profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a associação com características das equipes. Também foi investigada a ocorrência de associação entre EP e morbidade autorreferida. *Métodos:* Trata-se de estudo transversal com 450 trabalhadores de 60 equipes em 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), em uma região de São Paulo. As diferenças entre o escore total da Escala de Estresse Percebido e suas associações com as características individuais e das equipes foram avaliadas por meio de modelos múltiplos de regressão linear. *Resultados:* Observaram-se níveis mais elevados de EP naqueles com tempo de trabalho igual ou superior a um ano na mesma equipe, nas categorias de médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, gênero feminino, em não praticantes de credos religiosos, e em profissionais de UBS com equipes incompletas (ausência do médico). Menor estresse percebido foi encontrado em viúvos. Observou-se que indivíduos com níveis mais elevados de EP têm mais chance de relatar problemas crônicos de saúde. *Conclusão:* Conclui-se que a percepção de estresse na população estudada está associada a fatores individuais, profissionais, e à composição das equipes nas unidades básicas de saúde.

Palavras-chave: Estresse psicológico. Saúde do trabalhador. Atenção primária à saúde. Estratégia de Saúde da Família. Unidade Básica de Saúde.

^IDepartamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

^{II}Faculdade de Medicina, Universidade de Itaúna – Itaúna (MG), Brasil.

^{III}Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo (SP), Brasil.

^{IV}Faculdade de Ciências da Saúde e Esportes, Universidade de Zaragoza - Huesca, Espanha.

^VFaculdade de Medicina, Universidade de Zaragoza – Spain.

Autor correspondente: Marcelo Marcos Piva Demarzo. Rua Botucatu, 740, CEP: 04038-034, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: demarzo@unifesp.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

ABSTRACT: *Objective:* To evaluate the perceived stress (PS) of professionals in Primary Health Care and its association with the characteristics of the teams in the Family Health Program (FHP). The association between PS and self-referred morbidity was also investigated. *Methods:* This is a cross-sectional study conducted with 450 employees from 60 teams in 12 Basic Health Units (BHUs) in a region of São Paulo. The differences in the total score in the Perceived Stress Scale were evaluated through multiple linear regression models. *Results:* Higher levels of PS were observed in those who had been working for one year or more in the same team, in the categories of doctors, nurses and community health workers, females, non-religious, and in BHU professionals in incomplete teams (absence of a physician). Lower perceived stress was found in widowers. It was observed that individuals with higher levels of PS have higher chances of reporting chronic health problems. *Conclusion:* It can be concluded that the perception of stress in this population is associated with individual, professional factors, and the composition of teams in healthcare units.

Keywords: Psychological stress. Occupational health. Primary health care. Family Health Strategy. Health Centers.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), localizadas em uma área geográfica delimitada¹.

Diante de tantas demandas de trabalho, têm-se observado que os profissionais que compõem essas equipes estão submetidos a fatores de risco psicossociais^{2,3,4} e ambientais relacionados ao trabalho^{5,6,7} gerando sintomas físicos e psicológicos associados ao estresse laboral^{4,5,8}.

Sabe-se que profissionais de saúde com níveis cronicamente elevados de estresse percebido (EP) apresentam maior predisposição para a síndrome de *burnout* (esgotamento profissional), como também estão suscetíveis a condições como fadiga, insônia, ansiedade, depressão, obesidade, doenças coronarianas, diabetes, câncer, distúrbios psicossomáticos e uso abusivo de drogas. Em consequência, pode haver comprometimento da qualidade na atenção à saúde^{9,10,11,12}, com consequente diminuição da qualidade dos resultados clínicos junto às pessoas em seguimento^{13,14}, e no aumento da insatisfação dos pacientes com a atenção em saúde oferecida¹⁵.

Frente à escassez de dados empíricos sobre o tema no Brasil, este estudo tem por o objetivo avaliar os níveis de EP entre profissionais que atuam na ESF, e verificar sua associação com as características das equipes às quais estão vinculados. Também foi investigada a associação entre EP e morbidade autorreferida nessa população.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de transversal, realizado entre outubro de 2011 e fevereiro de 2012, utilizando-se questionários de autorrelato. O campo de estudo foi um bairro do município

de São Paulo com aproximadamente 285.000 habitantes (2010), com renda média familiar mensal em torno de R\$ 720,00 e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) considerado médio¹⁶. A escolha do bairro se deu em função da acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde (UBS), integradas sob uma mesma organização social que gerencia todas as Equipes de Saúde da Família (EqSF) na região. As equipes mínimas foram compostas por seis agentes comunitários de saúde (ACS), dois auxiliares de enfermagem, um enfermeiro e um médico, seguindo as normas vigentes¹⁷.

Foram convidados todos os 570 profissionais lotados em UBS que possuíam equipes de Saúde da Família (EqSF) no período do estudo. Os profissionais estavam distribuídos em 60 equipes junto a 12 UBS. Os critérios de inclusão foram: aceitação voluntária da participação na pesquisa e atuação como profissional na EqSF, identificada por contrato. Os critérios de exclusão foram: ausência por férias; ser profissional médico contratado temporariamente em regime de plantão; estar afastado(a) por motivos relacionados à saúde, como licença por motivo de doença ou acidente ou maternidade, e pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS); e ausência por período demissional. A coleta de dados nas UBS foi realizada de forma coletiva e sob supervisão dos pesquisadores de campo. Cada unidade foi visitada pelo menos duas vezes, com intervalo de três semanas. Os questionários foram distribuídos individualmente e eram compostos por questões fechadas sobre os dados sociodemográficos, características ocupacionais, morbidade autorreferida e Escala de Estresse Percebido (EEP), em sua versão validada previamente no Brasil¹⁸. A EEP é utilizada internacionalmente para medir o EP entre trabalhadores da saúde e de outros setores de forma universal e inespecífica frente aos agentes estressores¹⁷, e correlaciona-se com outros instrumentos que mensuram sintomas físicos e psicológicos associados ao estresse, como ansiedade, depressão e *burnout*^{19,20}. A tradução da EEP para a língua portuguesa mostrou-se válida quanto à clareza. A escala apresentou boa confiabilidade e validade de construto verificadas pelo coeficiente alfa de Cronbach encontrado e pelas cargas fatoriais obtidas (método varimax)¹⁸.

A EEP foi utilizada a partir do mês anterior da aplicação do instrumento¹⁴. As respostas aos itens para avaliação de situações tidas como estressantes são do tipo *Likert*, com opções que variam de zero a quatro pontos (0 = nunca; 1 = quase nunca; 2 = às vezes; 3 = quase sempre e 4 = sempre). O EP é dado pela soma das pontuações de todas as respostas e varia de 0 a 56 pontos. Nas questões 4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13, a pontuação é somada de forma invertida¹⁸. A pontuação original (0 a 56) foi transformada para a base de 0 a 100, com a finalidade de facilitar a visualização e o entendimento dos resultados. A mudança de 1 ponto na escala original da média da EEP (0 a 4 pontos) equivale à mudança de 25 pontos na escala de 0 a 100.

A morbidade autorreferida foi construída com base em relato de existência de “doença” atual, a partir das respostas às perguntas sobre a presença de: diabetes, doença cardíaca, hipertensão, artrite, asma, doença da tireoide, anemia, epilepsia, dor de cabeça ou enxaqueca, doenças neurológicas, dores lombares, ansiedade, depressão e outras “doenças”. Não se abordou sobre a duração (tempo) desde o diagnóstico.

Neste estudo, as variáveis sociodemográficas utilizadas foram: sexo, idade, escolaridade, estado civil e renda familiar. As características ocupacionais foram: categoria profissional, tipo

de contrato, capacitação para trabalhar na ESF, tempo de trabalho na unidade. Foram coletadas informações sobre a prática ou não de atividades de promoção da saúde mental, denominadas de “práticas antiestresse”, a fim de controlar essa variável de confusão para as correlações²¹. Como proxy para tal condição, os participantes responderam à seguinte pergunta de autorrelato: “você realiza regularmente alguma atividade física ou mental como estratégia de alívio do estresse?”. Foram colhidas informações sobre “praticar ou não a própria religião”. Não foi perguntado o tempo despendido nessas atividades.

Consideraram-se também como variáveis a UBS a qual o profissional pertencia e as características da equipe a qual estava vinculado. Como, no período da pesquisa, somente foram encontradas equipes incompletas em razão da ausência de médicos, foi utilizada a variável equipe incompleta (1 = sim; 0 = não) conforme a presença ou ausência do profissional médico. Não foi possível obter informações que caracterizassem as UBS em termos de carga de trabalho que pudesse agregar informação sobre as equipes e UBS. Assim, utilizou-se para descrever o “efeito de UBS” a porcentagem de equipes incompletas que cada UBS possuía no período do estudo.

Todas as variáveis compostas por mais de duas categorias foram avaliadas por meio de variáveis indicadoras. A análise descritiva dos dados é apresentada de acordo com as frequências absolutas e relativas das características avaliadas. A idade e o escore médio total da EEP foram resumidas com medidas de tendência central e de dispersão por categoria profissional. A consistência interna da EEP foi avaliada mediante o coeficiente de fidedignidade alfa (α) de Cronbach.

Inicialmente, avaliou-se o EP como variável dependente, mediante o emprego de modelos de análise de regressão linear múltipla, em função de características sociodemográficas, ocupacionais, prática religiosa e prática de atividades antiestresse, controlando-se por UBS e por equipe dentro de cada UBS. Optou-se pelo modelo de regressão linear com efeitos de UBS, e de equipes dentro de uma UBS, como sendo fixos (não aleatórios), em vez de modelos multiníveis, nos quais a UBS e as equipes seriam tratadas como tendo efeitos aleatórios, devido ao desenho do estudo, já que as UBS e as equipes não foram sorteadas e sim contempladas todas as existentes na região avaliada. O modelo de regressão com efeitos fixos é recomendado na literatura quando as variâncias associadas aos níveis de hierarquia, no caso UBS e equipe, não são significativas, causando problemas de convergência do modelo multinível, ou se o número de unidades amostrais dos níveis superiores aos de indivíduo for menor do que 30^{22,23}. Os resultados encontrados se aplicam somente aos profissionais, UBS e equipes, avaliadas neste estudo. Os modelos utilizados não ignoram os níveis de hierarquia do estudo (indivíduos, equipes e UBS), já que são controlados por eles.

No primeiro modelo, foram utilizadas como variáveis independentes: sexo, idade, escolaridade, renda familiar, estado civil, categoria profissional, tempo de trabalho, capacitação para trabalhar na ESF, prática de atividades antiestresse, prática religiosa, UBS a qual o profissional pertence, e equipe dentro de UBS a qual o profissional pertence. Utilizou-se um procedimento de remoção das variáveis do tipo *backward*, mantendo-se as variáveis independentes com significância menor do que 0,20 e as variáveis correspondentes a UBS e equipes dentro de UBS. Agruparam-se as categorias das variáveis independentes que fossem

estatisticamente semelhantes quanto ao EP, com exceção de categoria profissional, UBS e equipes dentro de UBS. O modelo resultante desses procedimentos é o 2.

No modelo 2 são contempladas as variáveis que predizem o EP parcimoniosamente, mais as variáveis indicadoras de UBS e de equipes dentro de UBS. A fim de se verificar a influência da composição das equipes (incompleta ou não) no EP, aplicou-se um modelo de efeitos contextuais²³, denominado de modelo 3. Um efeito contextual é definido como sendo a diferença do efeito de uma variável em um nível maior (no caso, o efeito de proporção de equipes incompletas da UBS nas médias de estresse da UBS) e seu efeito em um nível mais abaixo (a comparação entre as médias de EP dentro de UBS)²³.

No modelo 3, contemplam-se as variáveis explicativas obtidas no modelo 2; contudo, os efeitos das variáveis correspondentes a UBS (diferenças de médias entre UBS) e a equipes dentro de UBS (diferenças de médias entre equipes de uma mesma UBS) foram reescritos como uma função linear da proporção de equipes incompletas da respectiva UBS (o coeficiente fornece o efeito de equipes incompletas no EP das UBS); 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).

Optou-se por não utilizar a morbidade autorreferida como variável explicativa nos modelos de EP. Na perspectiva abordada no presente estudo, essa variável pode estar fortemente relacionada à idade e ao EP enquanto variável dependente, e não necessariamente como causa, sendo também utilizada como medida de validade da EEP²⁴. Assim, a morbidade autorreferida foi avaliada separadamente como uma variável dependente, mediante o uso de modelos de regressão logística, a fim de se verificar se havia associação entre os relatos de problemas de saúde e escores da EEP, controlando-se por idade. Descrevem-se também os problemas de saúde mais relatados. Os dados foram organizados em banco de dados no programa estatístico computacional SPSS 15.0.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP) da Unifesp (Parecer CEP/Unifesp n° 0779/11) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de São Paulo (Parecer CEP/SMS n° 316/11), com a autorização da coordenação regional e dos respectivos gerentes das UBS estudadas.

RESULTADOS

Foram identificados 570 profissionais distribuídos em 12 UBS e 60 equipes, sendo 343 ACS, 118 auxiliares de enfermagem, 60 enfermeiros e 49 médicos. Dos 570 profissionais, 78,9% (n = 450) participaram do estudo. Os motivos de não participação foram: negativa em participar do estudo (9,1%, n = 52), férias (5,1%, n = 29), licença médica (2,8%, n = 16), afastamento pelo INSS (2,1%, n = 12), licença-maternidade (1,1%, n = 6), período demissional (0,5%, n = 3) e não comparecimento ao serviço por estarem em consulta médica (0,4%, n = 2). Por categoria profissional, em ordem decrescente de representação, foi de 86,3% dos ACS, 75,0% dos enfermeiros, 69,5% dos auxiliares de enfermagem e 55,1% dos médicos respondendo aos instrumentos propostos.

Foram observadas 14 equipes incompletas (ausência de médico), sendo 11 aguardando contratações e 3 por conta de período demissional, correspondendo a 23,3% das 60 equipes avaliadas. Uma UBS apresentou 100% de equipes incompletas, seis UBSs estavam com todas as equipes completas, e cinco UBSs apresentaram de 14,3% a 66,7% de equipes incompletas.

Vale ressaltar que os maiores níveis de escolaridade e renda são encontrados em médicos e enfermeiros. Os médicos avaliados também apresentam menor tempo de trabalho em relação aos demais trabalhadores. No tocante às médias não ajustadas de EP, desvio padrão (DP), as medianas e percentis 75 por categoria profissional e total, observou-se que a média geral de EP foi de $42,2 \pm 13,9$ no total de profissionais; de $44,3 \pm 13,3$ entre enfermeiros; de $42,9 \pm 14,1$ entre agentes comunitários de saúde; de $40,7 \pm 11,8$ entre médicos; e de $39,0 \pm 13,7$ entre auxiliares de enfermagem. Os escores relativos ao percentil 75 foram de 52,8 para o total, 52,7 para os enfermeiros, 53,6 aos ACS, 50,0 aos médicos e 48,1 aos auxiliares de enfermagem. A consistência interna da EEP apresentou coeficiente alfa de Cronbach = 0,85.

Sob a perspectiva de se utilizar um modelo multinível com efeitos aleatórios de UBS e equipe para explicar a variabilidade do EP desses trabalhadores, dada a não significância dos componentes de variância de UBS, e de equipe dentro de UBS, e aos problemas de convergência quanto às características individuais e profissionais introduzidas no modelo, optou-se para explicar o EP pelo modelo de efeitos não aleatórios de UBS, e de equipe dentro de UBS.

Na Tabela 1 são apresentados os modelos ajustados para o EP por meio de efeitos não aleatórios de UBS e equipe. No modelo 1 (com dados sociodemográficos dos indivíduos, características profissionais, UBS e equipe dentro de UBS), não foram significativas as diferenças entre as médias de EP entre as categorias das variáveis escolaridade e renda. Também não foram encontradas diferenças de EP em função da idade, capacitação específica para atuar na ESF e praticar atividades antiestresse ($p > 0,20$). Assim, mediante o uso do procedimento *backward*, todas as características individuais com $p > 0,20$ foram excluídas e as categorias de variáveis explicativas semelhantes quanto ao EP foram agrupadas, com o modelo resultante apresentado no modelo 2.

No ajustamento dos escores de estresse no modelo 2 (características individuais, efeitos de UBS e de equipe dentro de UBS), não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas dos escores médios entre médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, mas foi observado que os auxiliares de enfermagem apresentaram menor pontuação média de EP em relação aos demais profissionais ($p = 0,041$). Observa-se que, embora não estatisticamente diferente dos escores médios de estresse de enfermeiros e agentes comunitários de saúde, o escore médio de médicos passa a ser o maior quando ajustado pelas outras variáveis. Notou-se uma tendência de maior EP nos sujeitos do sexo feminino ($\beta = 5,8$; $p = 0,067$). Ainda no modelo 2, observaram-se diferenças entre as médias de EP quanto ao estado civil de viuvez ($\beta = -10,7$; $5,8$; $p = 0,027$), tempo de trabalho maior ou igual a um ano ($\beta = 5,9$; $p = 0,002$), não prática de credo religioso ($\beta = 3,1$; $p = 0,032$) e UBS ($p = 0,041$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os escores de estresse quanto às equipes dentro de uma mesma UBS ($p = 0,202$).

Investigou-se, por meio do modelo 3 (Tabela 1), se as diferenças entre os escores médios de EP das UBS encontradas no modelo 2 poderiam ser explicadas pela composição das equipes das UBS (proporção de equipes incompletas, isto é, proporção de equipes sem médicos das UBS).

Tabela 1. Estimativas dos efeitos (β) estimados pelos modelos de regressão no estresse percebido, sub-região de São Paulo (SP), 2012.

Característica	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	β	IC95%	Valor p*	β	IC95%	Valor p*	β	IC95%	Valor p*
Sexo			0,07			0,06			0,04
Feminino	6,0	[-0,5 ; 12,4]	0,07	5,8	[-0,4 ; 12,1]	0,06	6,2	[0,2 ; 12,1]	0,04
Masculino	ref.			ref.			ref.		
Escolaridade			0,99						
Fundamental Incompleto/Completo	0,4	[-8,1 ; 8,8]	0,93						
Médio Incompleto/Completo	ref.								
Superior Incompleto/Completo/Pós-graduação	0,2	[-3,8 ; 4,2]	0,91						
Renda			0,79						
< 1	0,5	[-7,6 ; 8,6]	0,90						
1 3	ref.								
3 6	1,2	[-2,5 ; 4,9]	0,52						
6 10	0,9	[-5,6 ; 7,3]	0,79						
> 10	5,4	[-4,0 ; 14,7]	0,26						
Estado civil			0,19			0,03			0,03
Solteiro	10,9	[0,5 ; 21,3]	0,04	10,7	[1,3 ; 20,2]	0,03	9,8	[0,8 ; 18,9]	0,03
Casado/Unido	8,7	[-1,3 ; 18,6]	0,09	10,7	[1,3 ; 20,2]		9,8	[0,8 ; 18,9]	
Divorciado	8,2	[-2,6 ; 19,0]	0,14	ref.			ref.		
Viúvo	ref.								
Idade (anos)	-0,065	[-0,24 ; 0,11]	0,47						
Profissional			0,09			0,04			0,03
ACS	2,0	[-9,3 ; 13,4]	0,72	-2,8	[-9,1 ; 3,4]	0,37	-2,8	[-9,0 ; 3,3]	0,37
AE	-3,2	[-14,1 ; 7,7]	0,56	-6,8	[-13,5 ; -0,1]	0,05	-6,9	[-13,5 ; -0,2]	0,04
E	0,3	[-7,6 ; 8,1]	0,95	-0,8	[-7,8 ; 6,3]	0,83	-0,6	[-7,6 ; 6,4]	0,87
M	ref.			ref.			ref.		
Capacitação para PSF									
Não	ref.		0,50						
Sim	1,1	[-2,2 ; 4,5]	0,50						

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Característica	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3		
	β	IC95%	Valor p*	β	IC95%	Valor p*	β	IC95%	Valor p*
Tempo de trabalho			0,05			<0,01			<0,01
Até 6 meses	ref.			ref.			ref.		
6 meses a 11 meses	0,8	[-6,2 ; 7,8]	0,83	ref.			ref.		
1 ano a 2 anos	5,1	[-0,5 ; 10,7]	0,07	5,9	[2,1 ; 9,6]	<0,01	5,2	[1,73 ; 8,7]	<0,01
2 anos a 5 anos	6,1	[0,5 ; 11,8]	0,03	5,9	[2,1 ; 9,6]	<0,01	5,2	[1,73 ; 8,7]	<0,01
Mais de 5 anos	7,4	[1,6 ; 13,1]	0,01			0,03			<0,01
Prática religiosa			0,12						
Não	2,3	[-0,6 ; 5,3]	0,12	3,1	[0,3 ; 5,8]	0,03	3,8	[1,2 ; 6,4]	<0,01
Sim	ref.			ref.			ref.		
Atividade antiestresse			0,19						
Não	1,9	[-1,0 ; 4,9]	0,19						
Sim	ref.								
UBS			0,09			0,04			
1	4,9	[-2,1 ; 12,0]	0,17	6,1	[-0,7 ; 12,8]	0,08			
2	4,2	[-3,0 ; 11,5]	0,25	4,6	[-2,3 ; 11,6]	0,19			
3	4,6	[-2,5 ; 11,7]	0,20	4,8	[-2,0 ; 11,6]	0,17			
4	10,7	[3,3 ; 18,2]	<0,01	11,3	[4,1 ; 18,6]	<0,01			
5	5,6	[-1,2 ; 12,4]	0,10	5,9	[-0,8 ; 12,5]	0,08			
6	1,8	[-6,0 ; 9,6]	0,65	1,4	[-6,1 ; 9,0]	0,71			
7	5,9	[-0,9 ; 12,7]	0,09	6,4	[-0,1 ; 13,0]	0,05			
8	1,5	[-5,8 ; 8,7]	0,69	1,4	[-5,7 ; 8,4]	0,70			
9	9,2	[0,5 ; 17,9]	0,04	8,8	[0,4 ; 17,3]	0,04			
10	9,1	[1,9 ; 16,3]	0,01	9,4	[2,4 ; 16,5]	0,01			
11	5,8	[-1,4 ; 13,0]	0,11	5,9	[-1,1 ; 12,8]	0,09			
12	ref.			ref.					
Equipe dentro de UBS			0,29			0,20			
Proporção de equipes incompletas da UBS							4,2	[0,1 ; 8,3]	0,04
Equipe incompleta – Proporção de equipes incompletas da UBS							2,9	[-1,8 ; 7,6]	0,23
R ²	23,7%			22,3%			7,6%		
Variância estimada	180,7			176,5			182,6		
Média ajustada	35,8	[30,7 ; 40,9]		33,4	[27,9 ; 39,0]		34,1	[28,9 ; 39,4]	

ACS: agente comunitário de saúde; AE: auxiliar de enfermagem; E: enfermeiro; M: médico; PSF: Programa Saúde da Família; ref.: categoria de referência.

Nesse modelo, observaram-se maiores médias de estresse no gênero feminino ($\beta = 6,2$; $p = 0,042$); tempo de trabalho igual ou superior a um ano de serviço ($\beta = 5,2$; $p = 0,003$); nas categorias profissionais envolvendo médicos, enfermeiros e ACS ($p = 0,033$); e não praticantes de credos religiosos ($\beta = 3,8$; $p = 0,004$); e menor escore médio de estresse em viúvos ($\beta = -9,8$; $p = 0,033$). Observou-se também no modelo 3 que, quanto maior for a proporção de equipes incompletas em cada unidade de saúde, maior é o EP ($\beta = 4,2$; $p = 0,047$). Com efeito, UBS compostas somente de equipes incompletas têm em média 4,2 pontos de acréscimo no EP em relação às UBS com todas as equipes completas (Tabela 1, Figura 1). Não foram encontradas 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]). A magnitude das diferenças encontradas (β) no EP foi modesta, já que a mudança de 1 ponto na escala original da média da EEP (0 a 4 pontos) equivale à mudança de 25 pontos na escala de 0 a 100.

Apesar de as equipes incompletas por ausência de médicos explicarem algumas diferenças entre o EP das UBS e as equipes, ainda parecem existir outras características de UBS, equipes e indivíduos que influenciariam essas diferenças que não foram mensuradas. Isso pode ser observado por meio 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).

Investigou-se também se o efeito de ausência de médicos era diferente entre os profissionais, a partir de testes de três tipos de interações entre profissional, proporção de equipes incompletas da UBS e equipes dentro de UBS. Nenhuma dessas interações foi significativa (todos $p > 0,134$).

Realizaram-se algumas verificações para a generalização do modelo obtido por meio de modelos multiníveis com efeitos aleatórios de UBS e equipes. Nesse 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 $p < 0,05$.

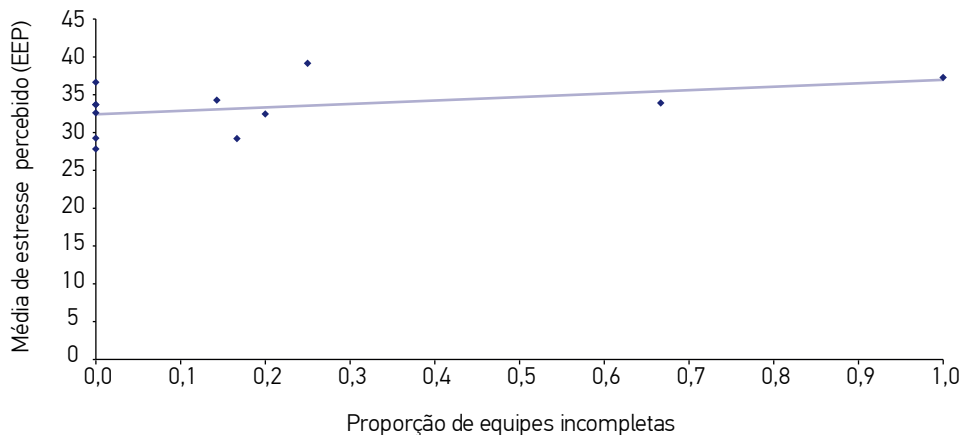


Figura 1. Médias ajustadas de estresse percebido (modelo 2) pela proporção de equipes incompletas das UBS, sub-região de São Paulo (SP), 2012.

Secundariamente, verificou-se uma associação entre os escores da EP e os relatos de problemas crônicos de saúde (morbidade autorreferida) entre os profissionais participantes no estudo. Cerca de 50,2% dos profissionais relataram ter atualmente algum problema de saúde. Controlando-se por idade, o acréscimo de uma unidade no escore da EEP aumentou as chances de relatar problemas crônicos de saúde em 4% ou 1,04 vezes (razão de chances = 1,04; IC95%[1,02; 1,05]) nesses profissionais. Os problemas de saúde mais relatados foram: dores de cabeça (16,9%), ansiedade (15,8%), hipertensão (15,6%) e problemas na coluna lombar (14,0%).

DISCUSSÃO

O estresse é um constructo multidimensional e complexo, podendo ser aferido a partir de modelos distintos, como ambiental, biológico e psicológico^{24,25,26}. No presente estudo, foram utilizadas diferentes metodologias a partir da aplicação de questionários e escalas de autorrelato visando a um aumento da confiabilidade do estudo enquanto modelo psicológico para avaliação de estresse laboral. Dados da literatura indicam que instrumentos de autorrelato geram evidências de níveis de autoconhecimento, fator determinante na autorregulação, níveis de resiliência e de controle do estresse, assim como fornecem um número significativo de indicadores de saúde e bem-estar^{27,28}.

A Escala de Estresse Percebido (EEP) utilizada neste estudo é um modelo psicológico¹⁶ que se caracteriza por medir a percepção global de estresse. Apresenta alta validade convergente com escalas que medem sintomas de ansiedade, depressão e síndrome de *burnout*^{19,29}, e que aferem o estresse em função de suas consequências (sintomas e condições de morbidade)²⁵. Nessa perspectiva, os resultados do presente estudo são potencialmente relevantes, pois foram obtidos a partir de uma escala com capacidade de inferir consequências clínicas oriundas de níveis disfuncionais de estresse. A EEP utilizada apresentou consistência interna adequada (0,85), levemente superior à encontrada em seu estudo de validação (0,83)¹⁶, sugerindo-a como válida para medição de EP entre profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS)²⁵.

A partir dos resultados obtidos, foram observados maiores níveis de EP entre médicos, enfermeiros e ACS em relação aos auxiliares de enfermagem, o que poderia ser explicado pela função de apoio que esses exercem, resultando em menor percepção da sobrecarga de trabalho quanto aos demais membros das equipes de saúde^{2,3,6}. Ainda em relação à categoria, não houve diferenças estatísticas nos níveis de EP entre médicos, enfermeiros e ACS.

Quanto ao gênero, foram observados níveis mais elevados de EP entre profissionais de sexo feminino, o que já havia sido relatado previamente⁵, com fatores de sobrecarga como a dupla ou tripla jornada de trabalho, constituindo-se hipóteses causais para esse fenômeno³⁰.

Níveis superiores de EP também foram encontrados em profissionais com tempo de trabalho igual ou superior a um ano na mesma equipe e entre profissionais pertencentes à UBS com equipes de trabalho incompletas. Quanto ao primeiro grupo, estudos prévios já haviam apresentado resultados semelhantes⁸, fato provavelmente associado aos efeitos de longo

prazo da exposição cumulativa aos riscos ocupacionais³⁰. Quanto à composição da equipe, os resultados obtidos são aparentemente inéditos na literatura, evidenciando um efeito das equipes incompletas (23,3% do total de equipes) no coletivo profissional da UBS, fato que pode ser explicado pela hipótese de que há redistribuição de tarefas e ações no âmbito da UBS como um todo, impactando nos níveis de EP para além de cada equipe. Estudos futuros poderão comprovar ou refutar tal hipótese. Contudo, ainda parecem existir outras características das UBS, equipes e indivíduos que influenciariam essas diferenças que não foram mensuradas, dada a baixa variabilidade do EP explicada pelos fatores considerados (7,6%).

Já os menores níveis de EP foram observados entre profissionais com estado civil de viuvez, todos do sexo feminino e praticantes de credos religiosos. Estudos apontam que, em geral, a esposa é a principal cuidadora e, por apresentarem sobrecarga de funções, evidenciam níveis elevados de estresse nessa condição³¹. Em relação à influência positiva da prática religiosa, estudos anteriores apresentaram resultados similares, mostrando os benefícios dessas práticas, principalmente entre ACS³⁰.

Cabe ressaltar que, tendo-se excluído profissionais em licença médica, portanto com maior probabilidade de estresse, a prevalência encontrada pode estar subestimada²⁶. As características sociodemográficas encontradas foram similares às de estudos anteriores, com profissionais da ESF^{5,8,30}. Não foram encontradas associações significativas de EP com as variáveis idade, escolaridade e renda, possivelmente confundidas com a variável “categoria profissional”.

Em relação aos efeitos secundários provenientes do estresse, observou-se que indivíduos com níveis mais elevados de EP têm mais chance de relatar problemas crônicos de saúde. Do conjunto de respondentes, aproximadamente um em cada quatro apresentou risco aumentado para sintomas e condições clínicas associadas ao estresse^{15,18,19,21,26,29,32}. Cinquenta e dois por cento dos profissionais relataram ter algum problema de saúde, embora os mesmos não possam ser atribuídos exclusivamente ao estresse, dada a natureza transversal do estudo. Os problemas citados foram transtornos mentais comuns como a ansiedade, distúrbios circulatórios como hipertensão, e problemas osteomusculares na coluna lombar, sendo estes similares aos encontrados na literatura^{6,26}.

A principal limitação para a generalização dos resultados desta pesquisa deve-se ao fato de a amostra de profissionais ser restrita a uma única região, sob gestão de uma mesma organização social. É bastante provável que as diferenças sociodemográficas e dos distintos modelos de gestão/organização dos processos de trabalho sejam relevantes em relação ao EP, e estudos futuros deverão comparar e analisar o impacto dessas distintas formas de gestão dos serviços de saúde nos níveis de estresse de seus trabalhadores. O estudo também não avaliou outros aspectos potencialmente relevantes na determinação da percepção de estresse por profissionais da APS, como carga de trabalho, fatores de risco ambiental e outros relacionados à organização e aos processos de trabalho, como as alternativas adotadas na ausência do médico na saúde da família em cada UBS. Por outro lado, as características metropolitanas do município e do bairro estudados 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.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a percepção de estresse na população de profissionais da ESF estudada está associada a fatores individuais, profissionais e de características do trabalho, com destaque para as variáveis independentes do tipo: categoria profissional, gênero, tempo de trabalho na mesma equipe, estado civil de viuvez e composição das equipes na unidade de saúde em que se insere o profissional.

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 mais de um ano na mesma unidade, sem prática religiosa regular, mulheres e aqueles vinculados a UBS com equipes incompletas, especialmente na ausência do profissional médico. Os resultados deste estudo podem contribuir para as formulações de políticas futuras sobre a saúde do trabalhador no contexto da APS, potencializando ações custo-efetivas de promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados ao trabalho dentro do sistema de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p. [Internet]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencaoobasica.php#saudedafamilia> (Acessado em 24 de abril de 2014).
2. Chiodi MB, Marziale MHP. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. *Acta paul. enferm* 2006. [Internet]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200014&lng=en (Acessado em 15 de maio de 2017).
3. 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.
4. Souza TS, Virgens LS. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. *Rev Bras Saúde Ocup* 2013; 38(128).
5. Camelo SHH, Angerami ELS. Riscos psicossociais no trabalho que podem levar ao estresse: uma análise da literatura. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008; 7(2): 232-40.
6. Rodrigues LMC, Silva CCS, Silva VKBA, Martiniano CS, Oliveira e Silva AC, Martins MO. Riscos ocupacionais: percepção de profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa – PB. *Rev Bras Ciênc Saúde* 2012; 16(3): 325-32.
7. Martins LF, Laport TJ, Menezes VP, Medeiros PB, Ronzani TM. Esgotamento entre profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19(12): 4739-50.
8. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(Suppl 1): 193-201.
9. 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 Bras Psiquiatr* 2007; 29(2): 176-83.
10. Gomez CM, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas velhas questões. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(4): 797-807.
11. Lourenço LG, Back CR, Santos CB, Sousa CP. Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município do interior do Estado de São Paulo. *Arq Ciênc Saúde* 2012; 19(1): 19-27.
12. Dias EC, Silva TL. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). *Rev Bras Saúde Ocup* 2013; 38(127): 31-43.

13. Camelo SHH, Chaves LDP, Silva VLS, Angerami ELS. Riscos psicossociais em equipes de saúde da família: carga, ritmo e esquema de trabalho Rev Enferm UERJ 2012; 20(6): 733-8.
14. Haikai DS, Rosa TTA, Oliveira PE, Sales LO, Pereira AC, Macedo CC, et al. Qualidade de Vida, satisfação e esforço/recompensa no trabalho, transtornos psíquicos e níveis de atividade física entre trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. Rev APS 2013; 16(3): 301-12.
15. Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM. Nurse burnout and patient satisfaction. Med Care 2004; 42(Suppl. 2): I157-66.
16. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. [Internet]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/> (Acessado em: 21 de setembro de 2011).
17. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 2011; Seção 1(204): 48-55.
18. Luft CDB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade AA. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. Rev Saúde Pública 2007; 41(4): 606-15.
19. Andreou E, Alexopoulos EC, Lionis C, Varvogli L, Gnardellis C, Chrousos GP, et al. Perceived Stress Scale: reliability and validity study in Greece. Int J Environ Res Public Health 2011; 8(8): 3287-98.
20. Cohen S, Karmack T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav 1983; 24(4): 385-96.
21. Franco CJ. Reducción de los niveles de estrés y ansiedad en médicos de Atención Primaria mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness). Aten Primaria 2010; 42(11): 564-70.
22. Snijders TAB, Bosker RJ. Multilevel Analysis: An Introduction to Basic and Advanced Multilevel Modeling. 2nd edition. London: Sage; 2012.
23. Raudenbush SW, Bryk AS. Hierarchical linear models: applications and data analysis methods. 2nd edition. Newbury Park, CA: Sage; 2002.
24. Selye H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. J Clin Endocrinol 1946; 6: 117-231.
25. Pais-Ribeiro J, Marques T. A avaliação do estresse: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de estresse. Psic Saúde Doenças 2009; 10(2): 237-48.
26. Dawe K, Montgomery A, Mcgee H, Panagopoulou E, Morgan K, Hackshaw L, et al. The effects of perceived stress on biological parameters in healthcare professionals: a systematic review. J Health Psychol 2016; 21(5): 607-18.
27. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. J Pers Soc Psychol 2003; 84: 822-48.
28. Lopes VR, Martins MCF. Relato de Pesquisa Empírica Validação Fatorial da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (Cd-Risc-10) para Brasileiros Rev Psi Org Trab 2011; 11(2): 36-50.
29. 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(4): 296-301.
30. Almeida LGN, Torres SC, Santos CMF. Riscos ocupacionais na atividade dos profissionais de saúde da atenção básica. Rev Enferm Contemporânea 2012; 1(1): 142-54.
31. Vasconcelos FGA, Zaniboni MRG. Dificuldades do trabalho médico no PSF. Ciênc Saúde Coletiva 2011; 16(Suppl 1).
32. 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.

Recebido em: 01/10/2015

Versão final apresentada em: 06/10/2016

Aprovado em: 28/11/2016