

**UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – FCBS**

**MESTRADO EM SAÚDE, SOCIEDADE E AMBIENTE – SaSA**

**ANNA LUISA ALKMIN ROCHA**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA  
ATENÇÃO BÁSICA**

**Diamantina  
2014**

**ANNA LUISA ALKMIN ROCHA**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE TRABALHO DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA  
ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente.

Área de concentração: Multidisciplinar

Orientadora: Angelina do Carmo Lessa - UFVJM

Co-orientador: Romero Alves Teixeira - UFVJM

**Diamantina**

**UFVJM**

**2014**

Ficha Catalográfica - Sistema de Bibliotecas/UFVJM  
Bibliotecária: Jullyele Hubner Costa CRB-6/2972

R672c 2015	<p>Rocha, Anna Luisa Alkmin. Condições de saúde e de trabalho de profissionais que atuam na atenção básica / Anna Luisa Alkmin Rocha. – Diamantina: UFVJM, 2015. 82 p. : il.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Angelina do Carmo Lessa Coorientador: Prof. Dr. Romero Alves Teixeira</p> <p>Dissertação (mestrado) –Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde. Mestrado Profissional - Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente, 2014.</p> <p>1. Pessoal de saúde. 2. Qualidade de vida. 3. Condições de trabalho. 4. Atenção primária à saúde. 5. Promoção da saúde. I. Lessa, Angelina do Carmo. II. Teixeira, Romero Alves. III. Título.</p> <p style="text-align: right;"><b>CDD 614</b></p>
---------------	--

Elaborada com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE TRABALHO DE PROFISIONAIS QUE ATUAM NA  
ATENÇÃO BÁSICA**

**ANNA LUISA ALKMIN ROCHA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri – UFVJM, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre.

APROVADA EM 16/12/2014

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maísa Tavares de Souza Leite – UNIMONTES

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Agnes Maria Gomes Murta – UFVJM

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luciana Neri Nobre – UFVJM

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Angelina do Carmo Lessa – UFVJM  
Presidente

DIAMANTINA  
2014

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço...

Primeiramente a minha orientadora Angelina, que sempre me apoiou nas decisões da pesquisa, contribuindo de forma importante para a conclusão deste trabalho.

Ao co-orientador Romero que participou na formulação do projeto e na análise dos dados da pesquisa.

Aos gestores dos municípios participantes da pesquisa, aos coordenadores da Atenção Básica à Saúde e aos trabalhadores das unidades da estratégia saúde da família pela participação no estudo.

Ao empenho dos pesquisadores Junia, Ana Lúcia e Rogério!!! Obrigada pelo apoio constante nas coletas de dados.

A nutricionista Kelly que também acompanhou e participou na coleta de dados.

Aos amigos e familiares que me apoiaram nessa caminhada.

Ao meu marido que soube compreender os momentos de ausência.

Aos meus pais que sempre foram a base em minha vida e que me proporcionaram chegar até aqui.

## RESUMO

As condições do trabalho, a organização, a concepção e o ambiente das atividades laborais aos quais os profissionais da atenção básica do Sistema Único de Saúde estão inseridos podem ter grande influência sobre a condição de saúde devido à complexidade do serviço. Assim, a avaliação das condições de trabalho e saúde torna-se importante instrumento de análise com possibilidades de intervenção em busca de melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores. Objetivou-se, assim, conhecer a condição de saúde e de trabalho dos profissionais da atenção básica dos quinze municípios que compõem a Região de Saúde de Diamantina/MG, através de um estudo transversal com base em um questionário semiestruturado e com análises antropométricas. A Organização Mundial da Saúde proclama os trabalhadores de saúde como seu mais valioso recurso, assim, como profissional da atenção básica é necessário que esse desperte para a própria condição de saúde, reconhecendo e analisando situações que possam influenciar e determinar a qualidade de vida. Participaram da pesquisa 290 profissionais da Estratégia Saúde da Família, 42,4% atuam na atenção básica por contrato temporário; 84% com dedicação exclusiva; 94,8% referem realizar carga horária de 40 horas semanais. A taxa de absenteísmo no serviço nos 12 meses anterior à pesquisa foi de 40,7% com destaque para as doenças osteomusculares, a prevalência de morbidade foi relatada por 34,8% dos profissionais. Entre os participantes, 55,2% afirmam que o trabalho interfere na condição de saúde. Destaca-se que 54% dos trabalhadores encontram-se acima do peso adequado e que 28,7% das mulheres e 8,6% dos homens apresentam risco aumentado para desenvolver doenças cardiovasculares. O acidente de trabalho foi relatado por 15,5% dos participantes. A automedicação foi relatada por 60,7% e a participação em atividades de promoção à saúde por 24,8%. Assim, foi possível verificar a condição de trabalho e saúde dos profissionais que atuam na atenção básica com o propósito que os resultados possam subsidiar a tomada de decisão para que a saúde do trabalhador fortaleça e seja valorizada no âmbito da gestão da saúde.

**Palavras-Chave:** Pessoal de saúde, Qualidade de vida, Condições de trabalho, Atenção primária à saúde, Promoção da saúde.

## ABSTRACT

Working conditions, organization, conception and the environment to which basic health care professionals are subjected to while working in the Single Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) can have a great effect on their health conditions, due to the complexity of the service. Thus, an assessment of health and working conditions is an essential instrument of analysis, with the possibility of interventions, in the search for improvements in the quality of life of workers. Therefore, the aim of the present study was to assess the health and working conditions of basic healthcare professionals in the fifteen (15) districts that make up Health Region of Diamantina/MG (Brazil). This was a cross-sectional study based on a semi-structured questionnaire and anthropometric analysis. The World Health Organization has stated that healthcare workers are its most valuable resource. Thus, the welfare of basic healthcare professionals needs to be recognized and situations that can affect and determine their quality of life must be analyzed. In total, 290 Family Health Strategy professionals participated in the present study: 42.4% were involved in basic healthcare on temporary contracts; 84% were exclusively dedicated to basic healthcare; 94.8% reported a weekly workload of 40 hours. The rate of absenteeism in the area during the 12 months prior to the study was reported as 40.7%, with a significant number of osteomuscular diseases cited. Morbidity was reported by 34.8% of the professionals. Among the participants, 55.2% stated that their job affected their health. It is notable that 54% of these workers were overweight, with 28.7% of women and 8.6% of men in the high risk category for the development of cardiovascular diseases. Accidents in the workplace were reported by 15.5% of the participants. Self-medication was reported by 60.7%, whereas participation in health-promoting activities was reported by 24.8%. Therefore, it was possible to determine the health and working conditions of basic healthcare professionals. The results of the present study could subsidize the decision making process so that health actions for workers are consolidated and valued in the environment of health management.

**Keywords:** Personal health, Quality of life, Working conditions, Primary health care, Health promotion.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa da Região de Saúde de Diamantina.....	23
Figura 2 – Mapa da distribuição das Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais.....	23
Figura 3 - Pontos de corte estabelecido para adultos.....	24
Figura 4 – Medidas necessárias que devem ser adotadas pelas instituições de saúde quanto à prevenção à exposição a material biológico.....	44
Gráfico 1 – Comparativo dos profissionais participantes e dos não participantes da pesquisa.....	26
Gráfico 2 – Categoria profissional dos participantes da pesquisa.....	27
Gráfico 3 – Causas do absenteísmo na atenção básica em valores percentuais.....	35
Gráfico 4 – Frequência de patologias referidas pelos profissionais de saúde da atenção básica em valores percentuais.....	36
Gráfico 5 – Acompanhamento com especialista relatado pelos profissionais em valores percentuais.....	36
Gráfico 6 – Frequência relativa de classe de medicamentos de uso contínuo relatados pelos profissionais em valores percentuais.....	37
Gráfico 7 – Frequência de patologias relacionadas ao trabalho referidas pelos profissionais de saúde em valores percentuais.....	39
Gráfico 8 - Interferência do trabalho na saúde, segundo percepção do profissional em valores percentuais.....	40
Gráfico 9 – Motivo da não realização do CAT segundo os profissionais participantes em valores percentuais.....	43
Gráfico 10 – Frequência dos tipos de exames admissionais realizados pelos profissionais em valores percentuais.....	46
Gráfico 11 – Frequência de realização de exames periódicos segundo tipo de exame, realizado pelos profissionais em valores percentuais.....	46
Gráfico 12 – Classificação dos profissionais de saúde segundo Índice de Massa Corporal em valores percentuais.....	51
Gráfico 13 – Distribuição das modalidades da atividade física realizada pelos profissionais em valores percentuais.....	53
Gráfico 14 – Frequência relativa da participação em atividades de promoção à saúde relatada pelos profissionais em valores percentuais.....	55



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais que atuam na atenção básica, segundo características sócio-demográficas.....	28
Tabela 2 – A profissão e a quantidade de empregos do profissional.....	32
Tabela 3 – Carga horária de trabalho dos profissionais.....	33
Tabela 4 - Frequência da automedicação pelos profissionais de saúde da atenção básica.....	38
Tabela 5 – Frequência de queixas quanto interferência da posição dos mobiliários na postura.....	41
Tabela 6 – Frequência da realização de educação continuada entre os profissionais de saúde da atenção básica.....	44
Tabela 7 – Equipamentos de Proteção Individual disponibilizados para os profissionais.....	45
Tabela 8 - Distribuição dos motivos da não realização do preventivo do câncer do colo do útero.....	47
Tabela 9 – Frequência dos motivos relatados para a não realização do exame de mamografia entre as profissionais da atenção básica.....	48
Tabela 10 – Motivo da não realização do autoexame das mamas.....	49
Tabela 11 - Motivo da não realização exame de sangue.....	49
Tabela 12 - Motivo da não realização exame de urina.....	50
Tabela 13 - Motivo da não realização exame de fezes.....	50
Tabela 14 – Distribuição dos profissionais de saúde segundo sexo e classificação do IMC.....	51
Tabela 15 – Distribuição dos profissionais de saúde segundo sexo e classificação da Relação cintura/quadril.....	52
Tabela 16 – Frequência de atividade física entre os profissionais de saúde.....	52
Tabela 17 – Quantitativo de cigarros consumidos diariamente por profissionais da atenção básica.....	53
Tabela 18 – Quantitativo de bebida alcoólica utilizada entre os profissionais de saúde da atenção básica.....	54
Tabela 19 – Frequência do consumo de bebida alcoólica entre profissionais da atenção básica.....	54

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	08
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	11
2.1 Objetivo geral .....	11
2.2 Objetivos específicos .....	11
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>12</b>
3.1 Saúde do Trabalhador .....	12
3.2 Atenção Básica .....	16
3.3 Saúde do profissional da Atenção Básica .....	19
<b>4 MÉTODOS</b> .....	<b>22</b>
4.1 Tipo de estudo .....	22
4.2 Local e população de estudo .....	22
4.3 Coleta de dados .....	24
4.4 Questões éticas .....	25
4.5 Análise dos dados .....	25
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>26</b>
5.1 Caracterização do Trabalho .....	30
5.2 Caracterização das condições de saúde do trabalhador .....	34
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>56</b>
REFERÊNCIAS .....	57
APÊNDICE A .....	69
APÊNDICE B .....	76
ANEXO 1 .....	78

## INTRODUÇÃO

A Estratégia de saúde da família (ESF) é a estratégia norteadora para ampliação e consolidação do acesso aos serviços de atenção básica. A equipe multiprofissional é composta de médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser incorporados à equipe cirurgiões dentistas, técnicos e auxiliares em saúde bucal, que constituem a equipe de saúde bucal (SILVA, 2012; BRASIL, 2011a).

Os profissionais da atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) atuam nos cuidados primários ao indivíduo e à família através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos identificando grupos e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. A ESF configura-se no principal instrumento de desenvolvimento da atenção básica com a participação de uma equipe multiprofissional nos serviços prestados à população (BRASIL, 2012a).

O profissional de saúde, ao desenvolver ações e estratégias de promoção à saúde, deve estar inserido entre os indivíduos aos quais as orientações são direcionadas. Esse profissional é parte da população e como população deve ter as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos também voltadas a ele. Ao abordar e atuar na manutenção da saúde da comunidade, o profissional também deve seguir as orientações necessárias para uma saúde de qualidade (DAUBERMANN; TONETE, 2012).

Assim, o desenvolvimento de ações que objetivam qualidade de vida e bem-estar também deve ser direcionado para a equipe de trabalhadores da atenção básica à saúde. As condições do trabalho, a organização, a concepção e o ambiente das atividades laborais ao qual esse profissional está inserido podem influenciar sobre a condição de saúde devido à complexidade do serviço (ABRANCHES, 2005).

As atividades realizadas na atenção básica envolvem cuidados nas dimensões social, psicológica, biológica e física do usuário objetivando a recuperação e a manutenção da saúde. Entretanto, como profissional de saúde é necessário que esse desperte para a própria condição de saúde, reconhecendo e analisando situações que possam influenciar e determinar a qualidade de vida.

Torna-se de grande importância que os trabalhadores de saúde conheçam o perfil epidemiológico dos principais agravos que os acometem para a adoção de estratégias e ações que visem agir sobre tais determinantes, influenciando sobre a melhoria das condições de saúde.

Através do trabalho, o homem desenvolve suas potencialidades e busca suprir necessidades. De acordo com as condições impostas, o trabalho pode se correlacionar com a satisfação dos indivíduos, com o estresse, a qualidade de vida, a socialização, diretamente impactantes sobre a saúde (BRAGA, 2007).

Há uma crescente transformação nas relações de trabalho com destaque para os direitos e as conquistas históricas dos trabalhadores. Porém na prática ainda depara-se com empregos precários e baixos salários. Assim, a exploração da força de trabalho tende a acarretar a diminuição do grau de saúde dos trabalhadores. O trabalho sempre teve estreita relação com o lucro, crescimento econômico, muitas vezes tratado como mercadoria através da exploração e degradação do homem. A interação entre trabalho e o processo saúde-doença pode ocorrer em diversos aspectos sejam físicos, emocionais, sociais e ambientais (BRAGA, 2007).

De acordo com Braga (2007) é comum os trabalhadores da atenção básica se depararem com restrição de estrutura física, de recursos humanos, de acesso aos meios de trabalho, soma das tensões da organização dos serviços como o trabalho em equipe, inserção da população nas práticas de saúde e precarização dos contratos de trabalho.

Os profissionais que atuam na área da saúde representam uma numerosa força de trabalho e o impacto causado pelo trabalho, seja um desgaste físico ou uma patologia psíquica, deve ser investigada nas diversas categorias profissionais que compõem a equipe de saúde, principalmente devido à complexidade das demandas ao profissional (ABRANCHES, 2005). Exige-se muito do profissional de saúde o trabalho em equipe, as habilidades múltiplas, uma visão interdisciplinar, o desenvolvimento do potencial criativo, uma vez que o trabalho na atenção básica não é direcionado para a atividade isolada, mas sim para uma abordagem baseada na interdisciplinaridade (SILVA, 2012).

As condições de trabalho englobam diversos fatores seja em nível de execução, remuneração, ambiente de trabalho, exigências, organização que influenciará na resposta do indivíduo diante das situações impostas. As consequências dessa resposta do indivíduo resultariam em satisfação, conforto, fadiga, estresse, doenças, acidentes.

A Política Nacional de Promoção da Saúde define como seu objetivo geral “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais”, buscando incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica (BRASIL, 2010a). O

trabalho intervém na integração social tendo grande importância no modo de vida e, portanto, na saúde física e mental das pessoas (BRASIL, 2001).

Tendo em vista os aspectos apresentados, o presente trabalho justifica-se pela necessidade de registros das condições de saúde dos profissionais que atuam na atenção básica, através da construção de dados para a bibliografia nacional e regional na área da saúde. A pesquisa disponibilizará informações sobre questões de saúde e fatores de risco com influência nos processos de trabalho e qualidade de vida dos trabalhadores, além de contribuir para o fortalecimento das ações de vigilância em saúde.

O presente estudo enquadra-se entre as estratégias da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora quanto à proposição e produção de indicadores para monitoramento e avaliação da condição de saúde. Tais indicadores são resultados de estudos e análises que identifiquem e possibilitem a compreensão dos problemas de saúde dos trabalhadores buscando divulgação e acesso ao público em geral de análises de condição de saúde, considerando diversos níveis territoriais (local, municipal, microrregional, macrorregional, estadual, grandes regiões, nacional) (BRASIL, 2012b). A pesquisa também está entre os temas da Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde do Ministério da Saúde, que define os assuntos que necessitam de maior atenção dos pesquisadores na área da saúde (BRASIL, 2008a).

O conhecimento da condição de saúde dos trabalhadores depende fundamentalmente da produção científica e análise das informações existentes sobre o perfil da população trabalhadora, da descrição dos fatores patológicos dos profissionais e de outros indicadores sociais. Tal análise deve servir aos interesses e necessidades dos trabalhadores e da população. Além disso, deve subsidiar a permanente avaliação das políticas públicas, visando o planejamento e a tomada de decisão, contribuindo inclusive para conhecer a relação entre saúde-trabalho, para a divulgação, difusão e comunicação de informação em saúde (BRASIL, 2012b).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Conhecer as condições de saúde e de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica do SUS dos quinze municípios que compõem a Região de Saúde de Diamantina/MG.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Descrever o perfil sócio-demográfico e de formação profissional dos trabalhadores da atenção básica.
- Verificar os vínculos trabalhistas dos profissionais da atenção básica
- Verificar a ocorrência de acidente de trabalho
- Identificar a prevalência de morbidades entre os profissionais de saúde, destacando àquelas relacionadas ao trabalho.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Saúde do Trabalhador

Nos anos 70, inicia-se no Brasil o movimento da saúde do trabalhador defendendo o direito ao trabalho digno e saudável e a busca de uma atenção integral à saúde. Ocorre, portanto, a implementação de algumas ações isoladas de assistência e de vigilância da saúde voltada aos trabalhadores (DIAS, 1994; DIAS; HOEFEL, 2005).

A mobilização popular pela saúde do trabalhador no Brasil destaca-se na VIII Conferencia Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, eventos ocorridos em 1986. Nesse cenário, grande importância também representou a IX Conferência Nacional de Saúde e a II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador em 1994 (DIAS, 1994; DIAS; HOEFEL, 2005), além dos marcos legais como a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) que define que as ações em Saúde do Trabalhador compreendem um

Conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (Brasil, 1990a).

Em nível internacional, desde os anos 70, as cartas de promoção da saúde, como a Estratégia de Saúde para Todos, já enfatizavam a necessidade de proteção e promoção da saúde no trabalho, através da prevenção e o controle dos fatores de risco predisponentes nos ambientes laborais (BRASIL, 2001).

A carta de Ottawa (OPAS, 1986), elaborada na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, destaca que

Mudar os modos de vida, de trabalho e de lazer tem um significativo impacto sobre a saúde. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas. A organização social do trabalho deveria contribuir para a constituição de uma sociedade mais saudável. A promoção da saúde gera condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis (OPAS, 1986).

A Saúde do Trabalhador passa a ter nova definição e novo delineamento institucional além da incorporação como área de competência inserida na saúde. O campo da Saúde do

Trabalhador teve obstáculos para buscar uma atenção integral e integrada aos trabalhadores, entretanto progressos foram conquistados em ações de Saúde do trabalhador no SUS. Em 1991, o Ministério da Saúde apresenta a primeira proposta de um plano de trabalho em saúde do trabalhador no SUS (MS, 1991). Em 1998, foi instituída a Norma operacional de saúde do trabalhador (NOST) pela Portaria MS nº 3.908, que teve como objetivo orientar os estados e os municípios na implantação das ações de saúde do trabalhador urbano e rural no Sistema Único de Saúde, em busca de melhores condições de saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1998a). No mesmo ano foi aprovada a Instrução normativa de Vigilância em saúde do Trabalhador (VISAT) pela Portaria MS nº 3.120, que define que a vigilância em Saúde do Trabalhador

compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los (MS, 1998).

Em 2001, foi publicado um Manual de Procedimentos para orientar as ações de Saúde do Trabalhador na rede de serviços de saúde. Buscou-se também desenvolver indicadores de saúde do trabalhador para os Sistemas de Informação em Saúde e uma proposta de Política Nacional de Saúde do Trabalhador, colocada em consulta na sociedade no mesmo ano (DIAS; HOEFEL, 2005).

Entre as políticas voltadas para a condição do trabalhador, destaca-se a Portaria nº 1.679/GM de 19 de Setembro de 2002 que dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS (RENAST) (BRASIL, 2002a). Foi considerada a principal estratégia do SUS para a promoção da atenção integral à saúde dos trabalhadores.

Diversos avanços e conquistas marcam a Saúde do trabalhador. Em 2003, a Portaria nº 2.430/GM/MS, de 23 de dezembro de 2003, que cria o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), que já observava o grande número de profissionais que trabalhavam no SUS através de contratações não convencionais como o contrato de prestação de serviço, com prejuízos para trabalhadores e também para os usuários do serviço (MS, 2006). No ano seguinte, destaca-se a Portaria nº 777/2004 que rege a notificação obrigatória dos agravos relacionados ao trabalho (BRASIL, 2004). Em 2005, através da Portaria nº 2.437 objetivou-se ampliar e o fortalecer a RENAST no SUS (BRASIL, 2005). No mesmo ano aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.



No ano de 2009, destaca-se o Decreto nº 6.860 que formaliza o departamento de vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador; a Portaria nº 2.728 que dispõe sobre a implementação da RENAST de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2009a); e a Portaria nº 3.252 que trata da execução e financiamento das ações em vigilância em saúde (BRASIL, 2009b).

Em 2011, destacam-se as Diretrizes da política nacional de promoção da saúde do trabalhador do SUS – protocolo da mesa de negociações permanente do SUS nº 08/2011 que possui como objetivo, “promover a melhoria das condições de saúde do trabalhador do setor de saúde, por meio do controle dos fatores de risco e da facilitação do acesso, por parte desses trabalhadores, aos serviços de atenção integral à saúde” (MACHADO; ASSUNÇÃO, 2012).

Nesse cenário destaca-se, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) que possui a finalidade de desenvolver a atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase, entre outros aspectos, na promoção saúde (BRASIL, 2011b, 2012b). Entre as estratégias da política, há um enfoque na busca da análise do perfil dos trabalhadores e da condição de saúde dos profissionais.

Segundo a PNSTT em seu capítulo I, artigo 6º, Parágrafo Único, as ações de promoção, de prevenção e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores “... requer mudanças substanciais nos processos de trabalho em saúde, na organização da rede de atenção e na atuação multiprofissional e interdisciplinar, que contemplem a complexidade das relações trabalho-saúde” (BRASIL, 2012b).

A PNSTT, em seu capítulo II, artigo 8º, parágrafo V, determina como objetivo “incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de condição de saúde e nas ações de promoção em saúde” (BRASIL, 2012b). Situações em que o trabalhador apresenta satisfação, conforto, fadiga, estresse, doenças configura-se na resposta do indivíduo em relação ao estado físico e psicológico. A representação social é também afetada uma vez que as condições e a organização do trabalho podem impor uma representação diferente de um grupo a outro.

Rodrigues e Bellini (2010) referem que,

apesar dos avanços no marco teórico-legal; na prática, pode-se dizer que o SUS – através da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 e das experiências implementadas na rede pública de serviços de saúde – ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações, o lugar que o "trabalho" ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço sócio-ambiental. Ou seja: o papel do

"trabalho" na determinação do processo saúde-doença dos trabalhadores diretamente envolvidos nas atividades produtivas, da população em geral e nos impactos que esse processo produz nas suas relações familiares (RODRIGUES; BELLINI, 2010, p. 351).

Nesse contexto, é possível perceber que a saúde do trabalhador tem sido tratada de maneira curativa, cujas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos não se constituem prioridade, ou seja, a assistência à saúde do trabalhador acontece a partir da necessidade iminente de atenção (BARATIERI; VECCHIA; PILGER, 2012).

Ressalta-se então que é evidente a necessidade de envidar esforços para que as ações para a saúde do trabalhador estejam pautadas na promoção da saúde e na prevenção de agravos.

Em um estudo que abordou a quantidade de artigos publicados por ano em Saúde do Trabalhador, verificou-se que há uma tendência gradual de aumento ao longo dos anos. De 14 artigos publicados em 2001, chegou-se a 35 em 2007, sendo importante destacar que, até março de 2008, já havia 6 artigos indexados. No que diz respeito às profissões estudadas, observou-se que os profissionais da área de saúde foram os que mais figuraram como população estudada, concentrando 20,59% dos trabalhos produzidos (BEZERRA; NEVES, 2010).

Segundo a Associação Brasileira de Enfermagem Seção Rio de Janeiro (ABEN-RJ, 2006) em uma cartilha sobre saúde, segurança e boas condições de trabalho:

As condições de trabalho *marcam o corpo* do trabalhador. O envelhecimento precoce e a incapacidade resultante de acidentes e de doenças profissionais são algumas marcas em seu corpo físico. O aumento da dependência alcoólica e o uso indiscriminado de psico-fármacos refletem as marcas em seu corpo psíquico. O corpo social não sai ileso, pois as condições, a organização do trabalho e o tipo de tecnologia modelam os trabalhadores, impondo uma representação diferente de um grupo a outro (ABEN-RJ, 2006).

Pierantoni *et al.* (2006) observam que

as abordagens conceituais do termo 'recursos humanos' sofrem uma evolução, sendo (re) significadas a partir de sua definição clássica... Absorve o conceito de força de trabalho da economia política com o uso descritivo e analítico dos fenômenos do mercado de trabalho – emprego e desemprego, produção, renda, assalariamento – e configura-se na gestão do trabalho– da sociologia do trabalho, em um mix que envolve trabalho, trabalhador como ser social e sociedade (PIERANTONI *et al.*, 2006, p. 54).

O campo da Saúde do Trabalhador ainda está se consolidando no país, e a avaliação desse processo ainda é escassa. Entretanto, é fundamental conhecer as ações desenvolvidas

pelos municípios em relação à Saúde do Trabalhador, para assim se verificar a necessidade de aprimoramento e melhorias, bem como a manutenção dessas ações, dado a implementação dessas ações de forma a poder auxiliar na melhoria do planejamento das ações desenvolvidas pela política e pelos programas em Saúde do Trabalhador (BARATIERI; VECCHIA; PILGER, 2012).

### **3.2 Atenção Básica**

O Sistema Único de Saúde, o SUS, foi criado em 1988 através da constituição brasileira, em seu artigo 196. Foi instituído como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde e dever do Estado em prover condições para o seu exercício. Foi regulamentado em 1990 pelas leis orgânicas da saúde, as leis 8080/90 e 8142/90 que dispõem respectivamente sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Deste então, o sistema é o responsável pela atenção à saúde pública do país e considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo (BRASIL, 1990a, 1990b).

O SUS é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados pelo poder público municipal, estadual e federal, e pela iniciativa privada de maneira complementar. Tem como objetivo garantir a assistência às pessoas através de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, sendo necessário, portanto a criação e implementação de políticas de saúde que efetivem tais ações (BRASIL, 2000).

O sistema tem como princípios e diretrizes a universalização do atendimento, a integralidade das ações, a igualdade e equidade na atenção, a participação e controle social, a descentralização na saúde e a regionalização e hierarquização da rede e das ações. Esta permitiu que a oferta dos serviços de saúde passasse a ocorrer em três níveis de saúde: nível primário, secundário e terciário. No primeiro nível encontramos as ações realizadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto a assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade compõe os níveis secundários e terciários.

A APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde e é baseada em tecnologias acessíveis. É considerado o primeiro contato do indivíduo com o sistema nacional de saúde, levando a saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, buscando atender às necessidades da população, fornecendo atenção sobre a saúde da pessoa, no

decorrer do tempo e para todas as condições, e com foco nos procedimentos de promoção à saúde e prevenção de agravos da população (GOMES *et al.*, 2011).

Segundo Starfield (2002) a atenção primária tem quatro características principais: primeiro contato (é a porta de entrada da população ao serviço de saúde), longitudinalidade (atenção à saúde do indivíduo de forma contínua ao longo dos anos), integralidade (oferece ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde) e coordenação (gerenciar os cuidados de saúde à pessoa independente de qual nível tenha ocorrido).

Até o fim da década de 80, as ações de saúde no Brasil representavam um modelo focado na assistência médica e na prática curativa. As ações de promoção e prevenção eram escassas, sem capacidade de fornecer uma assistência integral e com resolubilidade à população, surgindo de acordo com a necessidade. Na década de 40, era limitada às áreas de relevâncias econômicas e, na década de 70, restringida a locais carentes onde era necessário levar à população, historicamente excluída de qualquer acesso à saúde, um conjunto de ações médicas simplificadas (MATTA; MAROSINE, 2009).

Com intuito de reorganizar a APS, foi criado em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF). Ele tinha como objetivos garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos com foco na família. Segundo Roncalli e Lima (2006) o principal propósito do PSF:

era a organização da prática de atenção à saúde sob novas bases, substituindo o modelo tradicional, fazendo a saúde chegar mais perto das famílias, a fim de que houvesse uma melhoria na qualidade de vida dos brasileiros. (...) a adscrição territorial da clientela em conjunto com a opção pela unidade familiar constituem em duas das principais inovações do PSF (RONCALLI; LIMA, 2006, p. 714).

As primeiras equipes foram implantadas nas áreas de risco delimitadas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e surgiu para substituir os serviços das unidades básicas tradicionais, os postos de saúde e os centros de saúde. O programa deveria prestar assistência à população de maneira integral, contínua e com qualidade, por meio de uma equipe multiprofissional, em uma área e população definidas e ações baseadas na realidade local.

Assim, a assistência à saúde da população passa por uma reorientação através da mudança da abordagem tradicional focada no curativismo, buscando assim ampliar e consolidar o acesso aos serviços de atenção básica. A expansão do Programa Saúde da Família possibilitou que o Ministério da Saúde através da Portaria n.º 648, de 28 de março de 2006, estabelecesse o PSF como uma estratégia prioritária (BRASIL, 2006a). Assim, o PSF passa a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF), pois o termo programa aponta

para uma atividade com início, desenvolvimento e fim, e o PSF como estratégia de reorganizar a atenção primária não prevê um tempo para finalizar esta reorganização (MATOS; RIBEIRO, 2010).

A ESF é a estratégia prioritária para a expansão e consolidação da atenção primária no país, sendo necessária a sua estruturação para ser o primeiro ponto de atenção e a principal porta de entrada do sistema de saúde. Para isso deve contar com uma equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando e coordenando o cuidado à saúde da mesma (BRASIL, 2011a). A equipe multiprofissional da ESF é composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser incorporados à equipe o cirurgião dentista, técnico em higiene dental e o auxiliar de consultório dentário, que constituem a equipe de saúde bucal (SILVA, 2012; BRASIL, 2011a).

A ESF, apesar de ser a estratégia prioritária na atenção básica do país, ainda possui o desafio frente à precarização das relações de trabalho. Taveira (2010) afirma que os vínculos precários presentes na ESF geram uma alta rotatividade de profissionais que consequentemente rompe o vínculo do profissional com a comunidade. A precariedade dos vínculos de trabalho configuraria uma fragilidade da estratégia.

Configura-se como diretriz da Política Nacional de Promoção da Saúde, incentivar a pesquisa em promoção da saúde (BRASIL, 2010a). Acrescido a esse fato, em 2006, a Organização Mundial de Saúde (OMS) proclama os trabalhadores de saúde como seu mais valioso recurso. Assim, nesse cenário, há a necessidade de estudos e pesquisas de agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho objetivando informar e instruir o trabalhador quanto às situações encontradas. Tal conhecimento torna-se fundamental para definir propostas coerentes e efetivas de intervenção (BRASIL, 2001).

A atenção à saúde já vem investindo no campo da promoção da saúde tanto em nível nacional como no mundo inteiro, objetivando por meio de suas ações uma melhor qualidade de vida, com o desafio de buscar alterações significativas na vida do indivíduo, da família e da comunidade. A saúde é um direito social irrevogável, assim a promoção da saúde atua com ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde, objetivando garantir opções saudáveis à população (BRASIL, 2010a).

O planejamento e a organização das ações devem estar de acordo com as necessidades da população influenciando no modo de viver através das intervenções em saúde. O processo saúde-doença é efeito de múltiplos processos, portanto faz-se necessário atuar em relação aos fatores que colocam a saúde da população em risco, desenvolver ações voltadas para suas

condições de vida e de suas necessidades em saúde, buscar soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2010a).

### **3.3 Saúde do profissional da Atenção Básica**

Através de práticas de intensificação do trabalho, acúmulo de funções, maior exposição a fatores de riscos para a saúde, deterioração das condições de saúde, há um favorecimento para que se iniciem formas de adoecimento mal caracterizadas, como o estresse e a fadiga física e mental e entre outras manifestações suscetíveis (BRASIL, 2001). A condição do trabalho pode influenciar sobre a qualidade de saúde do indivíduo.

Assim, correlacionar um determinado evento de saúde seja ele individual ou coletivo e uma condição de trabalho resulta em necessidade de implementar ações de promoção da saúde nos serviços analisados. Esse processo deve ser iniciado pela identificação dos fatores de risco para a saúde objetivando posteriormente a implementação de medidas de controle e prevenção (BRASIL, 2001).

Em uma pesquisa realizada na Suécia sobre a relação trabalho e promoção da saúde concluiu-se que o trabalho com iniciativas de promoção da saúde possui uma melhor perspectiva de alcançar índices satisfatórios referentes à saúde do trabalhador e correlacionou a qualidade de vida com a qualidade em diversos aspectos no trabalho (BRINGSÉN, 2012).

O desenvolvimento da saúde do profissional também deve ser abordado e contextualizado com a atividade laboral. O profissional de saúde não se resume apenas às suas atividades técnicas, assim, SILVA (2011) afirma que “A adoção de formas isoladas de compreensão da dinâmica do trabalho tem-se distanciado da atividade real dos trabalhadores e produzido condições de trabalho inadequadas, precárias condições de saúde, baixa eficácia produtiva e sofrimento no trabalho”.

Algumas análises já realizadas sobre a condição de saúde limitam-se à avaliação do perfil da população em geral, ou de alguns grupos específicos, entretanto, faz-se necessário obter informações que permitam a adequada correlação das condições de saúde e a relação com o trabalho. A partir disso será possível o planejamento de intervenções direcionadas à promoção da saúde, sendo ainda isolados os estudos sobre a condição de saúde de trabalhadores em regiões específicas (BRASIL, 2001).

Ressalta-se ainda que, na análise da relação saúde-trabalho-doença, é importante considerar o relato dos trabalhadores, já que esses são aptos a descreverem as condições e

circunstâncias do cotidiano. Assim, “ouvir o trabalhador falando de seu trabalho, de suas impressões e sentimentos em relação ao trabalho, de como seu corpo reage no trabalho e fora dele, é de fundamental importância para a identificação das relações saúde-trabalho-doença” (BRASIL, 2001).

A assistência prestada ao usuário dos serviços de saúde também pode ser prejudicada em virtude das condições impostas ao trabalhador e aos riscos ocupacionais inerentes aos serviços que os profissionais de saúde estão submetidos. Em um estudo referente às pesquisas sobre riscos ocupacionais para trabalhadores de unidades básicas de saúde, observou-se que entre as publicações analisadas 100% evidenciavam riscos psicossociais, principalmente relacionados ao estresse e a violência ocupacional, 66,7% riscos biológicos, 58,3% riscos físicos, 50% riscos químicos e 33,3% relacionados às condições ergonômicas do profissional (CHIODI; MARZIALE, 2006). Esse mesmo estudo constata, ainda, que muitos profissionais de saúde não identificam os riscos ocupacionais a que estão expostos e que ainda há poucos estudos nessa área, mesmo sendo um tema de relevância e de grande importância para a saúde do trabalhador.

Há uma síndrome que se destaca entre os profissionais de saúde chamada Síndrome de Burnout, caracterizada pelo esgotamento profissional, é uma resposta do indivíduo frente a estressores crônicos no ambiente de trabalho. Albuquerque, Melo e Araújo Neto (2012) caracterizam bem tais estressores:

Por um lado, encontra-se a gestão que busca o cumprimento de metas, e realização de atividades paralelas ao atendimento curativo (atividades de grupos, palestras, visitas domiciliares, preventivos), buscando resultados, sem ao menos disponibilizar recursos para boas condições para operacionalização do trabalho. E, por outro lado, os usuários que, tanto por não compreenderem as diretrizes da estratégia em priorizar o trabalho preventivo, como por não questionarem-se onde encontram-se os responsáveis pela deficiência, culpam e pressionam os profissionais que não conseguem atender toda a demanda (ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012, p. 543).

Em um estudo com profissionais das Equipes de Saúde da Família da Paraíba (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal, agente comunitários de saúde), buscou-se identificar a prevalência da Síndrome de Burnout entre os trabalhadores. Tal síndrome é caracterizada por três fatores: exaustão emocional, desumanização e decepção, com escores baixo, médio e alto. A pesquisa obteve como resultado a constatação do número elevado da síndrome entre os profissionais de saúde além de contabilizar que 37,09% dos participantes apresentavam a síndrome em níveis médio e alto (ALBUQUERQUE; MELO; ARAÚJO NETO, 2012).

São diversos estímulos nocivos que diariamente o profissional de saúde fica exposto e que resulta em impacto na saúde geral e na qualidade de vida de tais indivíduos. “A Síndrome de Burnout tem sido considerada um grave problema e de extrema relevância, visto que, está vinculada a grandes custos organizacionais, devido ao alto absenteísmo, além de queda na produtividade e na qualidade dos serviços prestados” (FERRARI; FRANÇA; MAGALHÃES, 2012).

Diversos outros estudos demonstram a vulnerabilidade a que o profissional está exposto. Em um estudo realizado entre servidores da rede básica de saúde de Botucatu, verificou-se uma associação entre situações de trabalho com demandas psicológicas elevadas e ocorrência de transtorno mental comum, constatando que tais profissionais estavam submetidos a fatores de estresse no trabalho, interferindo na qualidade de vida dos servidores. Outro destaque do estudo refere-se à prevalência de transtornos mentais comuns entre os trabalhadores de a rede básica corresponder a duas vezes à observada na população geral de Botucatu (BRAGA, 2007).

Outro estudo realizado em municípios da região Sul e Nordeste do Brasil com trabalhadores da atenção básica também mostra dados importantes. Foi constatado que 46% dos participantes consideravam o ambiente físico das unidades de saúde inadequado, mais de 90% dos profissionais julgaram inadequado também as relações pessoais, um terço dos trabalhadores declarou estar um pouco ou muito insatisfeito com sua saúde, 42% referiram problemas de saúde, 20% relataram a automedicação e que os transtornos mentais estiveram presentes em 16% dos participantes. Tais resultados mostram a necessidade de conhecer e realizar mais estudos sobre as condições de trabalho e saúde de profissionais da atenção básica (TOMASI, 2008).

O campo da saúde do trabalhador foi acolhido pela saúde pública e vive um permanente desafio para o desenvolvimento técnico-operacional por dentro das práticas de saúde em geral (VASCONSELOS; MACHADO, 2011). O SUS tem o desafio de atuação na prevenção e promoção da saúde do trabalhador de modo integrado e articulado com as demais políticas públicas, necessitando de produção de indicadores capazes de refletir o real cenário do binômio saúde-trabalho. Destaca-se a importância do trabalhador como sujeito ativo do processo de saúde-doença (incluindo a participação efetiva nas ações de saúde) e, não simplesmente, como objeto da atenção à saúde.



## **4 MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

A presente pesquisa trata-se de um estudo transversal com uma abordagem descritiva realizada com profissionais de saúde que atuam na atenção básica na Região de Saúde de Diamantina. A abordagem descritiva, segundo Aragão (2010)... descreve a realidade. Não se destina a explicá-la ou nela intervir... este estudo pode ser uma ferramenta de gestão muito importante em sistemas de saúde... os dados são frequentemente tabulados e se transformam em indicadores”, busca, portanto, estudar a distribuição de determinada característica em determinada população.

### **4.2 Local e população de estudo**

A pesquisa foi realizada com os profissionais de saúde da atenção básica da Região de Saúde de Diamantina/MG, composta por quinze municípios, sendo eles a cidade de Alvorada de Minas, Carbonita, Coluna, Congonhas do Norte, Couto de Magalhães de Minas, Datas, Diamantina, Felício dos Santos, Gouveia, Itamarandiba, Presidente Kubitschek, Santo Antônio do Itambé, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves e Serro (MINAS GERAIS, 2010) (Figura 1). Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 (ano do último censo realizado) a região possui 166.513 habitantes abrangendo uma área total de 14.203,952 Km<sup>2</sup>.

A Região de saúde de Diamantina, pertencente à Região Ampliada de Saúde do Jequitinhonha (Figura 2), possui 52 equipes da Estratégia Saúde da Família (ALVES, 2014). Participaram da pesquisa apenas profissionais das unidades da ESF com sede na área urbana dos municípios, totalizando 42 ESF's.

Todos os profissionais de saúde que se enquadravam nos requisitos da pesquisa foram convidados a participarem do estudo, sendo eles Médicos, Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Dentistas, Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal.



Figura 1 – Mapa da Região de Saúde de Diamantina. Fonte: PDR/MG, 2010.

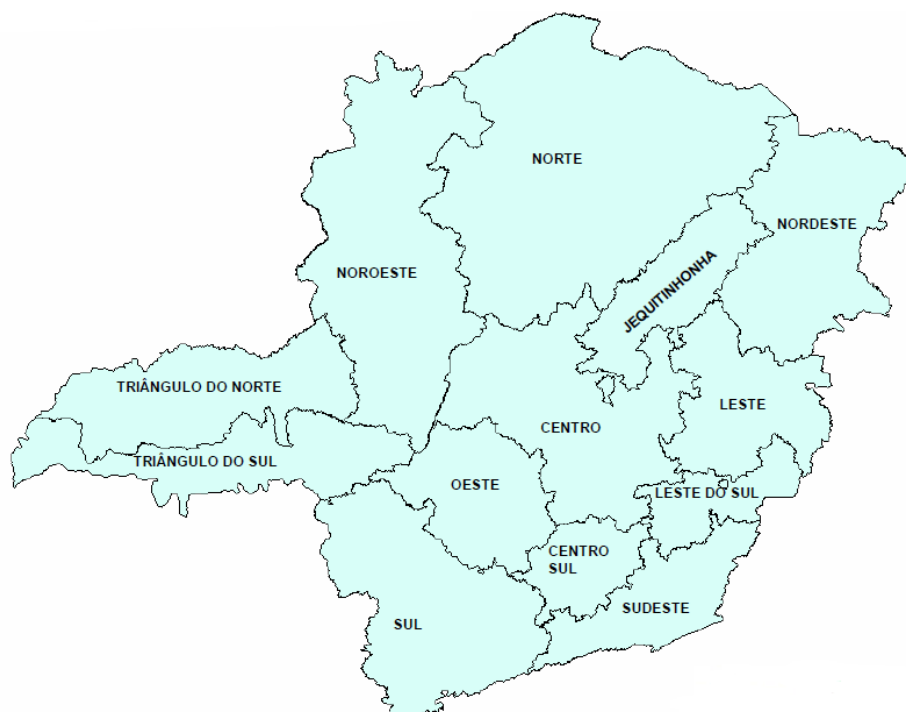


Figura 2 – Mapa da distribuição das Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais. Fonte: PDR/MG, 2010.

### 4.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nas unidades básicas de saúde após prévio agendamento da visita dos pesquisadores aos municípios para aplicação do questionário, realização das avaliações antropométricas e esclarecimento de qualquer dúvida referente ao estudo.

As variáveis pesquisadas englobaram características socioeconômicas, demográficas e de saúde do trabalhador, além das medidas antropométricas (peso, altura, circunferência de cintura e quadril).

Os Instrumentos utilizados foram um questionário semiestruturado e equipamentos para avaliação antropométrica. Na construção do questionário, buscou-se enumerar ações de promoção à saúde e prevenção de agravos de destaque na atenção básica, medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores em serviços de saúde, fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, determinando também as comorbidades dos profissionais e as características dos vínculos empregatícios. O questionário foi previamente testado com profissionais que atuam na estratégia saúde da família em um município não pertencente à Região de saúde de Diamantina.

A avaliação nutricional foi realizada por meio de medidas de peso que foi aferido em balança digital com capacidade até 150 kg e variação de 0,05 kg, com o participante sem peças de roupa pesadas e sem calçados. A medida da altura foi realizada com o auxílio de um estadiômetro, com extensão até 200 cm e variação de 0,1 cm, com o participante em posição ortostática, pés aproximados e voltados para frente, cabeça ereta e membros superiores alinhados ao longo do corpo (JELLIFFE, 1968). As medidas antropométricas aferidas foram utilizadas para determinar o Índice de massa corporal (IMC). O cálculo do IMC foi obtido aplicando-se a fórmula  $IMC = \text{peso (kg)}/\text{altura}^2(\text{m})$ . A classificação do IMC é descrita na tabela.

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< 18,5	Baixo Peso
≥ 18,5 e < 25	Adequado ou Eutrófico
≥ 25 e < 30	Sobrepeso
≥ 30	Obesidade

**Figura 3 - Pontos de corte estabelecido para adultos. Fonte: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c).**

A medição da circunferência da cintura (CC) e do quadril (CQ) foi realizada com uma fita métrica inextensível de 200 cm e variação de 0,1 cm. A medição da CC foi mensurada colocando a fita métrica no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca lateral, e a circunferência do quadril (CQ) na linha dos trocânteres, ambas com o participante em posição ortostática (CALLAWAY *et al.*, 1988). Buscou-se verificar a relação cintura x quadril (CC/CQ), utilizando os pontos de corte de  $\geq 0,85$  nas mulheres e  $\geq 1,0$  nos homens (WHO, 1998) utilizado em outros estudos (OLIVEIRA *et al.*, 2010; SILVA, 2013) para determinar o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

O questionário foi aplicado pelos pesquisadores a cada participante, sendo todo processo realizado de forma individual e em local reservado. Anterior ao início da pesquisa foi realizado um treinamento entre os pesquisadores para a aplicação do questionário e para a obtenção das medidas antropométricas.

#### **4.4 Questões éticas**

O estudo atendeu aos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFVJM com o parecer n° 629.279.

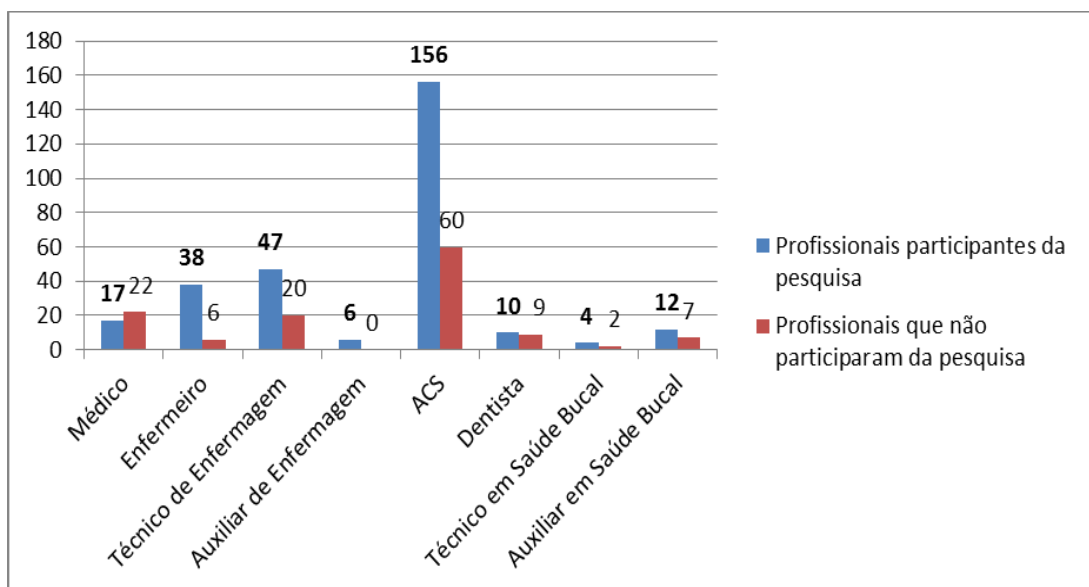
#### **4.5 Análise dos dados**

Para constituição do banco de dados, foi utilizado o programa EPI INFO 6.02 Centers for Disease Control and Prevention - CDC. Na análise dos dados, utilizou-se o programa SPSS.

A análise dos dados foi baseada em uma estatística descritiva, verificando a frequência simples e relativa das variáveis estudadas, construindo medidas de tendência central e de dispersão como média e mediana, a depender da natureza e da distribuição das variáveis.

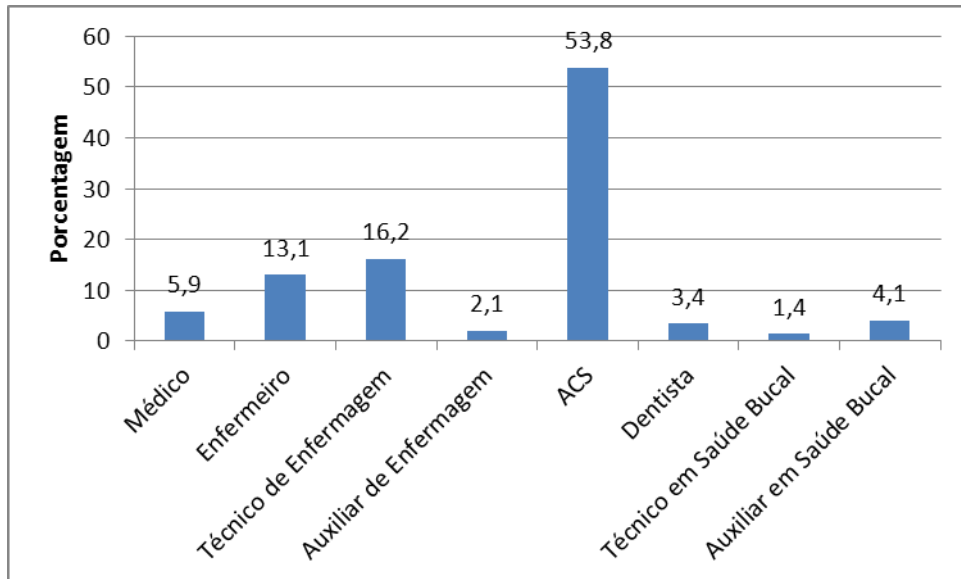
## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A região de saúde de Diamantina possuía no período da pesquisa 416 profissionais, sendo que 290 participaram da pesquisa (69,8%), 43 (10,3%) não quiseram participar e 83 profissionais (19,9%) não compareceram na unidade básica de saúde do município na data agendada para realização da coleta de dados, conforme distribuição por categoria profissional apresentada no gráfico 1.



**Gráfico 1 – Comparativo dos profissionais participantes e dos não participantes da pesquisa - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Participaram do estudo 17 médicos, 38 enfermeiros, 47 técnicos de enfermagem, 6 auxiliares de enfermagem, 156 agentes comunitários de saúde, 10 dentistas, 4 técnicos em saúde bucal e 12 auxiliares em saúde bucal. Os agentes comunitários de saúde (ACS) representaram 53,8% dos participantes da pesquisa, seguidos dos técnicos de enfermagem e dos enfermeiros (Gráfico 2). Apenas 1,3% dos participantes da pesquisa não estavam em exercício da profissão, já que um profissional estava de férias, um estava de licença maternidade e dois profissionais estavam remanejados do cargo.



**Gráfico 2 – Categoria profissional dos participantes da pesquisa - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Entre os participantes da pesquisa, destaca-se que 87,6% são do sexo feminino; com mediana de idade de 30,5 anos sendo que a idade variou de 19 a 59 anos; 43,8% dos profissionais são casados; 41,7% não possuem filhos, sendo a mediana correspondente a 1 filho; 79,9% possuem naturalidade de municípios da região de saúde; 68% possuem ensino médio completo ou superior incompleto; 76,2% possuem moradia própria (Tabela 1).

**Tabela 1 – Distribuição dos profissionais que atuam na atenção básica, segundo características sócio-demográficas - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Variável	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	254	87,6
Masculino	36	12,4
<b>Idade</b>		
<32,9	169	58,3
>32,9	121	41,7
<b>Estado Civil</b>		
Casado	127	43,8
Solteiro	118	40,7
Mora com companheiro	30	10,3
Divorciado	13	4,5
Viúvo	2	0,7
<b>Filhos</b>		
Nenhum	121	41,7
Um	74	25,5
Dois	61	21
Três	22	7,6
Quatro	9	3,1
Cinco	3	1
<b>Naturalidade</b>		
Região de Saúde de Diamantina	227	79,9
Outras regiões que compõem a Região Ampliada do Jequitinhonha	6	2,1
Outros Municípios de Minas Gerais	37	13
Outros Estados do Brasil	11	3,9
Outros países	3	1,1
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental I incompleto	1	0,3
Fundamental I completo e/ou II incompleto	3	1
Fundamental II completo e/ou médio incompleto	4	1,4
Médio completo e/ou superior incompleto	197	68
Superior completo	85	29,3
<b>Moradia</b>		
Própria	221	76,2
Alugada	58	20
Cedida	11	3,8

Fonte: Dados da pesquisa.

Em um estudo sobre perfil dos profissionais da estratégia Saúde da Família realizado por Cotta *et al.* (2006) observou-se também o predomínio dos profissionais do sexo feminino (57%), sendo a faixa etária preponderante de 20 a 30 anos (42,9%); com a idade dos entrevistados entre 19 e 57 anos e mediana de 28 anos.

Tomasi *et al.* (2008) ao definirem também o perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde, verificaram que 81% dos trabalhadores eram do sexo feminino, com proporção de trabalhadores concentrados na categoria de idade até trinta anos. O estudo de Tomasi *et al.* (2008) demonstra também uma expressiva proporção de profissionais jovens, condizente com a ideia de que a faixa etária dos trabalhadores da ESF é inferior à dos profissionais vinculados ao modelo tradicional.

Wermelinger *et al.* (2010) afirmam que a participação das mulheres no mercado de trabalho em saúde já é abordada há algumas décadas, buscando compreender as especificidades do setor da saúde, responsável por um quantitativo expressivo da força de trabalho feminina. Pastore, Rosa e Homem (2008) referem sobre a divisão sexual do trabalho no setor da saúde com predomínio das mulheres principalmente nas funções voltadas ao cuidar, também caracterizados pela crescente precarização e flexibilização nas relações de trabalho.

Os profissionais com naturalidade nos municípios da Região de Saúde de Diamantina se destacam com 79,9% da amostra. Nesse grupo, as cidades de origem com destaque são Diamantina (30%), Itamarandiba (17,6%) e Gouveia (11,5%).

No quesito escolaridade, observa-se que apesar de 65 profissionais de nível superior, segundo exigência do cargo, participarem da pesquisa (médicos, enfermeiros e dentistas), 85 profissionais relataram o ensino superior completo. Assim, 4 Técnicos de enfermagem, 1 auxiliar de enfermagem, 13 ACS's e 2 auxiliares em saúde bucal representam 23,5% dos participantes entre os profissionais que possuem ensino superior completo. Entretanto, 4 ACS's relataram não possuir o ensino fundamental completo, sendo que esse requisito representa uma exigência do Ministério da Saúde desde a criação da profissão de Agente Comunitário de Saúde pela Lei nº 10.507, de 12 de julho de 2002 (BRASIL, 2002b). Situação esta encontrada em outros estudos como demonstra Ribas e Benetti (2011).

Os dados apresentados referentes às características do tipo de moradia dos profissionais participantes refletem os dados do último relatório da Pnad (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) que apontou que 74,5% dos lares no Brasil são próprios, seguidos pelos alugados (17,9%), os cedidos (7,2%) e os em outra condição (0,4%) (IBGE, 2013).



## 5.1 Caracterização do Trabalho

A caracterização do trabalho exercido pelos profissionais da atenção básica foi relacionada ao vínculo de trabalho, renda mensal, carga horária de trabalho, horas extras, férias, satisfação no trabalho e relacionamento interpessoal.

No relato sobre o vínculo de trabalho, 86 profissionais (29,7%) são efetivos por aprovação em concurso público, 81 participaram de processo seletivo para atuarem na atenção básica (27,9%) e 123 participantes trabalham na ESF devido contrato temporário (42,4%). Os profissionais que possuem como vínculo de trabalho o contrato temporário foram questionados sobre o tempo de vigência do mesmo. O contrato com vigência de 12 meses representou 54,5%, sendo que houve uma variação entre 3 meses e 48 meses. Destaca-se nesse cenário que 24 participantes declararam que desconhecem o tempo do contrato na atenção básica.

Em relação ao vínculo empregatício de profissionais da atenção básica, Gonçalves *et al.* (2014) verificaram que 96,7% dos participantes de uma pesquisa sobre recursos humanos nas redes de atenção a saúde eram contratados e apenas 3,3% eram funcionários efetivos. Em pesquisa realizada por Miranzi *et al.* (2011) com profissionais da ESF no triângulo mineiro, 57,47% informaram ser contratados por tempo determinado. No estudo de Mendonça *et al.* (2010) em quatro capitais brasileiras, havia mais de 90% de profissionais contratados.

Segundo Gonçalves *et al.* (2014),

A notável instabilidade nos vínculos com o sistema municipal determina uma postura profissional que, muitas vezes, compromete o planejamento de longo prazo e gestão nas RASs. É importante que haja um bom plano de carreira e proteção aos profissionais da atenção primária que se volte para a qualidade e aperfeiçoamento das redes. Isso só é possível por meio de uma política de valorização profissional que se inicie com vínculos empregatícios mais fortalecidos (GONÇALVES *et al.*, 2014, p. 31).

O Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS do Ministério da Saúde, em documento de 2006 destacou que 20% a 30% de todos os trabalhadores inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF), à época, apresentavam vínculos precários de trabalho (MS, 2006). Tomasi *et al.* (2008) demonstrou que o vínculo de trabalho tipicamente precário (sem garantias trabalhistas) alcançou aproximadamente 38% dos trabalhadores da atenção básica. Desse modo, o uso de formas precárias de contratação de trabalho na ESF ainda representa um problema relevante no Brasil.

Em um estudo sobre a precarização do trabalho, Girardi *et al.* (2010) avaliam o vínculo de trabalho na ESF em três períodos distintos. Gestores afirmaram que um fator contributivo para a prática de vínculos precários seria a flexibilidade contratual, 58,2% referiram a flexibilidade para demitir, contratar e remanejar pessoal. Soma-se a essa situação o fato de que, aproximadamente 50%, ao serem indagados sobre o motivo para a utilização do vínculo estatutário, apontam apenas para uma exigência legal. Na pesquisa realizada sobre a implementação da ESF (BRASIL, 2005), gestores foram entrevistados e relataram que através dos contratos, seria possível selecionar o perfil mais adequado para atuar na ESF enquanto que o concurso público engessava a composição da equipe.

No questionamento sobre as férias anuais, 203 relataram possuir férias regulares anualmente e 39 profissionais declararam a não regularidade das férias. Entre os participantes, 48 profissionais possuíam período de ingresso no serviço inferior ao necessário para usufruí-las, observa-se que 72,9% desses profissionais atuam na atenção básica por meio de contrato temporário.

A mediana de tempo de trabalho na atenção básica entre os profissionais participantes da presente pesquisa foi de 36 meses. No estudo realizado por Tomasi *et al.* (2008), a maioria dos trabalhadores (48%) estava vinculada à UBS há mais de dois anos, já no estudo de Gonçalves *et al.* (2014), o tempo médio na APS foi de 56 meses.

A longitudinalidade presente na atenção básica é considerada uma característica central por possibilitar o acompanhamento do indivíduo e da família contribuindo para o alcance da integralidade da atenção à saúde e promovendo o vínculo dos profissionais com a comunidade. Segundo Rodrigues, Pereira e Sabino (2013), o vínculo na ESF ocorre pela aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, envolve afetividade pelo outro e demanda tempo de convivência para se concretizar. A permanência dos profissionais de saúde na ESF é considerada um dos fatores críticos para o sucesso da estratégia. Assim, a rotatividade dos profissionais pode se tornar um fator que comprometa a efetividade do modelo, acarretando prejuízo à qualidade da assistência. A rotatividade resulta desde altos custos e impactos financeiros até o comprometimento da produtividade e a qualidade do serviço (GIOVANI; VIEIRA, 2013).

Stancato e Zilli (2010) em um estudo relacionado à rotatividade de profissionais da saúde destacaram como consequências da alta taxa de rotatividade na área da saúde, a impossibilidade de manter equipes integradas, a diminuição da produtividade, treinamentos repetidos a cada novo profissional inserido, além da insegurança transmitida aos usuários.

Foi verificada também a quantidade de empregos e a profissão dos participantes da pesquisa, conforme apresentado na Tabela 2. Observa-se por esta tabela que a dedicação exclusiva na atenção básica foi relatada por 84% dos profissionais, 13,4% relataram ter 2 empregos e 1,7% 3 empregos. Apenas os profissionais médicos possuem mais de dois empregos.

**Tabela 2 – A profissão e a quantidade de empregos do profissional - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Profissão	Quantitativo de empregos			Total
	1	2	3	
Medico	7	5	5	17
Enfermeiro	32	6	0	38
Técnico de Enfermagem	38	9	0	47
Auxiliar de Enfermagem	6	0	0	6
ACS	144	12	0	156
Dentista	5	5	0	10
Técnico em Saúde Bucal	4	0	0	4
Auxiliarem Saúde Bucal	10	2	0	12
<b>Total</b>	<b>246</b>	<b>39</b>	<b>5</b>	<b>290</b>

Fonte: Dados da pesquisa

A carga horária de trabalho na atenção básica variou de 20 a 44 horas, sendo que 94,8% dos profissionais relataram realizar carga horária de 40 horas semanais (Tabela 3). A Portaria n° 648/2006 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica determina o cumprimento de jornada de 40 horas semanais aos profissionais nas equipes de saúde da família (BRASIL, 2006a). Destaca-se a Portaria MS n° 2.027 de 2011 (BRASIL, 2011d) que dispõe sobre a flexibilização da carga horária dos profissionais médicos que atuam nas Equipes de Saúde da Família podendo cumprir 20, 30 ou 40 horas semanais. Fontenelle (2012), faz uma crítica frente à flexibilização e o processo de trabalho na atenção básica, uma vez que os profissionais médicos que trabalham 40 horas na ESF poderão ser inseridos em mais de uma equipe e pelo fato de que a flexibilização é restrita apenas ao médico, gerando um diferencial em relação aos demais profissionais da atenção básica.

**Tabela 3 – Carga horária de trabalho dos profissionais - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Carga Horária Semanal	n	%
20	1	0,3
30	7	2,4
40	275	94,8
Outras	6	2
Não respondeu	1	0,3
<b>Total</b>	<b>290</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Outro conjunto de informações úteis para verificar a precariedade do trabalho, além dos aspectos relativos aos graus de proteção social do trabalho, diz respeito à remuneração dos trabalhadores.

Na categoria renda mensal, 53,8% dos profissionais recebem até um salário mínimo, cujo valor foi de R\$ 724,00 de acordo com a vigência do salário mínimo no ano de 2014 (BRASIL, 2013a). Verifica-se ainda que 25,5% recebem de um a dois salários mínimos; 4,8% de dois a três salários mínimos; 6,6% de três a quatro salários mínimos; 2,8 de quatro a cinco salários mínimos; 6,2 mais de cinco salários mínimos; um participante da pesquisa (0,3%) recusou a responder a essa questão.

Destaca-se que dos profissionais que recebem até um salário mínimo, 81,4% são ACS's. Em Junho/2014 foi decretada e sancionada a Lei nº 12.994/2014 que determina que o piso salarial profissional nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias passa a ser fixado no valor de R\$ 1.014,00 (mil e quatorze reais) mensais (BRASIL, 2014), a coleta de dados finalizou no mesmo mês do decreto da lei.

Ao serem questionado sobre a realização de hora extra, 69% dos participantes afirmaram que não realizam hora extra. Entre os que relataram fazer hora extra, o quantitativo variou entre 1 hora e 14 horas semanais, destacam-se os que realizam 2 horas extras semanais com 21,1% dos profissionais, um participante declarou que apesar de realizar hora extra não quis relatar o quantitativo.

A maioria dos profissionais que faz hora extra (80%), afirmam nunca receber remuneração devido à prestação de serviço após o horário de trabalho; 8,9% afirmaram que ocasionalmente as horas extras são remuneradas e 10% que tais horas são sempre remuneradas. Apenas um participante (1,1%) que realiza hora extra não quis responder a esse questionamento.

Outro questionamento direcionado ao trabalho foi a continuidade na atenção básica e a satisfação pelo trabalho. Entre os avaliados 120 (41,4%) afirmaram que pretendem continuar

trabalhando na atenção básica e 130 (44,8%) estão satisfeitos com o trabalho. Sobre as relações pessoais dos participantes com a chefia e com a equipe de trabalho, 94,5% relataram que o relacionamento com a chefia era bom, muito bom ou ótimo e com a equipe de trabalho essa mesma classificação ocorreu para 98,3% dos avaliados.

Segundo Lima *et al.* (2014) “Trabalhar envolve relações, as quais podem resultar em satisfação ou podem causar sofrimento”. O trabalho na saúde não implica somente as relações entre profissionais e a população, mas implica também nas relações entre o profissional e a equipe de trabalho e entre os gestores. Segundo Melo, Barbosa e Souza (2011) a insatisfação no trabalho é um fator influenciador no comportamento do profissional podendo acarretar implicações no processo de adoecimento, nos acidentes de trabalho, no absenteísmo e nos erros cometidos pelo trabalhador.

Assim, a Satisfação no trabalho em saúde pode proporcionar implicações na saúde dos profissionais e nos resultados da assistência prestada pelos mesmos. No estudo de Lima *et al.* 2014, sobre Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica, foram identificados 10 motivos de insatisfação no trabalho. Destacou-se o déficit nos instrumentos de trabalho e na estrutura das unidades de Saúde, problemas de relacionamento com a população usuária dos serviços de saúde e com os gestores. A assistência prestada na atenção básica é direcionada para o trabalho coletivo e multiprofissional que exige, para o alcance dos resultados proposto, boas relações entre profissionais, equipe e gestores.

Daubermann e Tonete (2012) afirmam ainda que na atenção básica à saúde é possível perceber situações de estresse e insatisfação do trabalho pelos trabalhadores, que apontam para a pouca atenção as suas próprias condições de saúde. A assistência prestada à população implica em atenção à saúde dos usuários, entretanto é necessário também o direcionamento da atenção à saúde dos profissionais.

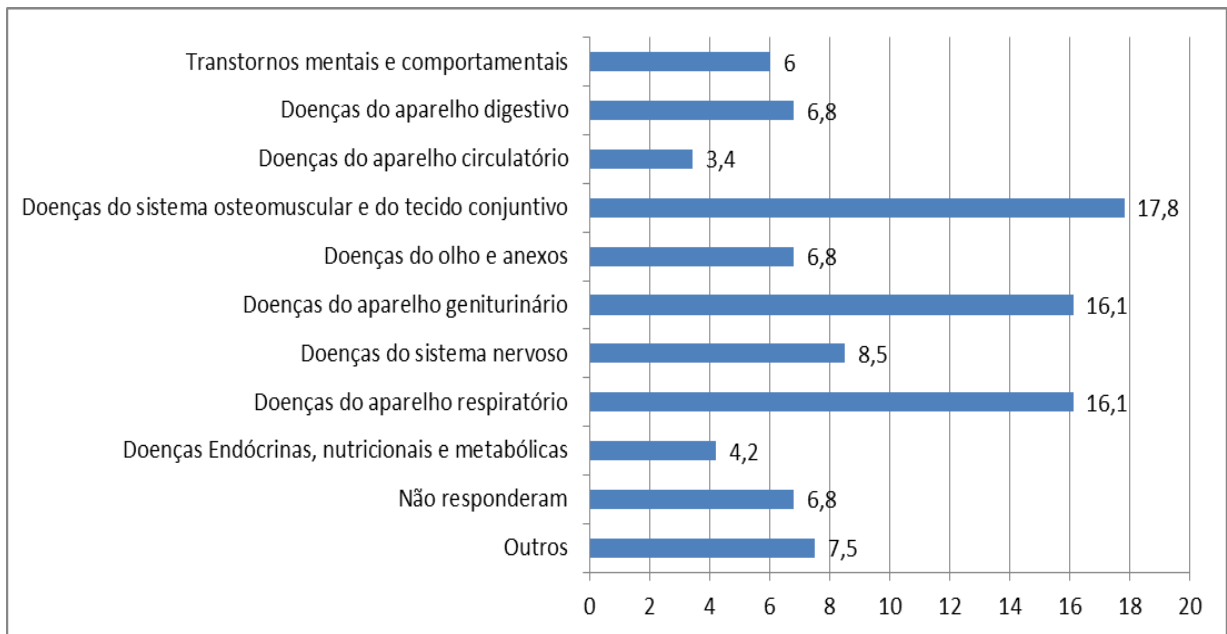
## **5.2 Caracterização das condições de saúde do trabalhador**

O profissional que atua na atenção básica está submetido à influência de diversos estressores que podem forçar o trabalhador, na ponta desse sistema, a se adequar às demandas do serviço. Assim, Carvalho e Malagris (2007) citam que é importante avaliar e acompanhar a saúde desses profissionais, assim como propor espaços de trocas de experiências, resoluções de conflitos e solução de problemas advindos do cotidiano. Situações essas que podem

influenciar na incidência do absenteísmo entre os profissionais da saúde (CARVALHO; MALAGRIS, 2007).

O absenteísmo do profissional pode ser desencadeado por diversas causas. No presente trabalho, verificou-se apenas as causas do não comparecimento ao serviço devido condição de saúde do participante. Assim, a ausência do profissional no serviço de saúde, no período correspondente aos 12 meses anterior à entrevista, foi relatada por 118 profissionais participantes da pesquisa (40,7%). O quantitativo de dias que o profissional faltou teve uma mediana de 3 dias.

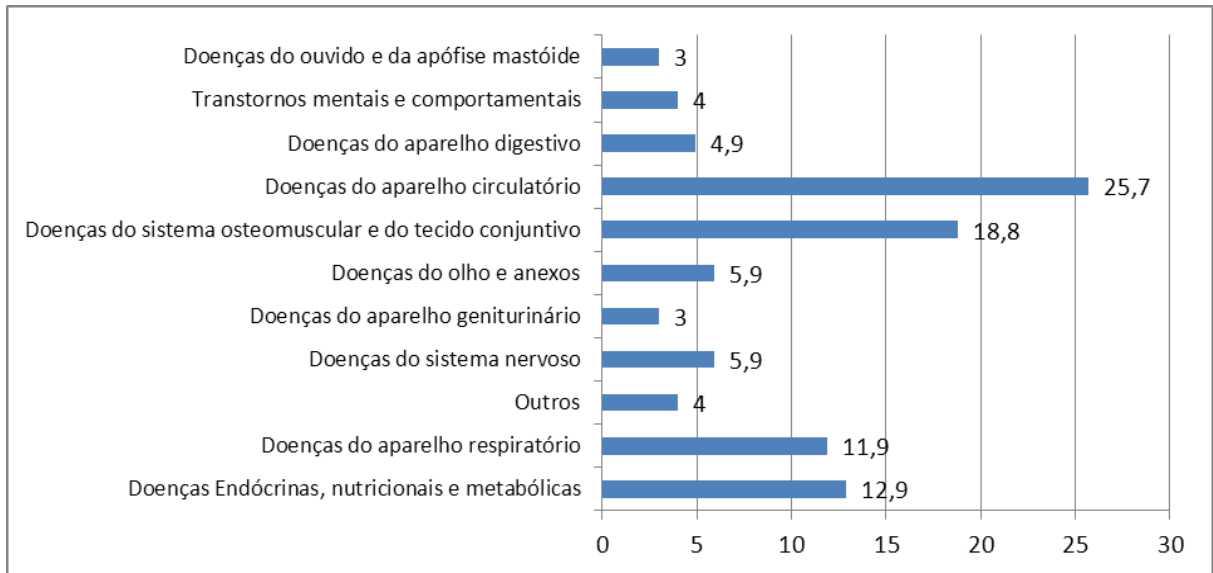
O Gráfico 3 mostra as causas relatadas pelos participantes para a ausência no serviço. Os problemas de saúde que causaram a ausência no serviço foram agrupados de acordo com a Classificação Internacional das Doenças - CID 10 (OMS, 1996). Das 118 pessoas que faltaram ao serviço por algum problema de saúde, 6 participantes não quiseram relatar a patologia apresentada e 2 profissionais não recordavam o motivo da ausência. As principais causas referidas foram devidas doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (17,8%), seguido das doenças do aparelho geniturinário (16,1%) e do aparelho respiratório (16,1%).



**Gráfico 3 – Frequência relativa das causas do absenteísmo na atenção básica - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

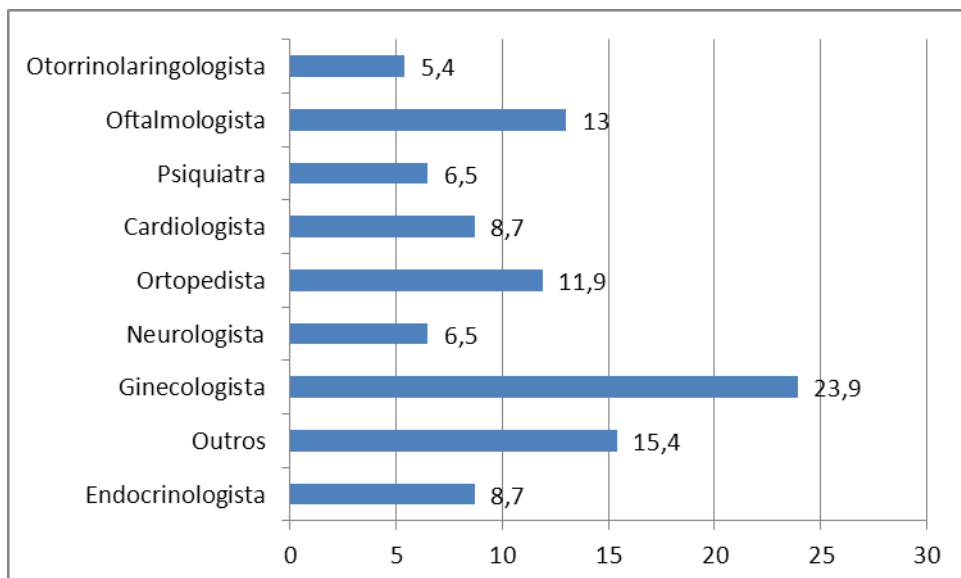
Ao verificar a prevalência de morbidade referida pelos profissionais da atenção básica, verificou-se que 101 participantes (34,8%) possuem algum problema de saúde (Gráfico 4). As patologias relatadas também foram agrupadas de acordo com a CID 10. As patologias

cardiovasculares representam 25,7%, seguidas das osteomusculares com 18,8%. No estudo realizado por Tomasi *et al.* (2008), diversos problemas de saúde foram referidos por 42% dos trabalhadores, sendo os Transtornos mentais comuns, presentes em 16% dos trabalhadores.



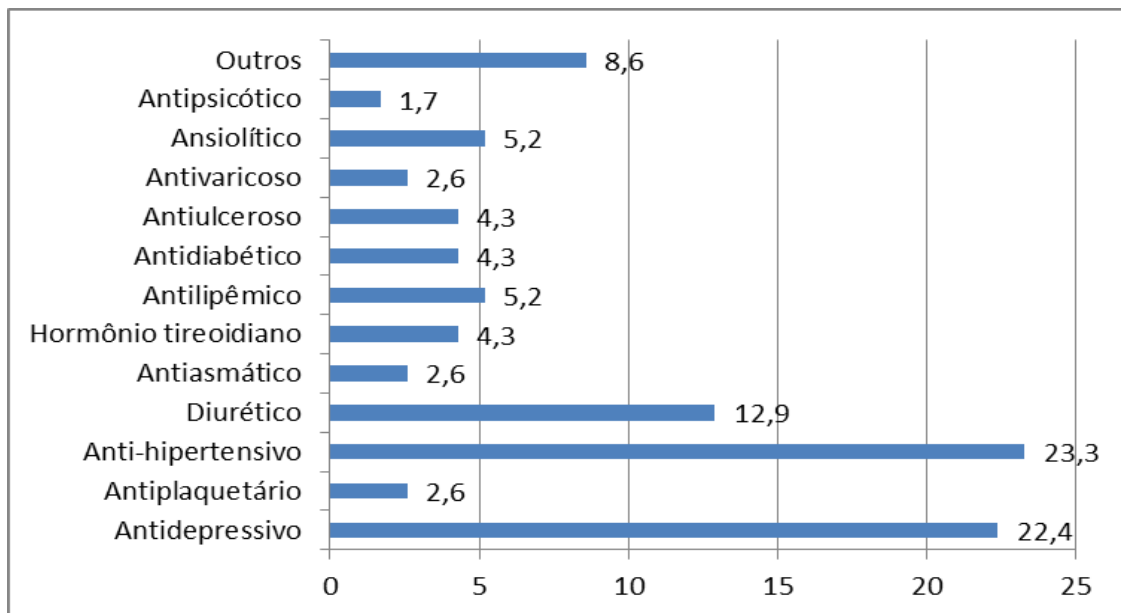
**Gráfico 4 – Frequência relativas das patologias referidas pelos profissionais de saúde da atenção básica - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

A realização de consultas médicas de rotina foi relatada por 136 participantes (46,9%) e 92 profissionais (31,7%) realizam acompanhamento com profissional especialista, conforme Gráfico 5.



**Gráfico 5 – Frequência relativa do acompanhamento com especialista relatado pelos profissionais - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

No quesito medicamentos de uso contínuo, 78 profissionais (26,9%) relataram utilizar medicamentos de forma contínua sob prescrição médica. Segundo a Política Nacional de Medicamentos, define-se medicamento contínuo “aqueles empregados no tratamento de doenças crônicas e/ou degenerativas, utilizados continuamente” (BRASIL, 1998b). No estudo de Tomasi *et al.* (2008), o uso regular de medicamentos foi informado por 67% da amostra de trabalhadores, sendo os anti-hipertensivos os medicamentos mais utilizados (34%). No presente estudo destaca-se o uso de anti-hipertensivos (23,3%) e antidepressivo (22,4%) (Gráfico 6). Os medicamentos foram agrupados conforme classificação do Dicionários de Especialidades Farmacêuticas (DEF, 2008/2009).



**Gráfico 6 – Frequência relativa de classe de medicamentos de uso contínuo relatados pelos profissionais em valores percentuais - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Observa-se que 4 participantes relataram como patologia os transtornos mentais, entretanto quando questionados sobre patologias relacionadas ao trabalho 29 profissionais citam os transtornos mentais, além disso, 7 se abstiveram do serviço por essa causa, 80 relataram como sendo uma forma de interferência do trabalho na saúde, 6 realizam acompanhamento com psiquiatra, 3 fazem uso de ansiolítico sem prescrição médica e 34 fazem uso de medicamentos contínuos de antidepressivo, ansiolítico e antipsicótico. Importante observar também que apesar das informações apresentadas, a mediana de idade dos profissionais que é de 30,5 anos.

O uso de medicamentos sem receita médica foi relatado por 176 profissionais (60,7%). O uso de analgésicos foi relatado por 67,8% dos profissionais, seguido do uso de anti-



inflamatório (12,6%) (Tabela 4). A utilização desses medicamentos também são destaques em outros estudos (SERVIDONI *et al.*, 2006; TOMASI *et al.*, 2008).

Já no quesito automedicação, Munhoz, Gatto e Fernandes (2010) apontam para a alta prevalência de tal prática entre profissionais da saúde. No estudo de Tomasi *et al.* (2008), a automedicação foi referida por um quarto dos trabalhadores participantes da pesquisa, sendo destaque o profissional médico que se automedicavam quatro vezes mais do que os profissionais de nível médio. Os autores enfatizam o fato de ser uma categoria profissional em que é somado o estresse do trabalho, os vários vínculos empregatícios e a facilidade de acesso aos medicamentos.

**Tabela 4 - Frequência da automedicação pelos profissionais de saúde da atenção básica - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Medicamentos	n	%
Antibiótico	11	4,8
Antialérgico	12	5,2
Anti-inflamatório	29	12,6
Outros	22	9,6
Analgésico	156	67,8
Total	230	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

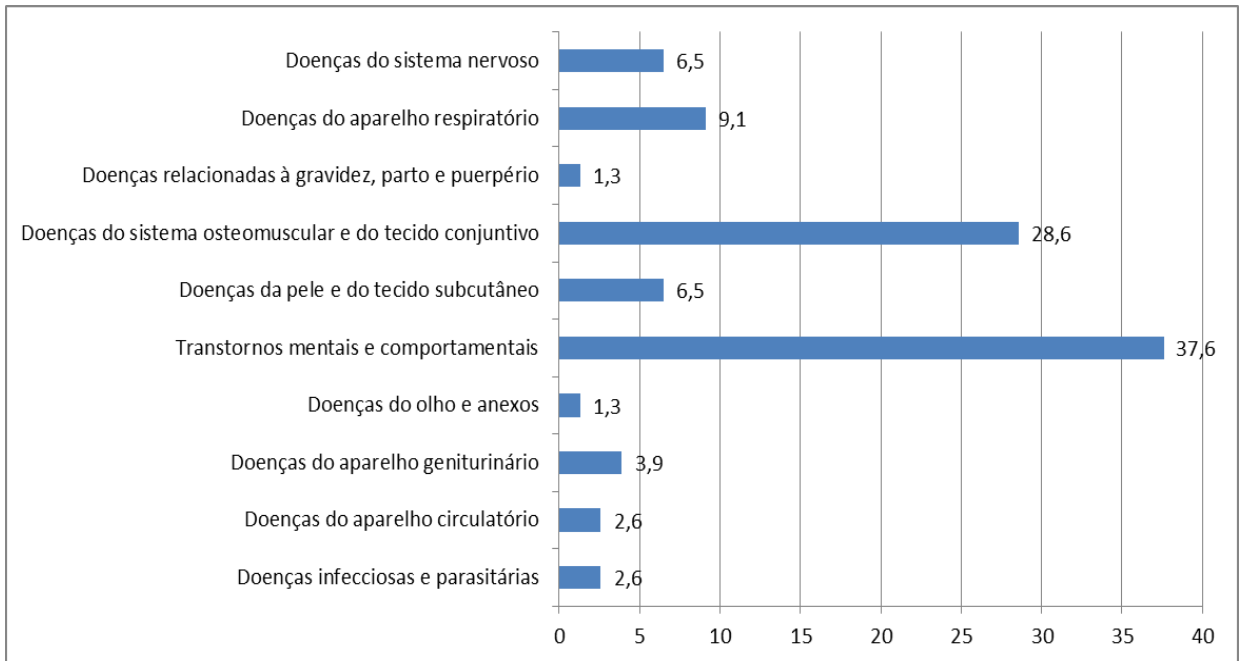
Segundo Cunha *et al.* (2012):

a multiplicidade de produtos farmacêuticos disponíveis, a compulsão dos pacientes por tomar remédios, que constitui uma das pressões para a necessidade de prescrição medicamentosa, a propaganda de medicamentos nas mídias, o fácil acesso a medicamentos na internet, bem como a formação dos profissionais de saúde que privilegiam ações curativistas em detrimento de estratégias de prevenção e promoção em saúde, entre outros fatores, podem contribuir para o mau uso de medicamentos (CUNHA *et al.*, 2012, p. 1432).

A automedicação é uma prática que envolve questões mais amplas, como o acesso à informação e questões culturais (BORTOLON; KARNIKOWSKI; ASSIS, 2007). Cunha *et al.* (2012) também destaca que a abordagem sobre o uso de medicamentos possui destaque nas dimensões culturais e sociais. Já Servidoni *et al.* (2006) ressalta a questão da automedicação incorporada à dinâmica de uma sociedade de consumo.

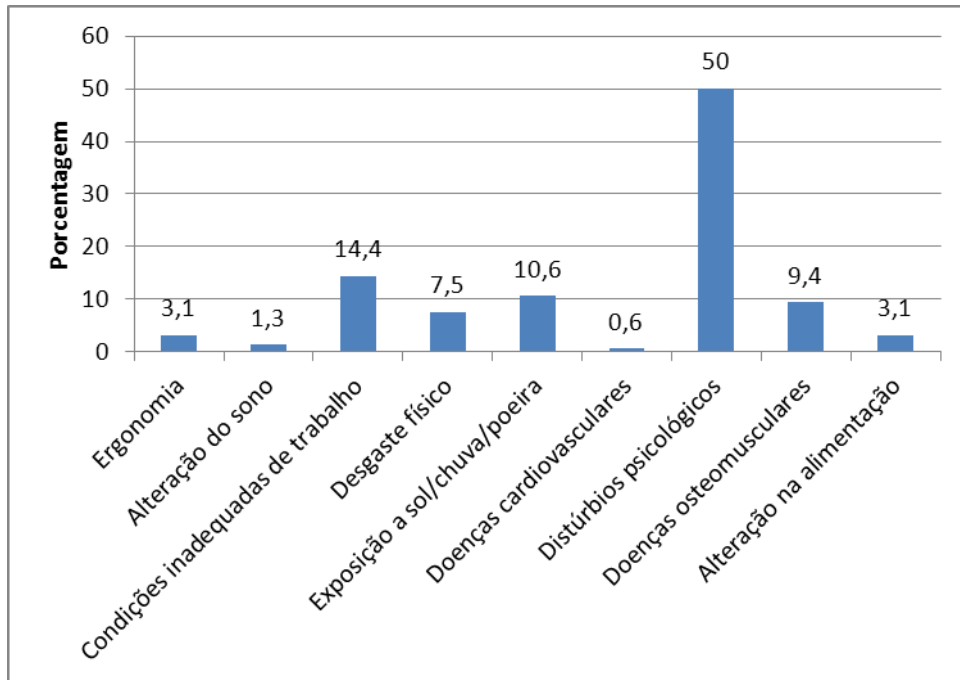
Já, em relação às condições de saúde relacionadas ao trabalho, 77 participantes (26,6%) relataram possuir algum problema de saúde. Schilling (1984) propôs uma classificação em que o trabalho poderia se relacionar com as doenças de três maneiras distintas, como causa necessária, como fator contributivo, mas não necessário, e como

provocador de um distúrbio latente, ou agravador de uma doença já estabelecida. Assim, as doenças relacionadas ao trabalho podem se desenvolver completamente sem a influência do trabalho, portanto, não sendo equivalentes às doenças ocupacionais. Destacam-se os transtornos mentais e comportamentais (37,6%) e as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (28,6%) (Gráfico 7).



**Gráfico 7 – Frequência relativa de patologias relacionadas ao trabalho referidas pelos profissionais de saúde - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Quando questionados se o trabalho que desempenham na atenção básica interferia na saúde, 55,2% (160 profissionais) responderam de forma afirmativa. Sendo que 80 profissionais relataram distúrbios psicológicos influenciados pelo serviço, representando 50% das queixas (Gráfico 8).



**Gráfico 8 - Interferência do trabalho na saúde, segundo percepção do profissional em valores percentuais - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Em um questionamento aos participantes se a posição dos móveis presentes na unidade de saúde interferia na postura corporal, 45,2% responderam de forma afirmativa. Sendo que os enfermeiros e os profissionais da equipe de saúde bucal se destacam nesse quesito com representação de 71% dos enfermeiros, 70% dos dentistas, 100% dos técnicos de saúde bucal e 58,3% dos auxiliares de saúde bucal (Tabela 5). Apenas 33,9% dos ACS referiram interferência na postura corporal por posicionamento dos móveis, fato esse que pode ser explicado por permanecer maior parte do tempo de serviço realizando visitas domiciliares.

As atividades laborais da equipe de saúde bucal acarreta constante exposição a situações que geram posturas inadequadas e repetitividade de um mesmo padrão de movimento. Em um estudo realizado por Carmo *et al.* (2011), 70% dos dentistas referiram sintomatologia dolorosa na região do pescoço e região lombar. A sintomatologia variava de perceptível/moderada a severa/insuportável. No estudo de Pereira *et al.* (2011), os participantes também referiram sintomas dolorosos relacionados à profissão, principalmente nas regiões do pescoço e ombro, com alta incidência na região lombar.

**Tabela 5 – Frequência de queixas quanto interferência da posição dos mobiliários na postura - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Profissão	Interferência na postura		Total
	Não	Sim	
Médico	8	9	17
Enfermeiro	11	27	38
Técnico de Enfermagem	26	21	47
Auxiliar de Enfermagem	3	3	6
ACS	103	53	156
Dentista	3	7	10
Técnico em saúde bucal	0	4	4
Auxiliarem saúde bucal	5	7	12
Total	159	131	290

Fonte: Dados da pesquisa

Outro destaque da pesquisa foi sobre a violência no ambiente de trabalho referida por 174 profissionais. Observa-se que entre os participantes que referiram a violência no ambiente laboral, 73,4% relataram a agressão verbal do usuário e 23,6% a agressão verbal de outro profissional que também atua na atenção básica. Segundo Lacman *et al.* (2009),

a violência do trabalho relaciona-se à deterioração das condições de trabalho e aos novos paradigmas de produtividade, que aumentam a exposição dos trabalhadores a riscos de acidentes e de adoecimentos. Já a violência no trabalho envolve a relação com chefias, pares, clientes e o público no exercício das atividades (LACMAN *et al.*, 2009, p. 683).

A violência no trabalho necessita de um enfoque na área de saúde do trabalhador devido ao impacto que gera ao profissional. As consequências podem resultar desde baixa autoestima a interferência nas relações interpessoais e na organização do trabalho, rotatividade profissional e absenteísmo (LACMAN *et al.*, 2009).

As condições de saúde e de trabalho devem ser abordadas por profissionais e gestores a partir de um enfoque nas ações de prevenção e promoção da saúde, utilizando os dados obtidos como subsídio na discussão da melhoria das condições de trabalho, na promoção da saúde e na prevenção de agravos, buscando compreender as causas das queixas na perspectiva da defesa da saúde do trabalhador. O impacto ocorre tanto na qualidade da assistência prestada à população, como também comprometendo a qualidade de vida dos trabalhadores.

O profissional de saúde no exercício do trabalho está constantemente exposto a riscos inerentes ao ambiente laboral e às atividades desenvolvidas. Assim, buscou-se verificar a ocorrência do acidente de trabalho entre os participantes da pesquisa. O acidente de trabalho foi relatado por 45 participantes (15,5%). Entre os acidentes ocorridos destaca-se o acidente com material perfurocortante (56%), seguido dos traumas (36%) e acidente com animal (8%).

O acidente de trabalho é definido, segundo o artigo 19 da Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991, como “acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou pelo exercício do trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente”.

As exposições ocupacionais a materiais biológicos potencialmente contaminados são um sério risco aos profissionais em seus locais de trabalho. Estudos desenvolvidos nesta área mostram que os acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos correspondem às exposições mais frequentemente relatadas (BRASIL, 2006b). Os ferimentos com agulhas e material perfurocortante, em geral, são considerados perigosos por serem capazes de transmitir agentes infecciosos sendo mais comumente envolvidos o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B e o da hepatite C. As ações necessárias no acidente de trabalho com material biológico envolvem avaliar o tipo de exposição, tipo de fluido, sorologia da fonte (caso seja uma fonte conhecida) e a sorologia do acidentado.

A presente pesquisa obteve 28 relatos de acidente com material perfurocortante, sendo que 7 profissionais referiram que não realizaram nenhuma ação. Entre os demais participantes 19% relataram a lavagem do local com água e sabão; 85,7% realizaram exames sorológicos; 4,8% realizaram acompanhamento por seis meses; em 42,9% dos casos ocorreu a notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); em 9,5% foi realizado exames no paciente fonte; 4,8% realizaram curativo e 4,8% utilizaram antirretrovirais.

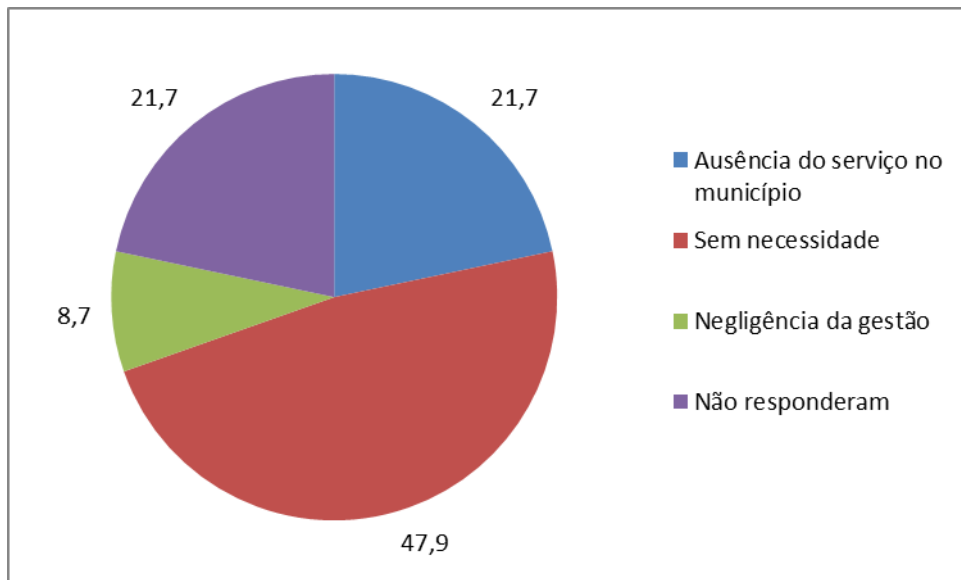
Em relação aos traumas, 9 acidentes de trabalho se classificam como acidentes de trajeto e 9 acidentes devido a quedas no ambiente de trabalho. As ações realizadas foram a consulta médica, uso de medicamentos, afastamento do serviço, realização de exames, cirurgias, curativos.

No caso de mordedura de cão, existem esquemas de tratamento diferenciados e normatizados pelo Ministério da Saúde que variam de acordo com as características do ferimento, espécie e estado clínico do animal agressor (BRASIL, 2011e). A transmissão da raiva ocorre pela penetração do vírus contido na saliva do animal infectado, principalmente pela mordedura. No presente estudo, 4 participantes relataram, no quesito acidente de trabalho, a mordedura de cão, sendo que 2 profissionais afirmaram que nenhuma ação foi realizada e os outros 2 referiram apenas a lavagem com água e sabão do local, não realizando todas as ações necessárias para esse tipo de acidente.

A Lei nº 8.213/91 também determina que todo acidente do trabalho ou doença profissional deverá ser comunicado pela empresa ao INSS por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e ao Ministério da Saúde por meio do Sistema de Informação de

Agravos de Notificação (SINAN), conforme previsto na Portaria n.º 777, de 28 de abril de 2004, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Além disso, a instituição deve manter um registro interno com os dados do acidente. Os dados obtidos são de importância previdenciária, estatística e epidemiológica, e também trabalhista e social. Os sistemas de informação em saúde no Brasil são avançados, mas dados sobre acidentes de trabalho continuam a demandar melhores registros, tanto de cobertura, como de qualidade dos dados (GALDINO, 2012).

A realização da CAT foi relatada por 9 participantes (20%), sendo que 33,3% não sabem se foi realizado e 46,7% dos profissionais afirmam que não foi realizado o comunicado. Entre os motivos referidos pelos profissionais que justificam a não realização do CAT, 47,9% afirmaram que não havia necessidade de realizar tal procedimento (Gráfico 9).



**Gráfico 9 – Motivo da não realização do CAT segundo os profissionais participantes em valores percentuais - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Um fator de destaque é a existência de evidências na literatura que muitos casos de não registro de acidentes são por resultarem em consequências consideradas de menor gravidade para a saúde das vítimas, demonstrando a subnotificação dos acidentes de trabalho. Este fato pode prejudicar a análise da condição local de saúde e impede que mais ações em promoção da saúde sejam realizadas (GALDINO, 2012).

O processo de educação continuada sobre acidente de trabalho, materiais perfurocortante e equipamentos de proteção individual (EPI) foi verificado quanto à frequência de ocorrência. Observou-se que uma “frequente” educação continuada sobre os

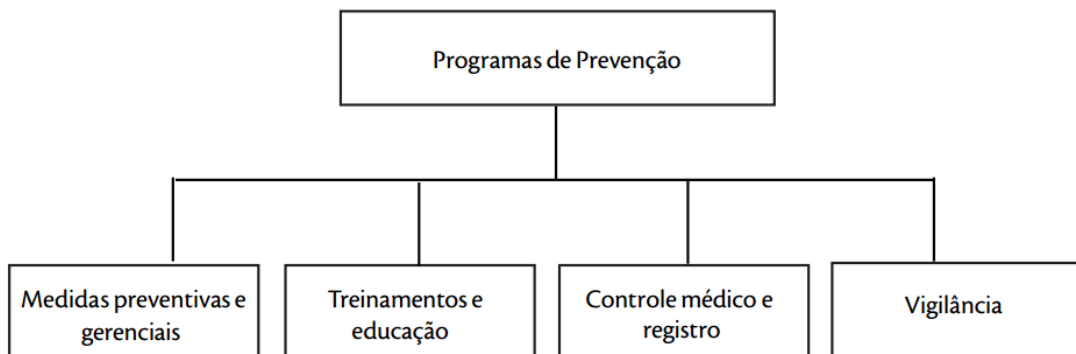
temas apresenta índices baixos variando de 6,6% a 8,6%. Já a frequência classificada como “nunca” realizado apresentou índices de 58,3% a 61% (Tabela 6).

**Tabela 6 – Frequência da realização de educação continuada entre os profissionais de saúde da atenção básica - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Frequência	Temática					
	Acidente Trabalho		Perfurocortante		EPI	
	n	%	n	%	n	%
Nunca	169	58,3	173	59,7	177	61,0
Raramente	50	17,2	52	17,9	47	16,2
Às vezes	49	16,9	40	13,8	37	12,8
Frequentemente	19	6,6	22	7,6	25	8,6
Não responderam	3	1	3	1	4	1,4
Total	290	100,0	290	100,0	290	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

A instituição de saúde deve divulgar e capacitar os profissionais visando a prevenção à exposição a material biológico (Figura 4). A educação continuada é uma importante medida que deve contemplar os tipos de riscos que o profissional está exposto, o modo de transmissão dos agentes veiculados pelo sangue e outros fluidos corporais, as ações a serem adotadas em caso de acidentes, as recomendações sobre o uso de EPI (BRASIL, 2006b).



**Figura 4 – Medidas necessárias que devem ser adotadas pelas instituições de saúde quanto à prevenção à exposição a material biológico. Fonte: Exposição a materiais biológicos / Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b).**

A Norma Regulamentadora-32 (NR-32) estabelece as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores em serviços de saúde. A NR-32 refere que “As empresas que produzem ou comercializam materiais perfurocortantes devem disponibilizar, para os trabalhadores dos serviços de saúde, capacitação sobre a correta utilização do dispositivo de segurança” (MTE, 2005). O acesso

aos equipamentos de proteção individual foi relatado por 83,4% dos profissionais, observou-se que os demais profissionais pertencem à mesma categoria profissional, os agentes comunitários de saúde. Verificou-se também a disponibilidade de cada EPI, conforme tabela. Segundo a NR-32 os “EPI, descartáveis ou não, deverão estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição”.

**Tabela 7 – Equipamentos de Proteção Individual disponibilizados para os profissionais - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Disponibilidade	Equipamento de Proteção Individual									
	Gorro		Óculos proteção		Máscara descartável		Luva descartável		Avental descartável	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não	156	53,8	221	76,2	84	29,0	51	17,6	249	85,9
Sim	134	46,2	69	23,8	206	71,0	239	82,4	41	14,1
Total	290	100,0	290	100,0	290	100,0	290	100,0	290	100,0

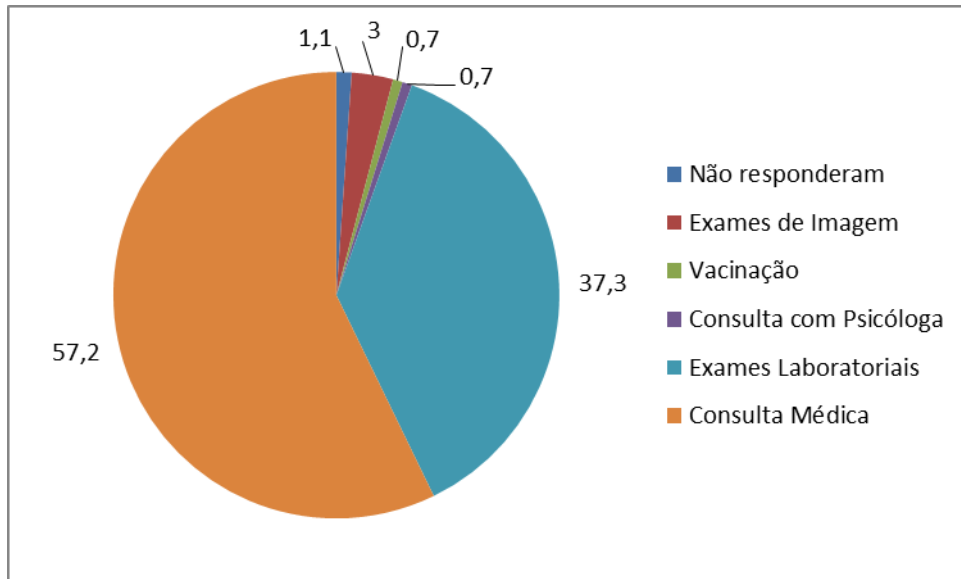
Fonte: Dados da pesquisa

O EPI mais disponibilizado foi a luva descartável (82,4%), sendo o com menor disponibilidade o avental descartável (14,1%) (Tabela 7).

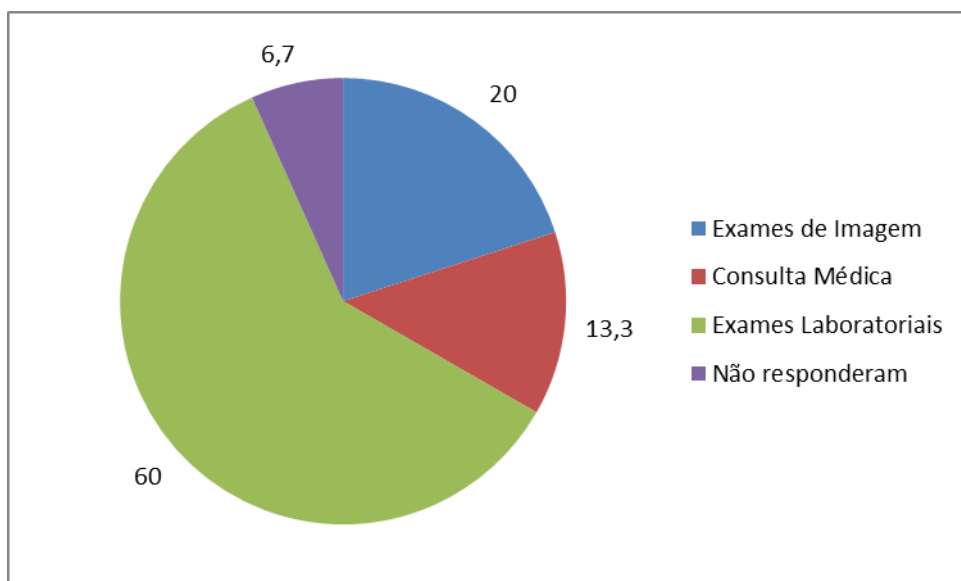
A Norma Regulamentadora-7 (NR-7) também se destaca uma vez que refere sobre a realização dos exames médicos admissional e periódico. Os exames compreendem avaliação clínica e exames complementares caso necessários. O exame médico admissional deverá ser realizado antes que o trabalhador assuma suas atividades. Já a frequência do exame médico periódico depende de fatores relacionados com a saúde do trabalhador e de acordo com a avaliação médica (BRASIL, 1994).

A realização de exames admissionais foi relatada por 188 profissionais (64,8%), já os exames periódicos por 10 participantes (3,4%). A consulta médica teve destaque entre os exames admissionais (57,2%) (Gráfico 10) e a realização de exames laboratoriais entre os exames periódicos (60%) (Gráfico 11). O intervalo de tempo entre os exames periódicos foi de 6 meses (30%) e 12 meses (70%).





**Gráfico 10 – Frequência relativa dos tipos de exames admissionais realizados pelos profissionais - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**



**Gráfico 11 – Frequência relativa de realização de exames periódicos segundo tipo de exame, realizado pelos profissionais - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

A NR-32 também refere que deve ser fornecido a todo trabalhador dos serviços de saúde as vacinas para imunização contra tétano e hepatite B. Destaca também que sempre que “houver vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores estão, ou poderão estar, expostos, o empregador deve fornecê-las gratuitamente” (MTE, 2005).

Entre os participantes da pesquisa, 98,3% afirmaram ter o cartão de vacina, sendo que 2,8% não sabem se estão de acordo com o calendário de vacina e 5,2% estão com a vacinação

atrasada. Em relação à vacinação contra hepatite B, 93,1% dos profissionais estão de acordo com o calendário vacinal e 95,2% em relação à vacinação contra o tétano.

Verificou-se também no estudo a realização de ações prioritárias desenvolvidas na atenção básica direcionadas ao profissional. Uma vez que entre as ações desenvolvidas na atenção primária para a população em geral há um destaque para as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero, da mama e de próstata. O câncer é umas das doenças abordadas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011–2022. Entre as metas nacionais propostas estão aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos e ampliar a cobertura de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos (BRASIL, 2013b).

Com aproximadamente 530 mil casos novos por ano no mundo, o câncer do colo do útero é o terceiro tipo de câncer mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de 274 mil mulheres por ano (WHO, 2008). O método de rastreamento do câncer do colo do útero é o exame citopatológico (exame de Papanicolaou). O intervalo entre os exames pode ser de três anos, após dois exames negativos, com intervalo anual. Recomenda-se o início da coleta aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual (BRASIL, 2013b). A realização do preventivo do câncer do colo do útero nos últimos 12 meses à pesquisa foi relatada por 160 mulheres. Entre os motivos da não realização do preventivo destaca-se o desinteresse por parte da participante em 59,8% dos casos (Tabela 8).

**Tabela 8 - Distribuição dos motivos da não realização do preventivo do câncer do colo do útero - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Causas	n	%
Receio	1	1,1
Sem vida sexual	2	2,3
Desinteresse	52	59,8
Constrangimento	8	9,2
Indisponibilidade de tempo	6	6,9
Recursos materiais	3	3,5
Não responderam	4	4,6
Últimos dois exames normais	3	3,5
Recursos humanos	7	8
Histerectomia	1	1,1
Total	87	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

O rastreamento realizado em mulheres sem colo do útero devido à histerectomia por condições benignas apresenta menos de um exame citopatológico alterado por mil exames

realizados. A recomendação é que mulheres submetidas à histerectomia total por lesões benignas, sem história prévia de diagnóstico ou tratamento de lesões cervicais de alto grau, podem ser excluídas do rastreamento, desde que apresentem exames anteriores normais. Em casos de histerectomia por lesão precursora ou câncer do colo do útero, a mulher deverá ser acompanhada de acordo com a lesão tratada (BRASIL, 2013b).

O câncer de mama é o mais incidente em mulheres, representando 23% do total de casos de câncer no mundo, em 2008, com aproximadamente 1,4 milhão de casos novos naquele ano. É a quinta causa de morte por câncer em geral e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (WHO, 2008). A idade constitui o mais importante fator de risco para câncer de mama, uma vez que o risco de câncer de mama aumenta com a idade, com cerca de 70–80% dos tumores diagnosticados a partir dos 50 anos de idade (BRASIL, 2013b).

A mortalidade também aumenta com a idade. Vale destacar que a Lei nº 11.664/08 estabelece a realização do exame de mamografia às mulheres a partir dos 40 anos (BRASIL, 2008b). Entretanto, a recomendação para rastreamento é a realização de mamografia das mulheres de 50 a 69 anos a cada dois anos e do exame clínico das mamas anual. No presente estudo, 9 mulheres não realizaram o exame de mamografia, sendo que 44,5% justificaram a falta de acesso ao exame (Tabela 9).

**Tabela 9 – Frequência dos motivos relatados para a não realização do exame de mamografia entre as profissionais da atenção básica - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Causas	n	%
Falta de acesso ao exame	4	44,5
Indisponibilidade de tempo	2	22,2
Desinteresse	3	33,3
Total	9	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Silva *et al.* (2009), em seu estudo sobre a realização do autoexame por profissionais da saúde, identificou que apenas 54% realizavam o autoexame das mamas mensalmente e 91,2% afirmaram saber realizar o procedimento. Das profissionais que não realizavam, 82% referiram como motivo o esquecimento, 52% por não confiar na sua técnica/não sabiam a técnica correta, e 48% por falta de atenção à saúde. Na presente pesquisa, 75 mulheres não realizam o autoexame das mamas com frequência, os motivos da não realização ao autoexame das mamas são expostos na Tabela 10.

**Tabela 10 – Motivo da não realização do autoexame das mamas - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Causas	n	%
Desinteresse	51	68
Receio	2	2,8
Confiança no exame clínico anual	4	5,3
Ausência de informação	4	5,3
Indisponibilidade de tempo	1	1,3
Não responderam	10	13,3
Sem necessidade	3	4
Total	75	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo dados do INCA, no Brasil, o câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens (atrás apenas do câncer de pele). Em valores absolutos, é o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de cânceres. Recomenda-se a realização do toque retal e da dosagem do PSA a todos os homens acima de 50 anos. Para aqueles com história familiar de câncer de próstata (pai ou irmão) antes dos 60 anos, recomendam realizar esses exames a partir dos 45 anos (BRASIL, 2010b). A realização do exame de próstata foi um item do questionário da presente pesquisa, porém não houve profissionais que se enquadrassem nos requisitos para a realização do exame.

Visando verificar a realização de exames de rotina e o motivo da não realização, observou-se que 74,1% relataram que realizaram exame de sangue de rotina nos 12 meses anterior à pesquisa, 63,8% de urina e 53,1% de fezes, nas tabelas 11, 12 e 13 são apresentados os motivos referidos pelos profissionais para a não realização dos exames.

**Tabela 11 - Motivo da não realização exame de sangue - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Causas	n	%
Indisponibilidade de tempo	2	2,7
Desinteresse	29	38,7
Acessibilidade	1	1,3
Sem indicação	38	50,7
Não responderam	5	6,6
Total	75	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 12 - Motivo da não realização exame de urina - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Causas	n	%
Indisponibilidade de tempo	2	1,9
Acessibilidade	1	1
Desinteresse	35	33,3
Sem indicação	58	55,2
Não responderam	9	8,6
Total	105	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 13 - Motivo da não realização exame de fezes - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

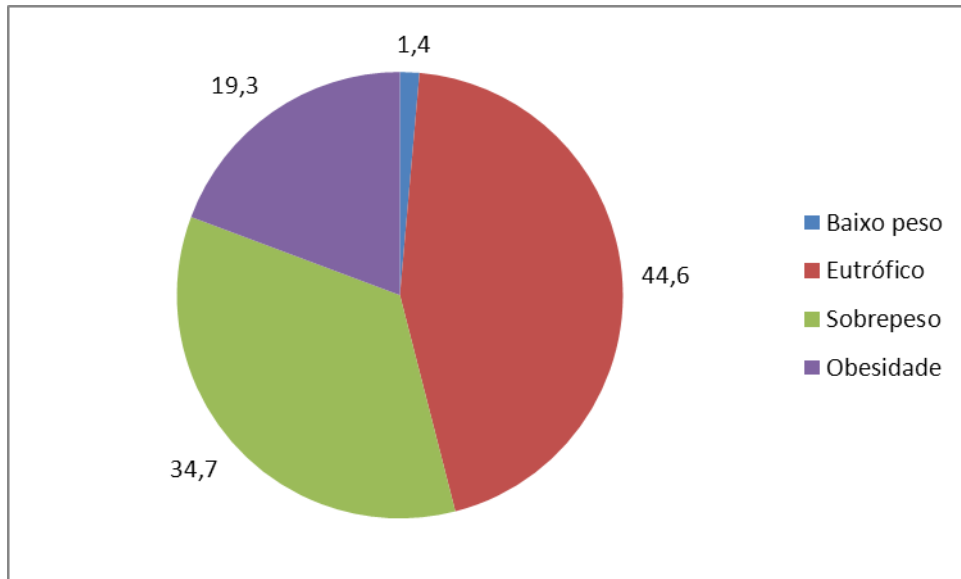
Causas	n	%
Automedicação	3	2,2
Indisponibilidade de tempo	3	2,2
Desinteresse	47	34,6
Acessibilidade	1	0,7
Sem indicação	72	52,9
Não responderam	10	7,4
Total	136	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

O perfil de morbimortalidade da população apresenta grande predomínio das doenças e mortes devido às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre as quais se inclui a obesidade (BRASIL, 2006c). A ocorrência da obesidade e do sobrepeso vem aumentando no mundo inteiro, e também no Brasil. Assim, a identificação precoce possibilita o investimento em ações de promoção à saúde.

Nesse sentido, o governo federal lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011–2022 que aborda quatro principais doenças, doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, diabetes e câncer; e os fatores de risco: tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade (BRASIL, 2011f).

Foi realizada uma avaliação antropométrica, sendo que 5 profissionais participantes da pesquisa não quiseram realizar o procedimento. Assim, 54% dos trabalhadores encontram-se acima do peso adequado (sobrepeso e obesidade) (Gráfico 12). Sendo que 53,8% dos profissionais do sexo feminino e 55,5% do sexo masculino se enquadram na classificação acima do peso (Tabela 14).



**Gráfico 12 – Classificação dos profissionais de saúde segundo Índice de Massa Corporal em valores percentuais - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

**Tabela 14 – Distribuição dos profissionais de saúde segundo sexo e classificação do IMC - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Classificação do IMC	Sexo				Total
	Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	
Magreza	3	1,2	1	2,8	4
Eutrófico	112	45	15	41,7	127
Sobrepeso	84	33,7	15	41,7	99
Obesidade	50	20,1	5	13,8	55
Total	249	100	36	100	285

Fonte: Dados da pesquisa

A relação cintura-quadril (RCQ) também representa um importante preditor para determinar o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Segundo a avaliação da relação cintura/quadril, 26,2% dos profissionais apresentam risco aumentado para doenças cardiovasculares, sendo que 28,7% das mulheres e 8,6% dos homens apresentaram risco elevado (Tabela 15). Nessa avaliação, 8 participantes não quiseram participar.

**Tabela 15 – Distribuição dos profissionais de saúde segundo sexo e classificação da Relação cintura/quadril - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Relação C/Q	n	%
<b>Mulher</b>		
Baixo risco	176	71,3
Risco aumentado	71	28,7
<b>Homem</b>		
Baixo risco	32	91,4
Risco aumentado	3	8,6

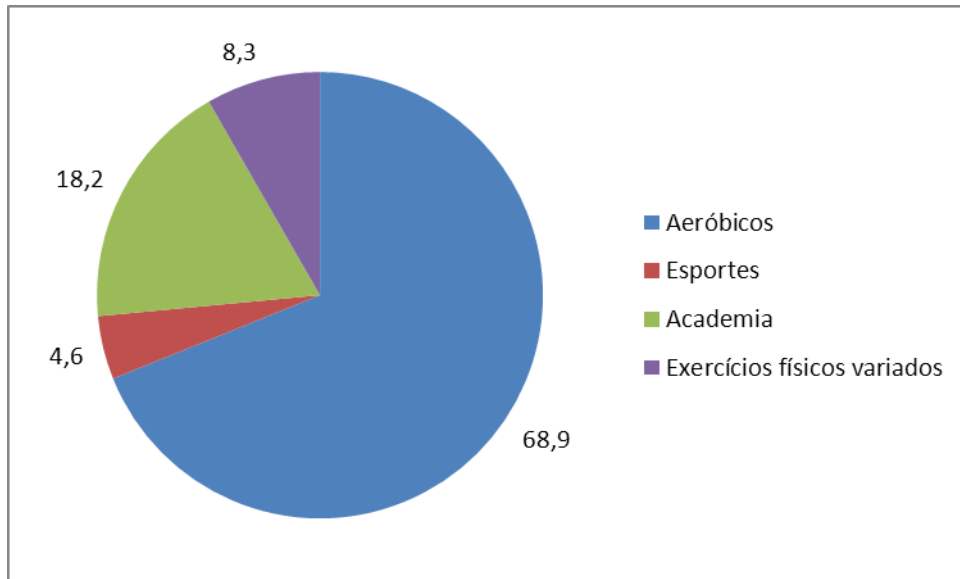
Fonte: Dados da pesquisa

A realização de atividade física foi referida por 132 profissionais (44,5%), sendo a frequência da atividade física realizada três vezes na semana (Tabela 16) e a modalidade de exercícios aeróbicos (Gráfico 13) os mais citados. Em um estudo realizado por Sá e Florindo (2012) constatou-se a dificuldade dos próprios profissionais da atenção básica em praticar alguma atividade física, recomendando melhorias do cuidado dos trabalhadores. Destaca-se a questão da sobrecarga de trabalho e as dificuldades em conciliá-la com a prática de atividade física.

**Tabela 16 – Frequência de atividade física entre os profissionais de saúde - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Frequência/semana	n	%
0	158	54,5
1	9	3,1
2	19	6,6
3	56	19,3
4	18	6,2
5	26	9,0
6	4	1,4
Total	290	100,0

Fonte: Dados da pesquisa



**Gráfico 13 – Distribuição das modalidades da atividade física realizada pelos profissionais em valores percentuais - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

O uso do fumo foi relatado por 12 profissionais (4,1%). A frequência de 10 cigarros por dia representou 25% dos participantes fumantes (Tabela 17). Tomasi *et al.* (2008) demonstrou que o hábito de fumar foi referido por 12% dos entrevistados.

**Tabela 17 – Quantitativo de cigarros consumidos diariamente por profissionais da atenção básica - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Quantitativo de cigarros	n	%
1	2	16,7
2	1	8,3
3	1	8,3
4	2	16,7
6	2	16,7
8	1	8,3
10	3	25
Total	12	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

A prevalência do tabagismo tem apresentado uma redução quando se verifica dados da população em geral. A Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) mostrou que, em 1989, 34,8% dos adultos eram tabagistas (BRASIL, 1990c). Já em 2008, a Pesquisa especial de Tabagismo (PETab) apresentou dados de prevalência de 17,2% de fumantes (IBGE, 2009). Dados do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) apontam uma frequência de 14,8% de fumantes adultos em 2011 (MS, 2012).



Já o uso de bebida alcoólica foi afirmado por 108 profissionais (37,2%), sendo que 52,8% relataram uso de 1 a 2 doses no dia que fazem uso de bebida alcoólica (Tabela 18). A frequência de uso de 1 a 2 vezes na semana representou 76,8% (Tabela 19). Considerou-se nesse estudo uma dose o equivalente a uma lata de cerveja (350 ml), a uma taça de vinho (120 ml) ou a uma dose de bebida destilada (45 ml) (BARROS; NAHAS, 2001; PINHEIRO, 2008).

**Tabela 18 – Quantitativo de bebida alcoólica utilizada entre os profissionais de saúde da atenção básica - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Quantitativo de doses	n	%
1 a 2 doses	57	52,8
3 a 4 doses	24	22,2
5 ou mais doses	27	25
Total	108	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 19 – Frequência do consumo de bebida alcoólica entre profissionais da atenção básica - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

Consumo de bebida alcoólica	n	%
1 a 2 dias na semana	83	76,8
3 a 4 dias na semana	3	2,8
5 a 6 dias na semana	1	0,9
Quinzenal	10	9,3
Mensal	11	10,2
Total	108	100,0

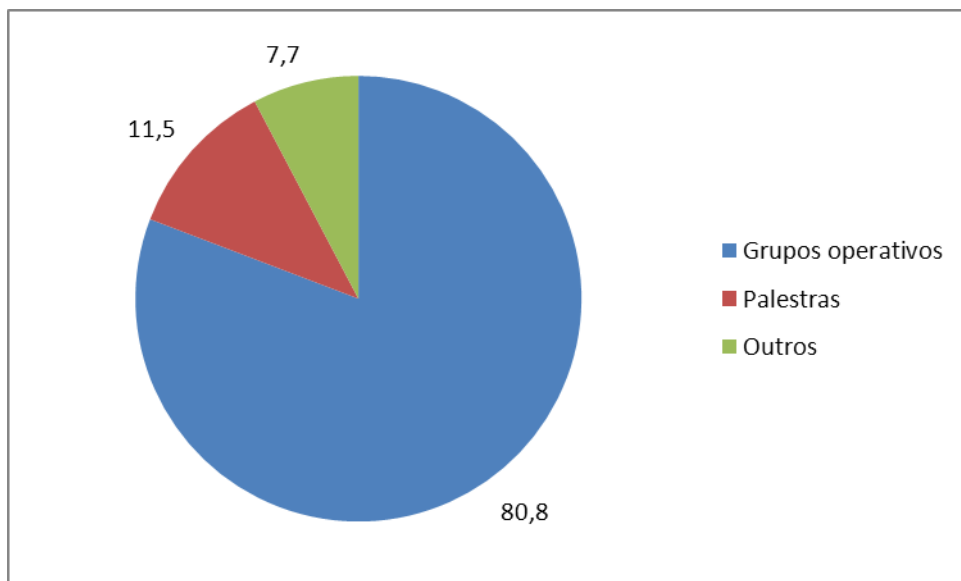
Fonte: Dados da pesquisa

Observou-se que entre as mulheres 32,7% das participantes referiram o consumo de bebida alcoólica, sendo o percentual entre os homens de 69,4% dos profissionais. Indivíduos que consomem até duas doses (homens) ou uma dose (mulheres) por dia são considerados consumidores moderados de álcool. Já os episódios de consumo intenso são definidos pelo consumo superior a 5 doses padrão, no caso de homens, ou 4 doses padrão, para mulheres (FONTENELLE, 2012).

Segundo Moura e Malta (2011) em um estudo sobre o consumo de bebidas alcoólicas na população adulta brasileira, observou-se que a escolaridade exerceu influência direta no consumo habitual, apresentando uma prevalência de 28,9% na faixa de menor escolaridade e de 47,7% na de maior escolaridade. No presente estudo verificou-se que entre os profissionais de nível não superior 32% referem ingerir bebida alcoólica, já entre os profissionais de nível superior a prevalência é de 55,4%.

A promoção da saúde possui um enfoque abrangente quando busca “qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010a)”. Pinto e Fracolli (2010) relataram que a própria organização do trabalho nas unidades de saúde ainda é direcionada para a problematização da doença, evidenciada nas contradições entre os discursos e as ações. Segundo Nascimento e Corrêa (2008), torna-se necessário promover mudanças nas práticas de saúde para o fortalecimento e a consolidação das ações em promoção da saúde. Westphal (2008) afirma que a área de ação da promoção da saúde difere das estratégias de saúde tradicionalmente desenvolvidas pelos profissionais de saúde e que é preciso inovação para propiciar mudanças nesse cenário.

Rodrigues e Ribeiro (2012) referiram que no nível da atenção primária à saúde, particularmente na Estratégia Saúde da Família (ESF), as ações realizadas no âmbito da promoção da saúde geralmente são voltadas apenas para grupos de usuários relacionados às ações programáticas, como os hipertensos, diabéticos, idosos e gestantes. No presente trabalho, 80,8% dos profissionais que relataram participar de atividades de promoção à saúde indicaram os grupos operativos como forma de participação (Gráfico 14), o que corrobora com Rodrigues e Ribeiro (2012). A participação em atividades de promoção à saúde foi relatada apenas por 72 profissionais (24,8%).



**Gráfico 14 – Frequência relativa da participação em atividades de promoção à saúde relatada pelos profissionais em valores percentuais - Região de Saúde de Diamantina, 2014.**

## 6 CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu conhecer alguns aspectos relacionados às condições de saúde e de trabalho dos profissionais que atuam na atenção básica da Região de Saúde de Diamantina. Alguns pontos críticos puderam ser identificados, como precariedade do vínculo de trabalho, práticas de saúde e comportamento frente a questões como acidentes de trabalho, automedicação, tabagismo, realização de exames de rotina, participação em atividades de promoção à saúde.

Embora, avanços importantes no âmbito da política de saúde do trabalhador do SUS tenham sido alcançados nas duas últimas décadas, no aspecto relacionado ao vínculo de trabalho, superar as relações precárias de contratação é, certamente, um dos grandes desafios do Estado na condução da política de saúde do trabalhador. Essa precarização põe em risco o bem-estar e a saúde do trabalhador e, conseqüentemente, a sua capacidade na condução da assistência à saúde da população. Nesse sentido, dar visibilidade a esse problema é uma estratégia importante para avançar nas políticas de saúde do trabalhador do SUS.

Espera-se que os achados deste estudo possam subsidiar a tomada de decisão para que as condições de trabalho e de saúde sejam valorizadas no âmbito da gestão da saúde e, o reconhecimento das necessidades desse trabalhador não se dê somente no âmbito da retórica, mas que se traduza em políticas efetivas e que radicalizem no sentido de garantir condições dignas de trabalho e de saúde desse profissional.

As informações apresentadas visam contribuir para a qualificação dos serviços para a atenção em saúde do trabalhador; para a articulação com os serviços de vigilância epidemiológica com vistas à vigilância em saúde; para fortalecer as ações e o planejamento em saúde do trabalhador de acordo com a realidade local com enfoque nas ações de promoção à saúde; possibilitar a discussão das ações prioritárias em saúde do trabalhador além e da potencialidade da abordagem da atenção básica com atuação significativa em saúde do trabalhador.

## REFERÊNCIAS

ABRANCHES, S. S. **A situação ergonômica do trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde.** 2005. f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ALBUQUERQUE, F. J. B.; MELO, C. F.; ARAÚJO NETO; J. L. **Avaliação da Síndrome de Burnout em Profissionais da Estratégia Saúde da Família da Capital Paraibana.** *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2012;25(3):542-549.

ALVES, P. B. **Procura por assistência à saúde em pronto atendimento de uma região ampliada de saúde.** Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem/ UFMG. 2014.

ARAGÃO, J. **Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas.** *REVISTA PRÁXIS* ano III, nº 6 - agosto 2011, pg 59 a 62 MINAS GERAIS. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – Seção RJ. **Cartilha do trabalhador de Enfermagem. Saúde, segurança e boas condições de trabalho.** Rio de Janeiro, 2006.

BARATIERI, T.; VECCHIA, A. C. G. D.; PILGER, C. **A gestão da saúde do trabalhador nos municípios da 5ª Regional de Saúde do Paraná.** *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde.* UFTM, 2012. 57-69.

BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. **Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria.** *Rev Saúde Pública* 2001;35(6):554-63.

BEZERRA, M. L. S.; NEVES, E. B. **Perfil da Produção Científica em Saúde do Trabalhador.** *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n.2, p.384-394, 2010.

BORTOLON, P. C.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; ASSIS, M. **Automedicação versus indicação farmacêutica: O profissional de farmácia na atenção primária à saúde do idoso.** *Revista APS,* v.10, n.2, p. 200-209, jul./dez. 2007.

BRAGA, L. C. **Condições de trabalho e saúde dos profissionais da rede básica de saúde de Botucatu - SP.** 143p. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Saúde

Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista - UNESP. Botucatu - SP, 2007.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990a. p. 018055.

BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências.** Brasília, 28 dez. 1990b.

BRASIL. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) 1989.** Brasília: Ministério da Saúde; 1990c.

BRASIL. Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. **Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências.** Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério do Trabalho. Portaria nº 24/GM, de 29 de dezembro de 1994. **NR 7, Norma Regulamentadora-7 (1994).** Programa de Controle médico de saúde ocupacional. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 1994.

BRASIL. Portaria 3908, de 30 de outubro de 1998. **Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Brasília, 10 nov. 1998a. Seção 1, n.215, p.17.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprova a Política Nacional de Medicamentos.** Portaria GM nº 3.916, 30 de outubro de 1998b. Lex: Diário Oficial da União, Brasília, 10 de nov 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde /** Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias ; colaboradores Idelberto Muniz Almeida *et al.* – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.679 de 19 de setembro de 2002 - **Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá**

**outras providências.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002a. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2002a; Set 20; Seção 1.

BRASIL. Lei n.º 10.507, 10 de julho de 2002. **Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências.** Diário Oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 11 jul. 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família.** Brasília, DF: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 777, de 28 de abril de 2004. **Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde – SUS.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 abr. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.437, de 07 de dezembro de 2005. **Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, p.78, 09 de dezembro de 2005. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 648, de 28 de Março de 2006. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Exposição a materiais biológicos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº 11.664 de 24 de abril de 2008. **Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília: 2008b.

BRASIL. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. **Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências.** Diário Oficial da União, Brasília, p. 7577, 12 novembro de 2009a. Seção 1.

BRASIL. Portaria nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. **Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.** Diário Oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Diário Oficial da União, Brasília (DF) 2011a; 24 out. Seção 1:48-55.

BRASIL. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. **Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST).** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 nov. 2011b. Seção 1, p. 9-10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.027, de 25 de agosto de 2011. **Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família - ESF e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica - PAB variável.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 25 ago. 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Normas técnicas de profilaxia da raiva humana** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de situação de saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da saúde.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2011f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** D.O.U. - Ano CXLIX Nº 165, Seção I, págs. 46-51 - Brasília - DF, sexta-feira, 24 de agosto de 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União. 12 dez. 2012c.

BRASIL. Decreto nº 8.166, de 23 de Dezembro de 2013. **Regulamenta a Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 dez. 2013a, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013b.



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

BRINGSÉN, A. *et al.* **Exploring workplace related health resources from a salutogenic perspective: Results from a focus group study among health care workers in Sweden.** *Work* 2012; 42:403-414.

CALLAWAY C. W., CHUMLEA W. C., BOUCHARD C., HIMES J. H., LOHMAN T. G., MARTIN A. D., *et al.* **Circumferences.** In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R, editors. *Anthropometric standardization reference manual.* Champaign: HumanKinetics Books; 1988. p.39-54.

CARMO, I. C. *et al.* **Fatores associados à sintomatologia dolorosa e qualidade de vida em odontólogos da cidade de Teresina – PI.** *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(1): 141-50.

CARVALHO, L.; MALAGRIS, L. E. N. **Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde.** *Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, RJ, v. 7, n. 3, p. 570-582, dez. 2007.*

CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P. **Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: Revisão Bibliográfica.** *Acta Paul Enferm* 2006; 19(1): 212-7.

COTTA, R. M. M., SCHOTT, M., AZEREDO, C. M. *et al.* **Organização do trabalho e perfil profissional do Programa Saúde da Família: um desafio na atenção básica de saúde.** *Epidemiol. Serv. Saúde, setembro de 2006, vol.15, nº.3, p.7-18. ISSN 1679-4974.*

CUNHA, K. O. A. *et al.* **Representações sobre uso racional de medicamentos em equipes da Estratégia Saúde da Família.** *Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 46, n. 6, Dec. 2012.*

DAUBERMANN, D. C.; TONETE, V. L. P. **Qualidade de vida no trabalho do enfermeiro da Atenção Básica à Saúde.** *Acta Paul Enferm.* 2012;25(2):277-83.

DIAS, E. C. **A atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia.** Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1994. (Tese do doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, 1994.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. G. **O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST.** Ciênc. saúde coletiva v.10 n.4 Rio de Janeiro out./dez. 2005.

**Dicionário de especialidades farmacêuticas: DEF 2008/09.** 37.ed. Rio de Janeiro: Publicações Científicas; 2008. 943 p.

FERRARI, R.; FRANÇA, F. M.; MAGALHÃES, J. **Avaliação da Síndrome de Burnout em profissionais de saúde.** *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* 2012;3(3):1150-165.

FONTENELLE, L. F. **Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica.** *Rev bras med fam comunidade.* Florianópolis, 2012 Jan.-Mar.; 7(22): 5-9.

GALDINO, A.; SANTANA, V. S.; FERRITE, S. **Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil.** *Caderno de Saúde Pública*, v.28, p.145 - 159, Jan 2012.

GIOVANI, M S P; VIEIRA, C M. **Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família.** *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.* Rio de Janeiro, v.7, n.4, Dez., 2013

GIRARDI, S. *et al.* **O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família.** *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, maio 2010.

GOMES, K. O. *et al.* **Atenção Primária à Saúde a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* vol.16 supl.1 Rio de Janeiro 2011.

GONÇALVES, C. R. *et al.* **Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde.** *SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO*, V. 38, N. 100, P. 26-34, JAN-MAR 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab).** Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE/Cidades@.** [Acessado em: 09/04/2013] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

JELLIFFE, D. B. **Evaluación del estado de nutrición de la comunidad.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1968.

LANCMAN, S. *et al.* **Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família.** Rev Saúde Pública 2009;43(4):682-8.

LIMA, L *et al.* **Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica.** Esc Anna Nery 2014;18(1):17-24.

MACHADO, J. M. H.; ASSUNÇÃO, A. A. **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde.** Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 2012. 164p.

MATOS, K.A.; RIBEIRO, L.C.C. **Relato da evolução das políticas de saúde no Brasil para a construção da estratégia de saúde da família.** In: RIBEIRO, M. e RIBEIRO, L.C.C. Pesquisas e vivências na atenção primária à saúde. Diamantina: UFMG, 2010. p. 49-60.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção Primária à Saúde.** In: Isabel Brasil Pereira; Júlio César França Lima. (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde - Segunda edição revista e ampliada. 2ed.Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2009, p. 44-50.

MELO, M. B.; BARBOSA M. A.; SOUZA, P. R. **Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa.** Rev. latino-am. enfermagem. 2011 jul/ago;19(4):1047-55

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* **Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de saúde da Família.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.5, ago. 2010.

MINAS GERAIS. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária 1991. **Saúde do Trabalhador: Diretrizes de Ação para o SUS.** Brasília, 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.120 de 1 de Julho de 1998. **Instrução Normativa de Vigilância em saúde do Trabalhador.** Brasília: MS, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas e respostas.** Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: VIGITEL 2011.** Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Normas Regulamentadoras. **Norma Regulamentadora nº. 32. Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde.** Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego; 2005.

MIRANZI, S. S. C. *et al.* **Qualidade de vida e perfil dos dentistas da Estratégia de Saúde da Família do Triângulo Mineiro, Brasil.** Saúde Coletiva, v.50, n.08, p.120-125, 2011.

MOURA, E. C.; MALTA, D. C. **Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta Brasileira: características sociodemográficas e tendência.** Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 14, supl. 1, Sept. 2011 .

MUNHOZ, R. F.; GATTO, A. M.; FERNANDES, A. R. C. **Automedicação em profissionais das áreas de enfermagem e farmácia em ambiente hospitalar na cidade de São José do Rio.** Arquivos Ciências da Saúde, v. 17, n. 3, p. 140-145, 2010.

NASCIMENTO, E. P. L., CORRÊA, C. R. S. **O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas.** Cad. Saúde pública. 2008; 24(6): 1304-13.

OLIVEIRA, M. A. M. *et al.* **Relação de indicadores antropométricos com fatores de risco para doença cardiovascular.** Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 94, n. 4, Apr. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10, classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.** 3.ed. 10ª rev. São Paulo: Edusp, 1996.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Carta de Ottawa.** Primeira Conferência Internacional para Promoção da Saúde. 1986.

PASTORE, E; ROSA, L D; HOMEM, I D. **Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde.** Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder. Florianópolis/2008.

PEREIRA, A. S. *et al.* **Estudo da prevalência de doenças ocupacionais em Cirurgiões - Dentistas de São José dos Campos.** Odonto 2011; 19 (37): 7-14.

PIERATONI, C. R. *et al.* **Recursos Humanos e Gestão do Trabalho em Saúde: da teoria à prática.** Cadernos RH Saúde, v. 3, n. 1, mar. 2006.

PINHEIRO, G. R. C. **Reverendo a Orientação Dietética na Gota.** Rev. Bras. Reumatol., v. 48, n.3, p. 157-161, mai/jun, 2008.

PINTO, A. A. M.; FRACOLLI, L. A. **O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da promoção da saúde: considerações práticas.** Rev. Eletr. Enf. 2010 out/dez;12(4):766-9.

RIBAS, T. C.; BENETTI, S. R. D. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: visão dos ACS e dos usuários das ESF.** Ágora: R. Divulg. Cient., v. 18, n. 2, p. 2-29, dez. 2011 (ISSN 2237-9010).

RODRIGUES, P. F. V.; BELLINI, M. I. B. **A Organização do Trabalho e as Repercussões na Saúde do Trabalhador e de sua Família.** Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 345 - 357, ago./dez. 2010.

RODRIGUES, C. C.; RIBEIRO, K. S. Q. S. **Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família.** Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, out. 2012.

RODRIGUES, J A C; PEREIRA, M F, SABINO, M M F L. **Proposta para Adoção de Estratégias para Diminuir a Rotatividade de Profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Santo Amaro da Imperatriz.** Coleção Gestão da Saúde Pública – V. 2; 2013.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. **Impacto do programa saúde da família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil.** Cienc Saúde Col. 2006; 11(3): 713-24.

SÁ, T. H.; FLORINDO, A. A. **Efeitos de um programa educativo sobre práticas e saberes de trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família para a promoção de atividade física.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, 2012, vol. 17, n. 4, p. 293-299.

SCHILLING, R. S. F. **More effective prevention in occupational health practice.** J Soc. Occup Med. 1984; 34:71-9.

SERVIDONI, A. B. *et al.* **Perfil da automedicação nos pacientes otorrinolaringológicos.** Rev. Bras. Otorrinolaringol., São Paulo, v. 72, n. 1, fev. 2006.

SILVA, R. M. *et al.* **Realização do auto-exame das mamas por profissionais de enfermagem.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 43, n. 4, Dec. 2009.

SILVA, N. R. **Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva 2011; 16(8): 3393-3402.

SILVA, L. M. S. *et al.* **Trabalho interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família: Enfoque nas ações de cuidado e gerência.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 dez; 20(esp.2): 784-8.

SILVA, V. N. **Estudo comparativo entre o índice cintura-quadril com o sintoma de dispneia em adultos sedentários.** Revistas Científicas Linkania. Edição 5, volume 1, artigo nº 5, Abril/Junho 2013.

STANCATO, K.; ZILLI, P. T. **Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de saúde: uma revisão da literatura.** Rev. adm. saúde; 12(47): 87-99, abr.-jun. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

TAVEIRA, Z. Z. **Precarização dos vínculos de trabalho na estratégia saúde da família: revisão de literatura.** Monografia/ Faculdade de Medicina – UFMG. Nescon. Belo Horizonte, 2010.

TOMASI, E. *et al.* **Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup. 1: S193-S201, 2008.

VASCONCELOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de Estado.** In: Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea, Carlos Minayo Gomez; Jorge Mesquita Huet Machado; Paulo Gilvane Lopes Pena (orgs). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

WERMELINGER, M. et al. **A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização.** Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 45, p. 55-71, abril 2010.

WESTPHAL, M. F. **Promoção da saúde e prevenção de doenças.** In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al.* Tratado de saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 635-667.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Geneva: Program of Nutrition, Family and Reproductive Health; 1998 (Technical Report Series 894).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International agency for research on cancer: Globocan 2008. **World Cancer Report.** Lyon: WHO, 2008. p. 11-104.

## APÊNDICE A

## QUESTIONÁRIO

Questionário

1- Profissão:

(1) Médico	(2) Enfermeiro	(3) Técnico de Enfermagem	(4) Auxiliar de Enfermagem	(5) Agente Comunitário de Saúde (ACS)
(6) Dentista	(7) Técnico em Saúde Bucal	(8) Auxiliar em Saúde Bucal		

2- No momento atual, você está:

(1) Em exercício
(2) De férias
(3) Afastado (Se sim, qual motivo? _____ )

3- Sexo:

(1) Feminino	(2) Masculino
--------------	---------------

4- Idade: \_\_\_\_\_ anos

5- Estado civil:

(1) Solteiro	(2) Casado	(3) Mora com companheiro
(4) Divorciado	(5) Viúvo	

6- Possui filhos?

(1) Não	(2) Sim - quantos? _____
---------	--------------------------

7- Você possui moradia:

(1) Própria	(2) Alugada
(3) Emprestada	(4) Outro _____

8- Cidade de origem: \_\_\_\_\_

9- Escolaridade:

(1) Fundamental I incompleto
(2) Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
(3) Fundamental II completo / Médio incompleto
(4) Médio completo / Superior incompleto



(5) Superior completo
-----------------------

10- Vínculo de trabalho:

(1) Efetivo/Concursado	(2) CLT (celetista)
(3) Contrato temporário	(4) Outro: _____
Se sim, qual o tempo de vigência do contrato? _____	

11- Dedicção exclusiva a este trabalho:

(1) Sim	(2) Não - quantos empregos você tem?
---------	--------------------------------------

12- Renda mensal na ESF:

(1) Até 1 salário mínimo	(2) de 1 a 2 salário mínimo
(3) de 2 a 3 salário mínimo	(4) de 3 a 4 Salário mínimo
(5) de 4 a 5 salário mínimo	(6) mais de 5 salário mínimo

13- Há quanto tempo trabalha neste emprego? \_\_\_\_\_

14- Qual a carga horária de trabalho? \_\_\_\_\_ horas/semana

15- Faz hora extra?

(1) Sim	(2) Não
---------	---------

16- Se sim à resposta anterior, as horas extras são remuneradas?

(1) Sempre	(2) Nunca	(3) Às vezes
------------	-----------	--------------

17- Normalmente quantas horas extras são realizadas por semana? \_\_\_\_\_ horas/semana

18- Você possui férias regularmente, todo ano?

(1) Sim	(2) Não
---------	---------

19- Você gostaria de continuar neste serviço por muito tempo?

(1) Sim	(2) Não	(3) Talvez
---------	---------	------------

20- Você está satisfeito com seu trabalho?

(1) Sim	(2) Não	(3) Em parte
---------	---------	--------------

21- Como você avaliaria seu relacionamento interpessoal no trabalho com:

	0	1	2	3	4	5
	Péssima	Muito ruim	Ruim	Boa	Muito boa	ótima
Chefia Imediata						
Equipe de trabalho						

22- Nos últimos 12 meses, você faltou ao serviço devido algum problema de saúde?

(1) Não
(2) Sim
Se sim, quantos dias? _____
Qual foi o problema de saúde? _____

23- O trabalho tem interferido na sua saúde?

(1) Não
(2) Sim. De que forma?
(3) Em parte. De que forma?

24- Peso atual: \_\_\_\_\_ Kg

25- Altura: \_\_\_\_\_ cm

26- Circunferência da cintura: \_\_\_\_\_ cm OBS: \_\_\_\_\_

27- Circunferência do quadril: \_\_\_\_\_ cm OBS: \_\_\_\_\_

28- Você realiza alguma atividade física?

(1) Sim - Qual?	(2) Não
-----------------	---------

29- A posição dos equipamentos e/ou mobiliários interfere na sua postura corporal?

(1) Sim	(2) Às vezes	(3) Não
---------	--------------	---------

30- Possui algum problema de saúde?

(1) Não
(2) Sim - Qual?

31- Já teve algum problema de saúde provocado pelo trabalho?

(1) Não
(2) Sim - Qual?

32- Você já sofreu algum acidente de trabalho?

(1) Não
(2) Sim - Qual?

33- Quais foram as ações realizadas devido ao acidente de trabalho?

---



---



---

34- Foi realizado a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)?

(1) Não. Por quê?
(2) Sim

35-É realizado no serviço a educação continuada sobre:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente
Acidente de Trabalho (Prevenção, Condutas e Direitos do profissional)				
Perfurocortantes				
Uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's)				

36- Quais EPI's (Equipamentos de proteção individual) são oferecidos a você no ambiente de trabalho?

(1) Não são ofertados os EPI's
(2) Gorro/Touca
(3) Óculos de proteção
(4) Máscara descartável
(5) Luvas descartáveis
(6) Avental descartável

37- Você usa medicamentos sem receita médica?

(1) Sim	(2) Às vezes	(3) Não
---------	--------------	---------

38- Você já sofreu algum tipo de violência no trabalho?

(1) Não
(2) Sim( )Agressão física do usuário ( )Agressão verbal do usuário
( )Agressão física de outro profissional ( )Agressão verbal de outro profissional

39- Você fuma?

(1) Não	(2) Sim. Quantos cigarros ao dia?
---------	-----------------------------------

--	--

40- Você faz uso de bebida alcoólica?

(1) Não
(2) Sim

41- Se a resposta à questão anterior for SIM, qual a quantidade de doses por dia em que ocorreu a ingestão de bebida alcoólica? (1 dose corresponde a 350 ml (lata) de cerveja ou 90 ml (taça) de vinho ou 25 ml de destilados.).

(1) 1 a 2 doses	(2) 3 a 4 doses	(3) 5 ou mais doses
-----------------	-----------------	---------------------

42- Quantos dias na semana você faz uso de bebida alcoólica?

(1) 1 a 2 dias	(2) 3 a 4 dias	(3) 5 a 6 dias
(4) 7 dias		

43- Quando você foi admitido no trabalho atual, você realizou exames admissionais?

(1) Não
(2) Sim - Qual?

44- É exigida de você a realização de exames periódicos?

(1) Não
(2) Sim - Quais exames?
Qual o intervalo de tempo entre os exames?

45- Você possui cartão de vacina?

(1) Não Por quê? _____
(2) Sim

46- Você está em dia com o calendário de vacinação?

(1) Não	(2) Sim	(3) Não Sei
---------	---------	-------------

47- Como está sua vacinação contra Hepatite B?

(1) Em dia	(2) Atrasada	(3) Não Sei
------------	--------------	-------------

48- Como está sua vacinação contra Tétano?

(1) Em dia	(2) Atrasada	(3) Não Sei
------------	--------------	-------------

49- Você realiza acompanhamento com algum médico especialista?

(1) Não
(2) Sim - Qual?

50- Você realiza consultas médicas de rotina?

(1) Não
(2) Sim - Quantas vezes ao ano?

51- Você realizou o exame Preventivo do Câncer de Colo do Útero nos últimos 12 meses?  
(Esse exame é indicado para mulheres entre 25 e 64 anos)

(1) Não Por quê? _____
(2) Sim
(3) Não se aplica

52- Você realizou o exame de mamografia nos últimos 12 meses? (Esse exame é indicado para mulheres entre 50 e 69 anos)

(1) Não Por quê? _____
(2) Sim
(3) Não se aplica

53- Você realiza o autoexame das mamas com frequência?

(1) Não Por quê? _____
(2) Sim
(3) Não se aplica

54- Você realizou o exame de Próstata nos últimos 12 meses? (Esse exame é indicado para homens a partir dos 50 anos, caso tenha história familiar de câncer de Próstata a idade indicada para a realização do exame é de 45 anos).

(1) Não Por quê? _____
(2) Sim
(3) Não se aplica

55- Você realizou algum exame de sangue de rotina nos últimos 12 meses?

(1) Não Por quê? _____
(2) Sim

56- Você realizou algum exame de fezes de rotina nos últimos 12 meses?

(1) Não Por quê? _____
(2) Sim

57- Você realizou algum exame de urina de rotina nos últimos 12 meses?

(1) Não Por quê? _____
------------------------

(2) Sim
---------

58- Você faz uso de medicamentos de uso contínuo prescritos pelo médico?

(1) Não
---------

(2) Sim - Qual?
-----------------

59- Você participa de alguma atividade de promoção à saúde na Unidade básica de Saúde como PACIENTE?

(1) Não
---------

(2) Sim - Qual?
-----------------

## APÊNDICE B

## TCLE



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa intitulada: “**Condições de saúde e de trabalho de profissionais que atuam na atenção básica**”, em virtude de ser profissional da atenção básica de município pertencente à Região de Saúde de Diamantina, coordenada pela Professora Angelina do Carmo e contará ainda com a mestranda do programa de pós-graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente da UFVJM, enfermeira Anna Luisa Alkmin Rocha, com o prof. Romero Alves Teixeira e com a nutricionista Kelly da Rocha Neves.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a UFVJM ou com prefeitura do seu município.

O objetivo desta pesquisa é conhecer as condições de saúde e de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica do SUS dos quinze municípios que compõem a Região de Saúde de Diamantina. Caso você decida aceitar o convite, será submetido (a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: responder a um questionário de pesquisa e avaliação antropométrica, por meio de medida de peso e de altura e circunferências. O tempo previsto para a sua participação é de aproximadamente de 10 minutos.

Os riscos relacionados com sua participação seria o seu possível constrangimento ao responder o questionário, também a preocupação com o sigilo de suas informações. Entretanto, todo questionário será aplicado em local reservado, preservando o seu sigilo sendo que esse será garantido a todas as etapas da pesquisa, ou seja, em nenhum momento, a sua identidade será revelada a outras pessoas que não aos responsáveis pela pesquisa. Quanto ao constrangimento, você poderá a qualquer momento, se recusar a responder uma ou todas as perguntas do questionário.

Não estão previstos benefícios diretos pela sua participação, entretanto, o benefício indireto será a disponibilização de informações sobre o perfil de saúde dos profissionais que atuam na atenção básica da Região de Saúde de Diamantina, permitindo que a condição de trabalho e saúde desses profissionais seja valorizada no âmbito da gestão da saúde a fim de se promover intervenções e/ou mudanças necessárias.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidos por meio da sua participação serão confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação. A sua participação bem como a de todas as partes envolvidas será voluntária, não havendo remuneração para tal. Não está previsto nenhum gasto financeiro pelo participante da pesquisa e, portanto, nenhum ressarcimento previsto. Não está previsto indenização por sua participação, mas em qualquer momento se você sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Coordenadora do Projeto: Angelina do Carmo Lessa

Endereço Rua da Glória 187 – Laboratório do Grupo Jequi

Telefone: 3532:1200 ramal 6054

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios da mesma e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Nome do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_



---

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM

Rodovia MGT 367 - Km 583 - nº 5000 - Alto da Jacuba-

Diamantina/MG CEP39100000

Tel.: (38)3532-1240-

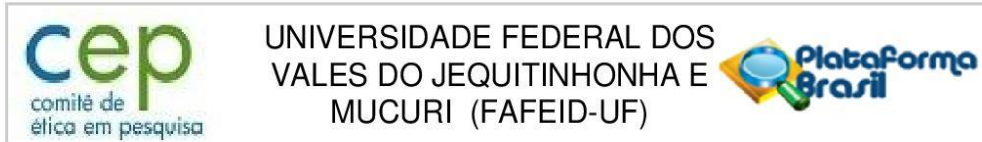
Coordenadora: Profª. Thaís Peixoto Gaiad Machado

Secretaria: Dione de Paula

Email: [cep.secretaria@ufvjm.edu.br](mailto:cep.secretaria@ufvjm.edu.br)/ou [cep@ufvjm.edu.br](mailto:cep@ufvjm.edu.br).



## ANEXO 1



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Condições de saúde e de trabalho de profissionais que atuam na Atenção Básica

**Pesquisador:** Anna Luisa Alkmin Rocha

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 27574114.9.0000.5108

**Instituição Proponente:** Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 629.279

**Data da Relatoria:** 29/04/2014

**Apresentação do Projeto:**

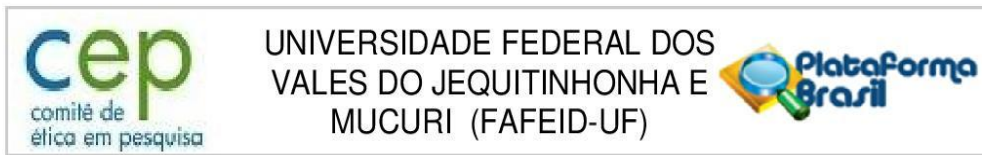
As condições do trabalho, a organização, a concepção e o ambiente das atividades laborais aos quais os profissionais da atenção básica do Sistema Único de Saúde estão inseridos podem ter grande influência sobre a situação de saúde devido à complexidade do serviço. A avaliação das condições de trabalho e saúde torna-se importante instrumento de análise das possibilidades de intervenção buscando melhoria da qualidade de vida do indivíduo. Objetiva-se, assim, conhecer a situação de saúde e de trabalho dos profissionais da atenção básica dos quinze municípios que compõem a Região de Saúde de Diamantina/MG, através de estudo descritivo com base em um questionário semi-estruturado e em análises antropométricas. A Organização Mundial da Saúde proclama os trabalhadores de saúde como seu mais valioso recurso, assim, como profissional da atenção básica é necessário que esse desperte para a própria condição de saúde, reconhecendo e analisando situações que possam influenciar e determinar a qualidade de vida.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Conhecer as condições de saúde e de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica do SUS dos quinze municípios que compõem a Região de Saúde de Diamantina/MG.

**Endereço:** Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000  
**Bairro:** Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000  
**UF:** MG **Município:** DIAMANTINA  
**Telefone:** (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 629.279

**Objetivo Secundário:**

Descrever o perfil sócio-demográfico e de formação profissional dos trabalhadores da atenção básica, identificar as situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde dos profissionais, descrever a utilização dos serviços de saúde pelos profissionais, identificar a prevalência de morbidades entre os profissionais de saúde, destacando àquelas relacionadas ao trabalho, prover os profissionais de dados que contribuam para a

melhoria da qualidade de vida e, portanto, para a defesa do direito à saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Os riscos relacionados com a participação dos profissionais seriam um possível constrangimento ao responder o questionário e a preocupação com o sigilo das informações. Entretanto, todo questionário será aplicado de forma individual e em local reservado, preservando o sigilo dos dados, sendo que esse será garantido em todas as etapas da pesquisa, ou seja, em nenhum momento a identidade do participante será revelada. Quanto

ao constrangimento, o participante poderá a qualquer momento se recusar a responder uma ou todas as perguntas do questionário e poderá também se recusar a participar da avaliação antropométrica.

**Benefícios:**

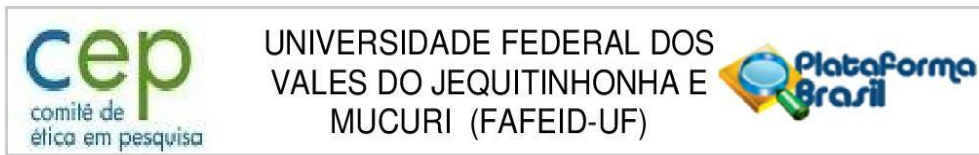
Os benefícios relacionados à pesquisa direcionam para a disponibilização de informações sobre a situação de saúde dos profissionais que atuam na atenção básica da Região de Saúde de Diamantina, permitindo que as situações de saúde desses profissionais sejam valorizadas no âmbito da gestão da saúde. Assim, os trabalhadores de saúde ao conhecer o perfil epidemiológico dos principais agravos que os acometem podem adotar estratégias e ações que visem agir sobre tais determinantes, influenciando sobre a melhoria das condições de saúde e de trabalho. Conseqüentemente, essas melhorias poderão contribuir para o desempenho dos profissionais inseridos em um dos níveis de atenção eleito como estratégico para a reorientação do modelo assistencial.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Metodologia Proposta:**

Trata-se de um estudo transversal com uma abordagem descritiva que será realizada com os profissionais de saúde da atenção básica da Região de Saúde de Diamantina/MG. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 a região possuía 166.513 habitantes abrangendo uma área total de 14.203,952 Km<sup>2</sup> (IBGE, 2010). Após contato com os

**Endereço:** Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000  
**Bairro:** Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000  
**UF:** MG **Município:** DIAMANTINA  
**Telefone:** (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 629.279

coordenadores da atenção básica e profissionais de saúde dos municípios da Região de Saúde, foi estimada uma população de 631 profissionais que se enquadram nos requisitos do presente estudo. Todos os profissionais que compõem a equipe da Estratégia Saúde da Família dos municípios serão convidados a participar da pesquisa, são eles Médicos,

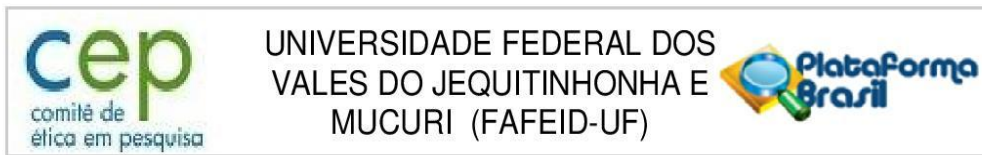
Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Dentistas, Auxiliares de Consultório Dentário e Técnicos de Higiene Dental (BRASIL,2011). As variáveis a serem pesquisadas englobam as características socioeconômicas, demográficas, vínculo empregatício, morbidade referida, uso de medicamentos, uso dos serviços de saúde, hábitos de vida, medidas antropométricas (peso, altura e circunferências). Os Instrumentos a serem utilizados serão um questionário semi-estruturado, previamente testado, e equipamentos para avaliação antropométrica, a saber: balança antropométrica digital portátil com capacidade de 150Kg e sensibilidade de 100g e antropômetro Altura Exata com capacidade máxima de 213 cm e precisão de 0,1 cm. Anterior ao início da pesquisa será feito uma padronização entre os pesquisadores para a aplicação do questionário e a obtenção das medidas antropométricas, seguindo padronizações de CALLAWAY (1988). Na realização do contato com a secretaria de saúde de cada município, será disponibilizado todas as informações do estudo e esclarecimento de qualquer dúvida referente ao projeto. Nas datas agendadas, os entrevistadores se deslocarão para os municípios, aplicarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e realizarão a coleta de dados nas dependências das unidades básicas de saúde do município de acordo com a disponibilidade apresentada pela Secretaria de Saúde de cada município. Os critérios diagnósticos para as medidas antropométricas utilizados serão aquelas preconizados para

adultos pela OMS (OMS, 1995). A aplicação do questionário e as avaliações antropométricas serão realizadas de forma individual e em local reservado, preservando o sigilo dos dados em todas as etapas da pesquisa. A qualquer momento o participante poderá se recusar a responder perguntas do questionário e também poderá se recusar a participar da realização das avaliações antropométricas. Os critérios para a suspensão ou encerramento da pesquisa são as situações que possam colocar em risco a integridade dos pesquisadores e dos participantes.

**Metodologia de Análise de Dados:**

Na análise dos dados, serão utilizadas estatísticas descritivas, verificando a frequência simples e relativa das variáveis estudadas, construindo medidas de tendência central e de dispersão como média e mediana, desvio padrão e percentis, a depender da distribuição das variáveis. Para detectar a existência de associações entre as variáveis, será utilizado o teste Z no caso de variáveis

**Endereço:** Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000  
**Bairro:** Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000  
**UF:** MG **Município:** DIAMANTINA  
**Telefone:** (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 629.279

contínuas com distribuição normal. Na comparação entre três ou mais grupos de variáveis contínuas, será utilizado análise de variância (ANOVA) e, em caso de diferença estatisticamente significativa, pós-teste, a comparação dos pares de variáveis será feita pelo método de Bonferroni. A verificação de diferenças entre proporções será através do teste do qui-quadrado. Em todos os testes, para aceitação da hipótese de nulidade, o nível de significância estatística será assumido como menor que 5%.

Para constituição do banco e análise dos dados, será utilizado o programa EPI INFO 6.02 Centers for Disease Control and Prevention - CDC.

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

O pesquisador apresentou o Projeto de Pesquisa, a Folha de Rosto, o cronograma, o TCLE e a carta de concordância dos setores com assinatura dos responsáveis. Apresentou também as cartas de co-participes.

**Recomendações:**

- Segundo a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS, de 21/03/11, há obrigatoriedade de rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador, que deverá também por sua assinatura na última página do referido termo.

- Relatórios final deve ser apresentado ao CEP ao término do estudo em 27/04/2015. Considera-se como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou.

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

O projeto atende aos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 466/12 CNS.

**Situação do Parecer:**

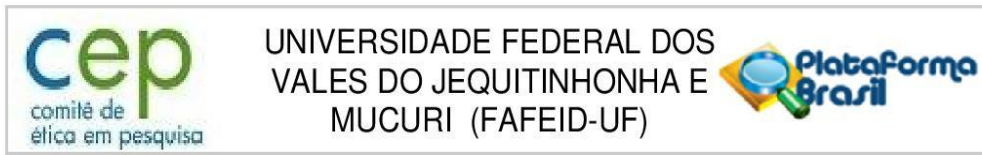
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000  
**Bairro:** Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000  
**UF:** MG **Município:** DIAMANTINA  
**Telefone:** (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br



Continuação do Parecer: 629.279

DIAMANTINA, 29 de Abril de 2014

---

**Assinador por:**  
**Thais Peixoto Gaiad Machado**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rodovia MGT 367 - Km 583, nº 5000  
**Bairro:** Alto da Jacuba **CEP:** 39.100-000  
**UF:** MG **Município:** DIAMANTINA  
**Telefone:** (38)3532-1240 **Fax:** (38)3532-1200 **E-mail:** cep@ufvjm.edu.br