

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**



**DISSERTAÇÃO**

**ACIDENTES DE TRABALHO EM TRABALHADORES DE**  
**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS REGIÕES SUL E NORDESTE**  
**DO BRASIL**

**CARLA LUCIANE DOS SANTOS BORGES**

**Pelotas – RS, 2012**

**CARLA LUCIANE DOS SANTOS BORGES**

**ACIDENTES DE TRABALHO EM TRABALHADORES DE  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS REGIÕES SUL E NORDESTE  
DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal d Pelotas, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde.

**Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini**

**Co-Orientador: Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Elaine Thumé**

**Pelotas – RS, 2012**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B732a Borges, Carla Luciane dos Santos

Acidentes de trabalho em trabalhadores de atenção primária à saúde das regiões sul e nordeste do Brasil / Carla Luciane dos Santos Borges. Pelotas, 2012.

136 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2012. Orientação: Luiz Augusto Facchini; co-orientação: Elaine Thumé.

1. Enfermagem. 2. Atenção primária à saúde. 3. Acidentes de trabalho. 4. Acidentes e eventos biológicos. 5. Consequências de acidentes. I. Título.

CDD: 610.73

## Folha de aprovação

Autora: Carla Luciane dos Santos Borges

Título: Acidentes de trabalho em trabalhadores de Atenção Primária à Saúde das Regiões Sul e Nordeste do Brasil.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências: Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em:

---

Dr. Luiz Augusto Facchini (Presidente)  
Universidade Federal de Pelotas

---

Dr<sup>a</sup> Elaine Thumé  
Universidade Federal de Pelotas

---

Dr<sup>a</sup> Anaclaudia Gastal Fassa (Titular)  
Universidade Federal de Pelotas

---

Dr<sup>a</sup> Norlai Alves Azevedo (Titular)  
Universidade Federal de Pelotas

---

Dr<sup>a</sup> Celmira Lange  
(1<sup>a</sup> Suplente)  
Universidade Federal de Pelotas

---

Dr<sup>a</sup> Roxana Isabel Cardozo Gonzales  
(2<sup>a</sup> Suplente)  
Universidade Federal de Pelotas

*Em Memória*

*Dedico esta dissertação aos meus amores que vivem em outro plano: Minha amada filha Sofia Borges Furtado e minha mãe Dalva Santos, a quem sou eternamente grata pelos ensinamentos, amor e dedicação.*

## **Agradecimentos**

A esta força divina que me ampara nos momentos mais difíceis e repõe minhas energias para um novo recomeço;

A minha filha Emily, meu bem mais precioso, pois apesar dos momentos de ausência soube compreender e ainda presentear-me com demonstrações de afeto, carinho, incentivo e amor;

A minha irmã Flávia Borges, pelo incentivo, amor e cuidados prestados a minha filha;

As amigas Rosane Mota e Denise Muller pela amizade e carinho dispensados a nossa família;

A minha irmã Glória Macedo e sobrinha Lisane , pelas palavras de incentivo;

A minha amiga e irmã de coração Cátia Braga, que mesmo estando longe, fez-se presente em todos os momentos;

Ao meu orientador Luiz Augusto Facchini, por ser um exemplo a ser seguido e por partilhar comigo momentos de crescimento, aprendizado e sabedoria;

A minha co-orientadora Elaine Thumé pela ajuda, interesse e considerações;

A Elaine Tomasi, Bruno Nunes, Danton Filho, Suele Manjourany, Alitéia Dilélio , Marcos Lemões e as bolsistas Evelise Machado, Renata Martins e Carolina Thumé, pelo apoio;

A minha colega, amiga e parceira de estudo, Michele Correa, por partilharmos nestes últimos dois anos de tantos momentos adversos, nos apoiarmos e sairmos vitoriosas;

As professoras Denise Silveira e Roxana Cardozo pelas demonstrações de carinho e interesse;

Aos colegas José Richard de Sosa e Juliana Zillmer, pelo incentivo e consideração;

A todos os familiares amigos e colegas que de alguma forma vivenciaram esta passagem;

Aos pesquisadores e trabalhadores participantes do ELB-PROESF 2005.

## Resumo

**Borges, Carla Luciane dos Santos. Acidentes de trabalho em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde das Regiões Sul e Nordeste do Brasil. 2012.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas.

Os acidentes de trabalho no Brasil e no mundo são um dos causadores de adoecimento, limitações, incapacidades e até a morte entre trabalhadores. Na área da saúde os estudos enfocam mais os acidentes em âmbito hospitalar, embora a Atenção Primária à Saúde possua em torno de 01 milhão de trabalhadores, os quais atuam em ambientes com alto risco de acidentes devido à presença de agentes químicos, físicos e biológicos, além da forma de trabalho basear-se na repetição de movimentos podendo assim potencializar a sua ocorrência. Objetivou-se identificar a prevalência dos acidentes de trabalho ao longo da vida e fatores associados entre os trabalhadores da APS em 240 Unidades Básicas de Saúde dos modelos de atenção Tradicional e PSF, em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Trata-se de um estudo transversal, o qual utilizou dados do Estudo de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ELB-PROESF-UFPEL), realizado em 2005. A análise ajustada foi realizada através da regressão de Poisson. O total da amostra foi de 4741 trabalhadores. A prevalência de acidentes de trabalho em APS foi de 34,8%. Entre os acidentes destacam-se: com material perfuro cortante (62,4%), queda (36,1%), pancada (13,8%), choque (8,6%) e acidentes de trânsito (23,0). Na análise ajustada, as variáveis idades, renda, tabagismo, transtornos psiquiátricos menores, regime de trabalho, ocupação, adequação de aspectos da tarefa, satisfação com atendimento domiciliar e trabalho em equipe mantiveram-se associadas ao desfecho. Caracterizar e registrar a ocorrência de acidentes de trabalho ao longo da vida dos trabalhadores em APS, identificando as diferentes categorias ocupacionais, os mais expostos e outros fatores associados, poderá contribuir para novas medidas de segurança e redimensionamento das políticas de saúde do trabalhador.

**Palavras-chave:** Atenção Primária a Saúde, Acidentes de Trabalho, Acidentes com Perfuro cortantes, Acidentes e Eventos Biológicos, Consequência de Acidentes, Acidentes de Trajeto.

## **Abstract**

### **Job accidents with workers from the Primary Attention to Health in the South and Northeast regions of Brazil.**

Job accidents in Brazil and in the world are one of the causes of sickness, limitations, disabilities and even death among workers. In the health area, studies are more focused on accidents in hospitals, although the Primary Attention to Health (APS) has about 1 million workers who act in environments with great risks of accidents due to the presence of chemical, physical and biological agents, besides the working itself being based on movement repetition, making it possible to potentiate its occurrence. It was aimed to identify the prevalence of job accidents among APS workers in 240 Basic Health Units of the Traditional and PSF attention models, in 41 cities with more the 100,000 inhabitants in the South and Northeast regions of Brazil. A cross-sectional study that used data from the Base Line Study of the Expansion and Consolidation Project of Family Health Strategy (ELB-PROESF-UFPEL), performed in 2005. The adjusted analysis was performed with Poisson regression. The total sample was made of 4,741 workers. The prevalence of job accidents in APS was 34.8%. Among the accidents it stands out: with drill cutting material (62.4%), fall (36.1%), stroke (13.8%), shock (8.6%) and traffic accidents (23.0). In the adjusted analysis, the variables age, income, smoking, minor psychiatric disorders, work regime, occupation, adequacy, satisfaction with home assistance and team work were associated with the outcome. Characterize and register the occurrence of lifelong job accidents among APS workers, identifying the different occupational categories, the most exposed and other associated factors, can contribute to new security measures and resizing of workers' health politics.

**Keywords:** Primary Attention to Health, Job Accidents, Drill Cutting Accidents, Biological Accidents and Events, Accident Consequences, Commuting Accidents.

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS – Atenção Básica à Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ACS – Agente comunitário de Saúde

AT – Acidente de Trabalho

ELB – Estudo de Linha de Base

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa de Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPEL – Universidade Federal de Pelotas

SRQ - Self Report Questionnaire

ST – Saúde do Trabalhador

## LISTA DE DEFINIÇÃO DE TERMOS

- 1. Acidentes de Trabalho:** Um evento súbito ocorrido no exercício de atividade laboral, independentemente da situação empregatícia e previdenciária do trabalhador acidentado, e que acarreta dano a saúde, potencial ou imediato, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que causa direta ou indiretamente a morte, perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 2006).
- 2. Profissionais de Saúde:** Indivíduos que, estando ou não ocupados no setor saúde, tem formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas direta ou indiretamente ao cuidado ou a ações de saúde (MACHADO, 2008).
- 3. Trabalhadores de Saúde:** Indivíduos que se insiram direta ou indiretamente na atenção à saúde em estabelecimentos de saúde ou nas atividades de saúde, podendo ter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor (MACHADO, 2008).
- 4. Organização do Trabalho:** Divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade (DEJOURS, 1992).
- 5. Saúde do Trabalhador:** é um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e 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, 2004).
- 6. Vínculo Precário de Trabalho:** Relação trabalhista que não atende à legislação vigente e/ou a disposições constitucionais, prejudicando o trabalhador por não oferecer, por exemplo, qualquer garantia de proteção social (BRASIL, 2006).

- 7. Saúde Ocupacional:** É o segmento da saúde Pública que tem como objetivo a segurança e higiene do ambiente de trabalho, bem como a saúde do trabalhador. A efetivação deste objetivo envolve uma equipe de profissionais que compreende o médico do trabalho, o ergonomista, o engenheiro de segurança do trabalho, o toxicologista, o enfermeiro, o psicólogo, além é claro do técnico de segurança do trabalho, bem como outros profissionais de nível médio ou superior. (OIT, 1958)
- 8. Atenção Primária à Saúde:** É uma abordagem que forma a base determinando o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).
- 9. Estratégia Saúde da Família:** Estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada através de equipes multiprofissionais. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias de uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação, e manutenção da saúde da comunidade, contemplando o domicílio como espaço de atuação (BRASIL, 2006).
- 10. Unidade Básica de Saúde Tradicional:** Serviço de saúde onde não há definição de uma equipe mínima, com oferta de atendimento de especialidades médicas básicas (clínica, pediatria e ginecologia) e ênfase no atendimento a demanda espontânea. Seu atendimento está mais voltado para o processo curativo (BRASIL, 2006).
- 11. Unidade Saúde da Família:** Unidade Básica de Saúde na qual o modelo assistencial vigente é o de Estratégia de Saúde da Família, com equipe formada, no mínimo, por médico generalista, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006).

## LISTAS DE FIGURAS

- FIGURA 1** – Modelo Teórico..... 44
- FIGURA 2** – Estados que compõe os Lotes 2 Sul e Nordeste ..... 47
- FIGURA 3** – Trajeto por Municípios do RS e SC no trabalho de campo. Estudo de linha de Base. PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005..... 52
- FIGURA 4** – Trajeto por Municípios dos Estados de AL, PB, PE, PI, e RN no trabalho de campo. Estudo de Linha de Base. PROESF – UFPel, Lote 2 NE, 2005 .....53

## LISTA DE QUADROS

**QUADRO 1** – Representação dos riscos a que estão mais expostos os trabalhadores de saúde..... 33

**QUADRO 2** – Representação dos Estudos Nacionais envolvendo Acidente em Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde..... 37

**QUADRO 3** – Representação dos Estudos Internacionais envolvendo Acidente em Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde..... 40

**QUADRO 4** – Variáveis independentes: demográficas, socioeconômicas, comportamentais, atividade profissional, processo de trabalho, e morbidade referida..... 49

## LISTA DE TABELAS

**TABELAS 1** – Características sócio-demográficas, comportamentais, de saúde, ocupacionais e contextuais, relativas aos acidentes de trabalho sofridos pelos trabalhadores de APS ao longo da vida nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.. **.108**

**TABELA 2** - Prevalência dos acidentes de trabalho ao longo da vida de acordo com as variáveis independentes, análise bruta e ajustada nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.....110

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	18
2 OBJETIVOS .....	21
2.1 Objetivo Geral .....	21
2.2 Objetivos específicos .....	21
2.3 Hipóteses .....	22
3 REVISÃO DA LITERATURA .....	23
3.1 Estratégia de busca bibliográfica .....	23
3.2 Enfoque internacional dos acidentes em trabalhadores da saúde .....	24
3.3 Acidente de trabalho em trabalhadores da saúde no Brasil .....	27
3.4 A reforma do sistema de saúde no Brasil e a Saúde do trabalhador .....	28
3.5 Saúde do trabalhador .....	30
3.6 Percepção do risco em trabalhadores de atenção primária à saúde .....	32
3.7 Perfil dos trabalhadores atuantes na atenção primária à saúde .....	34
4 MARCO TEÓRICO.....	42
5 MODELO TEÓRICO .....	44
6 METODOLOGIA.....	45
6.1 Delineamento .....	45
6.2 População alvo.....	45
6.3 Critérios de inclusão.....	46
6.4 Critérios de exclusão.....	46
6.5 Amostragem das UBS e amostra dos trabalhadores .....	46
6.6 Cálculo do tamanho da amostra .....	47
6.7 Instrumento para a coleta de dados e logística .....	48
6.7.1 Principais variáveis coletadas .....	48
6.7.1.1 Variável dependente-acidente de trabalho .....	48
6.7.1.2 Variáveis independentes utilizadas no estudo .....	49
6.8 Seleção e capacitação dos entrevistadores .....	50
6.9 Coleta de dados e logística do ELB .....	51
6.10 Estudo piloto .....	55

6.11 Processamento de dados.....	55
6.12 Análise dos dados.....	55
6.13 Aspectos éticos - Estudo Piloto.....	56
7 CRONOGRAMA.....	57
8 RECURSOS.....	58
8.1 Recursos utilizados para desenvolver o projeto.....	58
9 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	59
10 FINANCIAMENTO.....	60
11 REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICE.....	69
ANEXOS.....	75
RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....	88
ARTIGO 1 DA DISSERTAÇÃO.....	91
REFERÊNCIAS DO ARTIGO 1.....	105
ARTIGO 2.....	92
REFERÊNCIAS DO ARTIGO 2.....	105

## INTRODUÇÃO

Os trabalhadores da saúde no Brasil representam mais de 2,5 milhões do total de trabalhadores no país, sendo que 56% encontram-se vinculados ao setor público e destes 69% em âmbito municipal (IBGE, 2006). A categoria mais expressiva é a dos trabalhadores da enfermagem que, representam 60% da força de trabalho (CAPEL, 2010). Do total de trabalhadores da saúde, um milhão está lotado em serviços de atenção primária a saúde (IBGE, 2006), porta de entrada do SUS, realizando ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura. Neste contexto, é crescente o reconhecimento de que o bem estar dos trabalhadores está intrinsecamente ligado a qualidade dos serviços prestados a população (YASSI; HANCOCK, 2005). O ambiente de trabalho adequado, o bom relacionamento interpessoal e o crescimento profissional produzem um sentimento de satisfação e motivação para o trabalho potencializando a qualidade da atenção dispensada aos usuários dos serviços de saúde (PRÜSS-USTÜN; RAPITI; HUTIN, 2005; CARDOSO; FIGUEIREDO, 2010).

Os acidentes de trabalho constituem uma das principais causas de adoecimento e incapacidade no Brasil e no mundo. Infelizmente no país, as estatísticas mostram um crescimento nos acidentes relacionados ao trabalho na primeira década do século XXI, passando de 659.523 registros em 2007 para 747.663 em 2008, segundo informações do Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho, publicação conjunta dos ministérios da Previdência Social e do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2008). Cabe lembrar que estas estatísticas de acidentes de trabalho refletem somente os acidentes registrados pela Previdência Social. Estima-se que ainda haja no Brasil uma alta taxa de subnotificação de acidentes de trabalho (FACCHINI *et al*, 2005).

Segundo dados do governo federal os acidentes e doenças do trabalho custam, anualmente, R\$ 10,7 bilhões aos cofres da Previdência Social, através do pagamento do auxílio-doença, auxílio-acidente e aposentadorias (BRASIL, 2008).

Os acidentes de trabalho são eventos ocorridos no horário e local de trabalho, fora do local e horário de trabalho, desde que o trabalhador esteja executando ordens, ou serviço para a empresa e no trajeto da residência para o trabalho ou vice-versa (BRASIL, 1991). As condições de trabalho, as características e o manejo dos instrumentos e tecnologias laborais e a inserção dos trabalhadores

nas atividades ocupacionais estão historicamente vinculadas à ocorrência do problema (FACCHINI, 1993).

Tradicionalmente a relação entre trabalho e saúde tem sido investigada nos setores agrícola e industrial (FACCHINI, 1986; BUSCHINELLI; NOVAES, 1993; FARIA *et al*, 1999). A avaliação da saúde dos trabalhadores do setor de serviços é recente, particularmente no setor saúde, em função da importância relativa que assumem no contexto da força de trabalho em todo o mundo (ARAÚJO *et al*, 2003; SOBRINHO *et al*, 2006; BELTRÁN; MORENO, 2007; TOMASI *et al*, 2008; GARCIA ; FACCHINI, 2009).

Historicamente os estudos sobre acidentes com trabalhadores da saúde são mais focados na área hospitalar (ELIAS ; NAVARRO, 2006; SOBRINHO *et al*, 2006; PETRUCCI *et al*, 2009, BARBOZA *et al*, 2009), diferenciando-se dos estudos relativos à APS, os quais ainda são pouco estudados no Brasil e no mundo (CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007; GARCIA ; FACCHINI, 2009; CARDOSO; FIGUEIREDO, 2010).

Buscando reduzir a lacuna no conhecimento, este projeto propõe conhecer a prevalência dos acidentes de trabalho e os fatores associados, entre os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS), em municípios com mais de 100.000 habitantes de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil.

O estudo em trabalhadores de APS se justifica pela relativa carência de pesquisas que avaliem a ocorrência de acidentes e de agravos à saúde de trabalhadores do setor saúde, tanto por suas implicações para o próprio trabalhador, quanto por suas consequências potenciais para a qualidade da atenção dos usuários dos serviços de saúde (CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007; GARCIA; FACCHINI, 2008; CARDOSO; FIGUEIREDO, 2010).

Lesões, incapacidades e condições de trabalho precárias entre trabalhadores da saúde afetam a qualidade da atenção à saúde dispensada a população (PRÜSS-USTÜN; RAPITI; HUTIN, 2005). Além disso, do ponto de vista específico da situação de saúde dos trabalhadores e dando centralidade à qualidade de vida da força de trabalho, as evidências sugerem que trabalhadores da APS apresentam elevadas prevalências de problemas de saúde, com destaque para os problemas de saúde mental (TOMASI *et al*, 2008; DILÉLIO *et al*, 2009) e de acidentalidade (CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007; GARCIA ; FACCHINI, 2009; CARDOZO; FIGUEIREDO, 2010). Portanto, em termos de justiça social com a força

de trabalho em saúde, as questões relativas à saúde do trabalhador devem estar no centro da preocupação de gestores e pesquisadores.

Em qualquer um dos níveis de atenção à saúde, o papel dos trabalhadores constitui-se em nó crítico, para o desempenho dos serviços. Na APS a interação cotidiana e continuada dos trabalhadores com os usuários torna ainda mais relevante que as atividades ocupacionais sejam saudáveis e adequadas, potencializando assim, os benefícios à população (MAGALHÃES *et al*, 2005; SANTINI *et al*, 2010).

Os resultados deste estudo poderão subsidiar esforços na melhoria da qualidade de vida do trabalhador e por consequência da população atendida em serviços de atenção primária à saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Identificar as prevalências de acidentes de trabalho ao longo da vida e de acidentes com maior tempo de afastamento de atividades diárias comparando sua ocorrência entre trabalhadores de Atenção Primária à Saúde segundo a atividade profissional, modelo de atenção (saúde da família x tradicional), nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Verificar a associação entre os acidentes de trabalho ocorrido ao longo da vida e os acidentes com maior tempo de afastamento das atividades diárias de acordo com as seguintes características:

- sócio-demográficas: idade, sexo, escolaridade, renda, números de empregos, tipo de contrato de trabalho na UBS;
- comportamentais: tabagismo e sedentarismo;
- processo de trabalho: atividade profissional, tempo de trabalho, satisfação com a infra-estrutura da UBS e com o vínculo empregatício;

Descrever os acidentes com maior tempo de afastamento das atividades diárias com relação:

- ao tempo que permaneceu afastado;
- região do corpo atingida;
- tipo de serviço de saúde procurado para atendimento;
- Hospitalização;
- sequelas decorrentes do acidente;
- tipos e as causas dos acidentes.

## 2.3 HIPÓTESES

A prevalência de acidentes ao longo da vida e o perfil de acidentes com maior tempo de afastamento das atividades diárias não apresentarão variabilidade significativa de acordo com o modelo de atenção (saúde da família x tradicional) e com a região geográfica (Sul x Nordeste).

A prevalência de acidentes ao longo da vida e o perfil de acidentes com maior tempo de afastamento das atividades diárias serão significativamente maiores em:

- Auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares e técnicos de consultório dentário e trabalhadores de higienização;
- Agentes Comunitários de Saúde;
- Trabalhadores do sexo feminino;
- Trabalhadores mais jovens;
- Trabalhadores com menor renda;
- Trabalhadores com maior carga horária de trabalho;
- Trabalhadores insatisfeitos com a infraestrutura da UBS
- Trabalhadores tabagistas;
- Trabalhadores sedentários;
- Trabalhadores com vínculo empregatício precarizado.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

O objetivo da revisão foi encontrar trabalhos científicos sobre Saúde do Trabalhador, Atenção Primária à Saúde e Acidentes em trabalhadores de APS. Um conjunto de publicações sobre a temática foi identificado em bases de dados internacionais e nacionais.

#### 3.1 Estratégias de Busca Bibliográfica

As buscas foram realizadas entre os meses de outubro a dezembro de 2010 nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (PUBMED) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Para localizar os estudos foram utilizados os seguintes critérios constantes nas bases de dados: período de 10 anos (2000-2010), estudos em humanos, artigos clínicos, meta-análise, guideline prático, artigos de revisão, estudos comparativos, estudos de avaliação, artigos históricos e artigos de jornais. Os termos utilizados foram: *atenção primária à saúde, atenção básica à saúde, saúde do trabalhador, acidentes de trabalho, acidentes perfurocortantes, acidentes com exposição a material biológico, acidentes de transporte, acidentes de trajeto, seqüelas de acidentes de trabalho, riscos ocupacionais, prevenção de acidentes, manejo de exposições ocupacionais, medidas de precaução.*

Ao final deste processo, foram recuperados 405 resumos para serem lidos e avaliados. Descartaram-se os artigos não compatíveis (estudos sobre acidentes de trabalho cujo foco não estava relacionado com trabalhadores de saúde) com o projeto proposto, duplicados e incompletos (artigos indisponíveis para leitura ou impressão)

Ao final, restaram 20 publicações, sendo 12 nacionais e 08 internacionais. Através da leitura dos artigos na íntegra e de suas referências bibliográficas, novos trabalhos foram selecionados.

### 3.2 Enfoque Internacional dos Acidentes em Trabalhadores da Saúde

De acordo com informações da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2004), a cada ano, ocorrem cerca de 270 milhões de acidentes de trabalho no mundo (fatais ou não). Os acidentes fatais foram responsáveis por 1,65 milhão de óbitos, 160 milhões foram relativas às doenças profissionais e entre estas, 53 milhões/ano provocaram a perda de pelo menos 04 dias de trabalho e 106 mil, foram responsáveis por até 03 dias de ausência no trabalho.

Nos Estados Unidos, segundo Udasing (2010), mais pessoas estão empregadas no setor de saúde do que em qualquer outra atividade econômica. Os trabalhadores de saúde estão expostos a uma ampla variedade de riscos, incluindo os estressores biológicos, químicos, físicos e psicológicos. Preocupações sobre a exposição a doenças contagiosas, como HIV, hepatites B, C e tuberculose têm influenciado as escolhas da carreira de muitos profissionais de saúde. Riscos físicos, especialmente os ergonômicos, são responsáveis pela maioria da incapacidade enfrentada pelos profissionais de saúde. O referido autor salienta também que a exposição química e psicossocial está presente nas instituições de saúde. A exposição encontrada nos serviços de saúde é potencialmente perigosa para os profissionais de saúde, bem como a seus familiares e descendentes.

Neste mesmo país, estima-se que aproximadamente oito milhões de trabalhadores de saúde são vítimas de acidentes com material perfuro cortante. Os estudantes de Medicina, Odontologia e Enfermagem também conformam um grupo muito atingido por esse tipo de lesão. Dos 16.922 acidentes documentados nos Estados Unidos no período de 1995 a 2001, cerca de 44% vitimou enfermeiras, 28% médicos, 15% técnicos de laboratório, 4% estudantes e 3% o pessoal de limpeza. A estimativa inicial de custos por trabalhador fica em torno de U\$500 à U\$3.000, dependendo o tipo de tratamento prestado (CDC, 2004).

Pesquisadores da Arábia Saudita também investigaram acidentes com perfurocortantes entre os trabalhadores da APS em 24 UBS. A prevalência de acidentes foi de 15% entre os médicos e 17% entre os enfermeiros. Reencapar as agulhas após o uso (médicos e enfermeiros) e dobrar a agulha antes do descarte (médicos) foram as principais causas dos acidentes. Todos os locais possuíam

seringas descartáveis e recipientes ideais para o recebimento dos perfurocortantes (MAHFOUZ *et al*, 2009).

Petrucci *et al* (2009) realizou na Itália, um estudo observacional a respeito da exposição biológica dos acadêmicos de enfermagem aos vírus transmitidos pelo sangue. O risco dos alunos do primeiro ano foi aparentemente maior; poucos tinham conscientização da importância do uso das luvas; 43% das exposições acidentais ocorreram quando estudantes estavam sozinhos na enfermaria ou em área cirúrgica; 62% se contaminaram com o bisel da agulha.

No norte da Jordânia, foram entrevistados 170 odontólogos (119 homens e 51 mulheres); 67% ficaram feridos nos últimos 12 meses, por perfurocortantes (agulhas). A maioria dos profissionais já havia passado à faixa de adulto jovem e atendia um grande número de pacientes diariamente; 78% dos feridos não relataram a lesão (porque o acidente ocorreu antes de iniciar o procedimento no paciente); 21% desconheciam o risco; 25% disseram estar ocupados demais e 13% estão insatisfeitos com os procedimentos de acompanhamento pós-acidente (KHADER; BURGAN; AMARIM, 2009).

Smith *et al* (2006), relata que em um período de doze meses, na Coreia, foram avaliados 263 enfermeiros e identificou-se 432 casos de acidentes com agulhas e perfurocortantes, totalizando 1,3 evento/ano/profissional. Dos perfurocortantes, os ferimentos com agulha foram os mais comuns (67%) e (52%) com perfurocortantes. Um dado significativo é que 60% de todos estes eventos eram contaminados. A causa mais comum foi abertura de frasco ou ampola (35%). Os enfermeiros que tinham outro emprego tiveram 5,4 vezes mais propensão a sofrer acidentes; A faixa etária mais jovem (menores de 27anos) teve 4,5 vezes mais propensão a sofrer tais injúrias.

Um estudo realizado com 343 trabalhadores de saúde da Índia evidenciou que 80% já havia sofrido algum ferimento com agulhas no período de um ano, as enfermeiras (49) tiveram o maior percentual (100%), seguidas pelos residentes juniores com 87%, após vieram os estudantes de enfermagem com 85%, os técnicos de laboratório ficaram com 84%, os estagiários com 83%, os residentes seniores com 80% e os alunos de graduação com 53%. As agulhas injetáveis foram responsáveis por 50% dos ferimentos, seguidas das agulhas de sutura com 33%, os outros tipos de agulhas por 4%. Em relação as medidas de precaução, 60% iniciaram imediatamente, 14% tomaram alguma iniciativa no mesmo dia, porém, bem após o

procedimento e 26% não tomou nenhuma ação. Dos trabalhadores acidentados, nove tinham certeza da sorologia positiva para o HIV dos pacientes. Em relação ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), 74% estavam utilizando luvas no momento do procedimento (SUMATHI *et al*, 2010).

Em Zaragoza (Espanha), Hernández *et al* (2001) realizou um estudo descritivo dos AT em trabalhadores da APS com material biológico. Foram analisadas 282 comunicações de acidentes de trabalho de médicos, enfermeiros, zeladores, trabalhadores da higienização, auxiliares de clínica, dentre outros, em um período de 10 anos. Os enfermeiros tiveram 54% dos AT, seguidos pelos médicos com 53%. Em relação ao sexo, 89% ocorreram em trabalhadores do sexo feminino, contrapondo com 11% para o sexo masculino. Em relação a faixa etária, os adultos jovens foram os que mais se acidentaram, com 33% entre os 26 e 35 anos. A contaminação mais freqüente por fluído foi o sanguíneo, com 95%. Em relação ao modo como ocorreram os acidentes, 27% tiveram resultados através da coleta de material usado e no ato de medicar o paciente com injetáveis, aconteceram 23% dos AT; O episódio de reencapar agulha recebeu 18,4%. Os membros mais atingidos foram às mãos, com 97%. Os ambientes onde mais ocorreram AT foram as salas de consultas (67%) e de extrações (15%). As agulhas de pequeno calibre foram responsáveis por 81% dos AT. As causas para não registrar os AT foram: agulhas limpas ou estéreis; os trabalhadores não tiveram a percepção do risco; estavam muito ocupados ou insatisfeitos com o tipo de seguimento dado após o AT.

O estudo de Hernández corrobora os estudos dos autores acima, o qual evidencia o perfil dos trabalhadores acidentados (idade, sexo, turnos de trabalho) percentual de acidentes entre a enfermagem e os outros trabalhadores, as características dos acidentes, a falta de uso de EPI e de registro do acidente, demonstrando que a prevenção, o registro adequado dos AT, influenciaria positivamente no monitoramento do trabalhador, bem como o preparariam para a redução dos AT.

### 3.3 Acidentes de trabalho em Trabalhadores da Saúde no Brasil

No Brasil morrem em média dez mil trabalhadores todos os anos, vítimas de acidentes de trabalho. A estimativa leva em conta os acidentados com carteira de trabalho, os trabalhadores informais e os que são vítimas no trajeto entre suas residências e os locais de trabalho. Em 2008, foram registrados 747.663 acidentes do trabalho. Entre esses, foram contabilizados 20.786 doenças relacionadas ao trabalho, sendo que 12.071 trabalhadores por incapacidade permanente. Ocorreram 2.757 óbitos, ou seja, uma morte a cada 3 horas, motivada pelo risco decorrente dos fatores ambientais do trabalho (SOUZA, 2010).

No país, a realidade dos acidentes de trabalho é conhecida apenas parcialmente, pois a sua notificação é limitada à Previdência Social. Essa notificação é feita através da Comunicação de Acidente de Trabalho para os empregados com carteira assinada, excluindo-se os trabalhadores informais. Segundo (IBGE, 2006), em 1999, o número de trabalhadores com carteira assinada era de 19,6 milhões, enquanto a população ocupada totalizava 71,6 milhões, já em 2010, o número de trabalhadores com carteira assinada, passou para 65,2% (IBGE, 2010). Portanto, a notificação dos acidentes de trabalho limitava-se a pouco mais de um quarto do total de trabalhadores (FACCHINI, 1993; CONCEIÇÃO *et al*, 2003; FACCHINI *et al*, 2005).

Em relação aos acidentes vitimando trabalhadores da área de saúde, Viegas (2007) destaca que a incidência apresentou um acréscimo entre o ano de 2002 e 2004 de 26%, o que equivale a um aumento de 25.906 para 32.779 casos.

Um estudo, realizado em Londrina, no estado do Paraná, com 73 agentes comunitários de saúde, as condições de trabalho foram avaliadas como precárias e produtoras de sofrimento, além da baixa remuneração; 49% informaram que eram solicitados para trabalhar fora do horário normal; 36% relataram ter alguma doença, sendo a Hipertensão Arterial a mais freqüente, seguida pela doença cardíaca e a renal respectivamente. Em relação à recreação e lazer 34% não realizam, e 41% realizam alguma (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

Além destes riscos, muitas outras variáveis contribuem para a ocorrência de acidentes com a equipe de saúde e de enfermagem: falta de capacitação, inexperiência, indisponibilidade de equipamento de segurança, cansaço, dupla jornada de trabalho, distúrbios emocionais, excesso de autoconfiança, falta de

organização do serviço, trabalho em turnos, desequilíbrio emocional em situações de emergência e a tecnologia crescente de alta complexidade (MARZIALE; RODRIGUES, 2002).

Segundo Elias ; Navarro (2006), a concorrência no setor da saúde é muito grande, gerando insegurança e medo do desemprego, isto faz com que os profissionais se submetam a regimes e contratos de trabalho precários, percebendo baixos salários e arriscando sua vida e saúde em ambientes insalubres e de alto risco. Estes fatores diminuem a atenção dos trabalhadores, originando fortes pressões físico-emocionais, gerando intranquilidade no atendimento aos pacientes, estresse cotidiano decorrente da natureza do trabalho em saúde e um maior risco de acidentes (PINHO; RODRIGUES; GOMES, 2007).

### **3.4 A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e a Saúde do Trabalhador**

A Conferência de Alma Ata, em 1978, foi um marco histórico reconhecido mundialmente na implementação do conceito de Atenção Primária à Saúde. Entretanto, a difusão deste modelo remonta ao relatório Dawson, de 1920, que defendeu a idéia de regionalização e hierarquização dos cuidados primários em saúde no Reino Unido (CONIL, 2008; FACCHINI ; GARCIA, 2009). A Conferência de Alma Ata também oportunizou o surgimento de propostas específicas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a atenção à saúde de trabalhadores (LACAZ, 1997).

O Brasil transformou sua história em relação a saúde a partir da promulgação da Constituição de 1988. O país através da reforma sanitária focou suas diretrizes no sentido de construir um sistema de saúde universal, integral e equânime. A reforma sanitária trouxe cidadania à população ao estabelecer o direito universal à saúde como dever do estado; sendo assim o trabalhador com emprego formal e carteira assinada, ou desempregado e sem condições de pagar por serviços privados, passaram a ter acesso aos cuidados à saúde, os quais, antes da implantação do SUS, estavam restritos à caridade e à filantropia, por falta de atendimento e assistência adequados (FACCHINI ; GARCIA, 2009).

No Brasil, até a Constituição de 1988 a competência para tratar da saúde do trabalhador estava confiada exclusivamente à União, através do Ministério do

Trabalho e Previdência Social, conforme o disposto na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (BRASIL, 2009).

A partir da instituição do SUS e com o advento da gestão tripartite, as questões referentes à saúde do trabalhador adquiriram novas nuances tanto com a participação de Estados e Municípios na prestação de serviços, quanto pela participação de diversos ministérios (Trabalho e Emprego, Previdência Social e Saúde) em atividades de inspeção da segurança e higiene nos ambientes de trabalho, seguridade social e atenção à saúde. A descentralização das ações de saúde e a diversidade de órgãos responsáveis têm gerado conflitos entre normas constitucionais e infraconstitucionais no que diz respeito à competência sobre a saúde do trabalhador (FACCHINI, 1993; BRASIL, 2006c).

Boa parte dos conflitos decorre da definição da Saúde do Trabalhador no texto constitucional como o conjunto de atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, promoção da saúde, proteção de riscos ocupacionais, recuperação e reabilitação de agravos à saúde decorrentes de riscos advindos das condições de trabalho. Todas estas atividades são consideradas como atribuições dos SUS, gerando disputas e até impedimentos de ação dos serviços municipais de vigilância sanitária e saúde do trabalhador na inspeção de empresas e locais de trabalho (BRASIL, 2006a; FACCHINI, 2006).

Em pouco mais de 20 anos de história, o SUS apresentou muitos avanços na garantia do acesso do cidadão às ações de atenção à saúde. Entretanto, somente nos anos 2000, após a 2ª. Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (2001), os casos de violação de direitos humanos e de desrespeito à saúde do trabalhador ganham destaque e o SUS aprova diretrizes políticas nacionais, objetivando a atenção integral a ST, a qual entrou em vigor, em 2004 (BRASIL, 2006a; 2009). Apesar de alguns entraves na plena execução da política, a saúde do trabalhador deve ser objeto prioritário das ações do Sistema Único de Saúde, com vistas a alcançar formas efetivas para o seu enfrentamento (Brasil, 2006c).

No território brasileiro, considera-se que as mudanças no modelo assistencial operadas no SUS, ocorreram por conta de dois novos programas: O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) os quais provocaram alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização dos serviços. Dessa forma, o PSF constituiu uma estratégia de reforma

incremental do sistema de saúde no Brasil, tendo em vista que o programa aponta para mudanças importantes na forma de organização dos serviços e nas práticas assistenciais no plano local, e, portanto, no processo de descentralização (VIANA ; DAL POZ, 2005; STARFIELD, 2002; FACCHINI ; GARCIA, 2009).

A adoção, no início da década de 90, da Estratégia de Saúde da Família e sua evolução, agregando importantes atores políticos e técnicos e demonstrando seu potencial transformador, faz com que hoje ela se apresente como uma proposta para a organização dos sistemas municipais de saúde, viabilizando o cumprimento dos princípios do SUS.

Pode-se afirmar que o SUS foi a maior política de inclusão social do Brasil, pois, nasceu com a redemocratização do País e comemorou 20 anos no ano de 2008, com importantes conquistas para a população. Nesse momento, gestores, trabalhadores, usuários, conselheiros, prestadores de serviços, entidades e movimentos sociais uniram-se em esforços diante da missão de fazer cada brasileiro reconhecer a força de um sistema universal, que tem o desafio de atendê-lo, de forma integral e equânime, em todas as suas necessidades de saúde (FACCHINI ; GARCIA, 2009; BRASIL, 2009).

Nos últimos 20 anos, os indicadores de saúde apresentaram avanços significativos. A taxa de mortalidade infantil caiu para 21,2 por mil nascidos vivos em 2005: uma redução de 60% desde 1990. A expectativa de vida cresceu de 69,7 anos, em 1998, para 72,3 anos, em 2006. Boa parte destes avanços teve a contribuição do SUS, que está presente em todo o território nacional desde 1988. Na atualidade o país dispõe de mais de 30 mil equipes de Saúde da Família, acompanhando quase 100 milhões de brasileiros. Os trabalhadores de saúde estão presentes em cada ponto do país, realizando o cuidado do bem mais precioso que temos: a saúde (BRASIL, 2009).

### **3.5 Saúde do Trabalhador**

A organização de uma atenção diferenciada à saúde dos trabalhadores surgiu, no mundo ocidental, no século XVIII, na Inglaterra, com a Revolução Industrial. Pressionados pelos prejuízos econômicos, decorrentes dos altos índices de acidentes e adoecimento determinados pelas péssimas condições de vida e

trabalho e pelas reivindicações dos trabalhadores por mudanças, os industriais da época passaram a contratar médicos, atribuindo-lhes a responsabilidade de “cuidar” da saúde dos trabalhadores (DIAS; HOEFEL, 2005). A saúde do trabalhador, segundo o Ministério da Saúde (Lei 8080/90), é entendida como “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores”. Atividades neste campo visam à recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo a assistência à vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional ou do trabalho (BRASIL, 2006a; CESPEDES *et al*, 2010).

No Brasil, o movimento de saúde do trabalhador, tomou forma no final dos anos 70, tendo como eixos: a defesa do direito ao trabalho digno e saudável; a participação dos trabalhadores nas decisões sobre a organização e gestão dos processos produtivos bem como a busca da garantia de atenção integral à saúde (DIAS; HOEFEL, 2005).

Segundo Facchini (1993), a medicina do trabalho, de maneira geral, enfatiza causas únicas na ocorrência de agravos à saúde, além de incriminar os trabalhadores pelos acidentes, não inclui na estrutura da determinação a forma de organização do trabalho, na qual está embutida uma tecnologia específica e o estabelecimento de relações sociais entre trabalhadores e empregadores.

A assistência à saúde do trabalhador deve desenvolver-se integrada às ações de vigilância epidemiológica e sanitária neste campo, pois, dessa forma, a dinâmica do processo saúde/doença decorrente do trabalho poderá adquirir contornos mais definidos.

O dimensionamento da problemática dos efeitos do trabalho na saúde, nos diversos coletivos populacionais, depende da qualidade das informações coletadas relativas à: documentação da distribuição de agravos segundo variáveis demográficas; detecção de situações para relacioná-las às suas causas; identificação de necessidades de investigações, estudos ou pesquisas e, finalmente, utilização das informações para o planejamento de ações e serviços (FACCHINI, 1993; BRASIL, 2002).

### **3.6 Percepção do Risco e Acidentes em Trabalhadores de Atenção Primária à Saúde**

Os trabalhadores de atenção primária em saúde trabalham em um ambiente de alto risco, pois, os cinco grupos de riscos ambientais estão presentes: agentes químicos; agentes físicos (excesso de ruídos), agentes biológicos (bactérias), organização do trabalho (repetitividade de movimentos) e de acidentes, externos e internos (CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007; GARCIA e FACCHINI, 2009, CARDOZO ; FIGUEIREDO, 2010).

Para Vaz *et al*, (2009), na especificidade do trabalho em saúde da família, os riscos podem ser percebidos de distintas maneiras e, ao conhecê-los e vivenciá-los no referido processo, o trabalhador reelabora os seus saberes para a satisfação das necessidades sociais percebidas, na relação com os objetos/sujeitos das ações de saúde e a equipe, bem como na intermediação com o instrumental de trabalho. Os profissionais atuantes na APS, por lidarem com uma clientela muito diversificada estão mais propensos a sofrer AT (KAISER ; BIANCHI, 2008).

A percepção do risco de AT é entendida pelo trabalhador como uma situação de perigo individual ou coletivo, que o compreende por meio de representações racionais e sociais, e convive com ele através de práticas específicas do processo de trabalho da APS (VAZ *et al*, 2009).

Conhecer os agravos e as condições que favoreçam os riscos de AT é um grande desafio, considerando sua variabilidade, desde a postura e as posições inadequadas de trabalho até o risco de mutilação ou óbito. Na saúde destacam-se entre os acidentes aqueles ocorridos durante o trajeto, os resultantes de material perfurocortante e as alergias a substâncias químicas utilizadas na desinfecção de materiais (FACCHINI, 1993; LACAZ, 1997; VAZ *et al*, 2009).

**QUADRO 1 – Representação dos riscos a que estão mais expostos os trabalhadores de saúde.**

<b>RISCOS</b>	<b>CONSEQUÊNCIAS</b>
<b>FÍSICOS</b>	
Ruídos	Cansaço, Irritação, dores de cabeça, diminuição da audição, Aumento da pressão arterial, taquicardia e risco de infarto.
Calor	Taquicardia, cansaço, irritação, choques térmicos, fadiga térmica, perturbações de funções digestivas e hipertensão arterial.
Radiações Não Ionizantes	Queimaduras , lesões nos olhos, pele e outros órgãos.
Umidade	Doenças respiratórias e circulatórias, quedas e doenças de pele.
Frio	Fenômenos vasculares Periféricos; Doenças do Aparelho respiratório e queimaduras.
<b>QUÍMICOS</b>	
Poeiras Incomodas	Podem interagir com outros agentes nocivos no ambiente de trabalho, potencializando sua nocividade e irritação ocular.
Saneantes: Glutaraldeído, PVPI, Clorhexidina, ácidos, álcool, hipoclorito de sódio, dentre outros.	Náuseas, vômitos, cefaléia, tonturas, irritação ocular; alergias, dentre outros.
Névoas, gases e vapores	Irritantes: Irritação das vias aéreas superiores.
<b>ERGONÔMICOS</b>	
Esforço Físico ; Levantamento e Transporte de pesos; Exigências de Posturas; Local de trabalho inadequado(cadeiras, apoio para MMII)	Cansaço; dores musculares; fraquezas; hipertensão Arterial; Úlceras; Doenças Nervosas; Acidentes e Problemas de Coluna vertebral.
<b>MECÂNICOS</b>	
Arranjo Físico Inadequado	Acidente e desgaste físico excessivo.
Materiais perfurocortantes: agulhas, brocas ortodônticas, lâminas de bisturi.	Acidentes graves
Iluminação Deficiente	Curto circuito, choques elétricos, incêndios, queimaduras fatais.
Armazenamento inadequado	Acidentes por estocagem de materiais sem observação das normas de segurança.
Manipulação de materiais com acabamento inadequado: frasco de soro, equipos e de medicamentos	Acidentes, principalmente com repercussão nos membros superiores.
Falta de Equipamento de Proteção Individual	Acidentes e Doenças Profissionais.
Animais Peçonhentos (aranhas, escorpiões, cobras e cachorros)	Acidentes e Doenças profissionais.
<b>BIOLÓGICOS</b>	
Vírus, Bactérias e Protozoários.	Doenças Infecto-Contagiosas: Hepatite; Cólera; Aids; Amebíase e Tétano.
Fungos e bacilos	Infecções variadas: Externas (na pele=dermatites); Internas (Pulmonares=Tuberculose).
Parasitas	Infecções cutâneas ou sistêmicas podendo causar o contágio.

Fonte: Borges, C.L.S

### 3.7 Perfil dos Trabalhadores Atuantes na Atenção Primária à Saúde

A saúde daqueles que cuidam de outras pessoas foi o tema de estudo realizado por Tomasi *et al*, (2008), que identificou o perfil de 4749 trabalhadores da atenção primária, das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Na ESF, comparado com Unidades de Saúde Tradicionais, foi encontrado mais agentes comunitários de saúde, um maior número de mulheres entre 31 e 45 anos, profissionais mais jovens, maior contingente de trabalhadores com único emprego, piores vínculos trabalhistas, carga horária mais extensa, maior número de profissionais com especialização na área, melhores remunerações, porém, piores condições de saúde e um maior número de consultas médicas por trabalhador.

Um estudo realizado no Paraná, por Santini *et al*, (2010) com 332 trabalhadores de unidades da ESF em municípios de pequeno porte observou uma predominância de profissionais do sexo feminino (86%). Quanto à idade, 76% possuíam entre 30 e 39 anos. O nível de pós-graduação foi identificado em 13% de enfermeiros e de médicos. As equipes de Saúde da Família possuem carga horária padronizada de 40 horas semanais, independente de categoria profissional. No entanto, 26,1% dos profissionais referiram realizar menos de 40 horas semanais. O tipo de ingresso nas unidades com ESF foi de 55% através de concurso público, sendo que a modalidade de contratação mais freqüente (53%) foi através da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), tendo como empregador diretamente o Município do pesquisado. Em questões salariais, somente 10% (33) não recebiam salário em dia. No quesito remuneração mensal, 73% dos profissionais recebiam 01 salário mínimo, e somente 4,2% recebiam entre 08 a 10 salários mínimos. O pagamento de incentivos não era prática comum, pois 86% dos pesquisados declararam não receber nenhum tipo de incentivo além do salário. Outro item importante da Gestão do Trabalho pesquisado foi sobre a existência de Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), item este em que 90,5% dos pesquisados declararam não serem enquadrados. Quanto ao Adicional de Insalubridade, verificou-se que também não há uma uniformidade, pois 58,8% declararam não recebê-lo.

Em Pelotas (RS), um estudo realizado por Tomasi *et al* (2007) a respeito das condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica, identificou o seguinte perfil: Dos 329 profissionais estudados, 80% era do sexo feminino e a

média de idade era de 41 anos ( $\pm 9,2$  anos). Em torno de 30% dos profissionais pertenciam às classes C e D. O consumo de tabaco foi referido por 19% dos profissionais e 61% não praticaram nenhuma atividade física regular no mês anterior à entrevista. Do total dos entrevistados 51% trabalhavam em outro emprego e 25% precisaram faltar ao trabalho no último mês, principalmente por problemas pessoais de saúde (59%) e problemas familiares (22%). Em média, os trabalhadores atendiam cerca de 30 pessoas por dia em uma jornada semanal de 40 horas. Problemas de saúde foram referidos por 40% dos entrevistados, com destaque para problemas do aparelho circulatório (27%) e osteomusculares (18%). Independente de ter problema de saúde, 67% dos entrevistados faziam uso de medicamentos regularmente e 47% referiram este uso nos últimos 15 dias. Um quarto dos entrevistados costumava automedicar-se (médicos e outros profissionais de nível superior, com maior nível sócio-econômico e mais de um emprego).

Segundo Chiodi; Marziale; Robazzi (2007), em Ribeirão Preto, município de São Paulo, verificaram que o perfil dos trabalhadores da área da saúde do setor público que sofreram AT, cerca de 82% destes ocorreram com colaboradores do sexo feminino; a média de idade foi de 41anos, sendo a mínima de 23 anos e a máxima de 61anos; 51,6% tinham entre 40 e 61anos e 48,4% tinham entre 20 e 39 anos. Em relação ao estado civil, 61,3% eram casados. A categoria profissional que mais registrou AT foi a dos trabalhadores de enfermagem com 72,5% em torno de 42 AT com exposição a material biológico, desses 67,7% eram técnicos e auxiliares de enfermagem; 4,8% eram enfermeiros. Neste mesmo município, os auxiliares de enfermagem também foram responsáveis pelo maior número de registros de AT no âmbito hospitalar (62,99%). Os cirurgiões dentistas ocupavam o segundo lugar com 17,7% dos AT e os médicos a terceira colocação com 8,1%. A menor prevalência foi observada em enfermeiros, com 4,8% dos AT. Em relação à parte do corpo atingida, os membros superiores obtiveram o primeiro lugar, sendo 80,6% das lesões verificadas nos dedos das mãos. Do total de 155 AT no ano de 2004, 82,3% dos registros envolveram contato com sangue; 80,6% dos AT foram causados por agulhas; 5,5% por lâminas de bisturi e 1,1% por brocas esféricas e limas endodônticas.

Um estudo realizado por Garcia ; Facchini (2009) revela que de 1249 trabalhadores de APS com riscos de exposição à material biológico, a média de idade ficou entre 37 e 42 anos; As mulheres obtiveram um percentual de 85% de

AT. Os trabalhadores que tiveram contato com material biológico através de perfuro cortante foi de 43%. O tempo médio de trabalho na APS foi de 72 meses. Os entrevistados relataram que o regime de trabalho era precário, visto que 49% dos trabalhadores eram terceirizados, estagiários dentre outros. Apenas 21% realizaram cursos relacionados à saúde do trabalhador. A categoria profissional que estava mais protegida contra a hepatite B foi a dos enfermeiros, com 85% seguida pelos dentistas com 84%, logo após os técnicos de enfermagem com 83% e por último os vigias e motoristas contabilizando um total de 39% dos trabalhadores com esquema vacinal completo.

A sistematização dos estudos nacionais e internacionais, envolvendo a investigação dos perfis dos trabalhadores acidentados e das características dos acidentes de trabalho, relevantes a este trabalho, está representada no quadro a seguir.

**QUADRO 2 –** Representação dos Estudos Nacionais envolvendo Acidente em Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde

AUTOR/ANO/TÍTULO	LOCAL	DELINEAMENTO	AMOSTRA	PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES
<p><b>MARZIALE; RODRIGUES, 2002.</b></p> <p>A produção Científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem</p>	Brasil	Pesquisa bibliográfica	55 artigos	Indica as variáveis que contribuem para a ocorrência de acidentes com a equipe de saúde
<p><b>ELIAS &amp; NAVARRO, 2006.</b></p> <p>A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital escola.</p>	Brasil	Estudo Qualitativo	10 profissionais de enfermagem	Mostra a concorrência no setor da saúde, gerando insegurança e contratos de trabalho precários e com baixos salários arriscando suas vidas em ambientes insalubres e de risco.
<p><b>TOMASI <i>et al</i>, 2007.</b></p> <p>Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde em Pelotas.</p>	<p>Pelotas/RS</p> <p>Brasil</p>	Transversal	329	Perfil dos profissionais atuantes na APS: 80% do sexo feminino; a média de idade era de 41 anos; Em torno de 30% pertenciam as classes C e D; 51% trabalhavam em outro emprego. 67% dos entrevistados faziam uso de medicamentos regularmente.

AUTOR/TÍTULO/ ANO	LOCAL	DELINEAMENTO	AMOSTRA	PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES
<p><b>GARCIA; FACCHINI, 2008</b></p> <p>Vacinação contra hepatite B entre trabalhadores da atenção básica à saúde</p>	Brasil	Transversal	1249	Prevalência da vacinação completa contra hepatite B(64,61%) entre 1249 trabalhadores de UBS de Florianópolis - SC.
<p><b>GARCIA ; FACCHINI, 2009</b></p> <p>Occupational accidents and associated factors among workers from Primary Health Care Centers in Brazil</p>	Brasil	Transversal	1249	Ressalta o perfil do trabalhador acidentado: 22% homens; 78% mulheres. A prevalência acumulada de AT foi de 21,6%. A incidência de AT foi de 47,2%. O ambiente de trabalho da APS apresenta riscos para o trabalhador, assim como o ambiente externo(violência e infraestrutura).
<p><b>GARCIA; FACCHINI, 2009.</b></p> <p>Exposures to blood and body fluids in Brazilian primary Health Care. Occup med.</p>	Brasil	Epidemiológico Transversal	1249	O perfil dos trabalhadores expostos a AT com material biológico: Idade média entre 37 e 42 anos; 83,5% dos trabalhadores são do sexo feminino. 42,59% dos entrevistados relataram ter contato com material biológico perfurocortante..
<p><b>TOMASI et al, 2008.</b></p> <p>Perfil Sócio Demográfico e Epidemiológico dos Trabalhadores da Atenção Básica à Saúde nas Regiões Sul e Nordeste Brasil.</p>	Brasil	Descritivo de avaliação	4749 profissionais da Área da saúde	A composição da força de trabalho na APS. As principais características sócio-demográficas entre os dois modelos. O tipo de ingresso no serviço público e as questões salariais.

<p><b>VAZ et al, 2009.</b></p> <p>Percepção do Risco no trabalho em saúde da família: Estudo com trabalhadores no Sul do Brasil.</p>	<p>Brasil</p>	<p>Transversal com análise Qualitativa</p>	<p>485 profissionais da Área da saúde</p>	<p>Percepção dos trabalhadores da ESF sobre os riscos aos quais estão expostos no trabalho.</p>
<p><b>MOREIRA; ZANDONADE; MACIEL, 2009.</b></p> <p>Risco de Infecção Tuberculosa em Agentes Comunitários de Saúde.</p>	<p>Espírito Santo Brasil</p>	<p>Corte de 2007 a 2008</p>	<p>61 ACS</p>	<p>A incidência de viragem tuberculínea nos expostos foi de 41,7% e no grupo dos não expostos foi de 13,5%.</p>
<p><b>URSINE; TRELHA; NUNES, 2010.</b></p> <p>O Agente comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida.</p>	<p>Londrina Paraná</p>	<p>Quantitativo Descritivo</p>	<p>77 Agentes Comunitários de Saúde</p>	<p>O estudo avaliou as condições de trabalho dos ACS como precária e produtoras de sofrimento</p>

**QUADRO 3 – Representação dos Estudos Internacionais envolvendo Acidente em Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde**

AUTOR/TÍTULO/ ANO	LOCAL	DELINEAMENTO	AMOSTRA	PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES
<p><b>HERNANDEZ <i>et al</i>, 2001.</b></p> <p>Accidentes con material biológico en trabajadores sanitarios de 2 áreas de atención primaria (1990-1999)</p>	<p>Espanha Zaragoza</p>	<p>Descritivo retrospectivo</p>	<p>282 CATS de médicos, enfermeiros, zeladores, auxiliares de clínica, higienistas</p>	<p>Perfil dos profissionais acidentados, caracterizando o acidente e o membro mais atingido. O principal causador dos acidentes de trabalho, a classe trabalhadora mais atingida. Imunização e notificação.</p>
<p><b>CHIA <i>et al</i>, 2005.</b></p> <p>Appropriate use of personal protective equipment among healthcare workers in public sector hospitals and primary healthcare polyclinics during the SARS outbreak in Singapore, 2005.</p>	<p>Cingapura</p>	<p>Quantitativo</p>	<p>6198 Trabalhadores da saúde</p>	<p>A importância do uso dos EPIS para a prevenção contra a SARS.</p>
<p><b>SMITH <i>et al</i>, 2006.</b></p> <p>Epidemiology of needlestick and sharps injuries among professional Korean nurses.</p>	<p>Coréia</p>	<p>Quantitativo</p>	<p>263 Enfermeiros</p>	<p>As categorias profissionais mais atingidas pelo AT. Tpo de ferimentos. Salienta que 60% de todos os ATs eram contaminados; 35,2% dos eventos foram ocasionados pela abertura de frasco ampola. Os enfermeiros que possuíam mais de um local de trabalho tiveram 5,4 vezes mais propensão a AT.</p>

AUTOR/TÍTULO/ ANO	LOCAL	DELINEAMENTO	AMOSTRA	PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES
<b>KHADER; GURGAN; AMARIM, 2009.</b> Self-reported needle-stick injuries among dentists in North Jordan.	Jordânia	Estudo Quantitativo	170 Odontólogos	Identificou-se que 66,5% sofreram AT nos últimos 12 meses, com perfurocortantes (agulhas). A maioria destes profissionais já havia passado a faixa de adulto jovem. Relataram que atendiam a um grande número de pacientes diariamente. 77,9% não notificaram o AT.
<b>MAHFOUZ et al, 2009</b> Injection Safety at primary health care level in south western Saudi Arabia	Arabia Saudita	Estudo Quantitativo	129 Trabalhadores da saúde	Identificou os fatores de risco para AT entre médicos( 14,9%) e enfermeiros ( 16,5%). A principal causa dos acidentes foi o reencape de agulhas.
<b>PETRUCCI et al, 2009.</b> Percutaneous and mucocutaneous exposures in nursing students: an Italian Observational Study	Itália	Estudo Observacional	Acadêmicos de enfermagem	Retrata a exposição dos acadêmicos dos semestres iniciais aos fluídos sanguíneos. A pouca conscientização sobre a importância do uso dos EPIS. As exposições (42%) ocorreram quando os alunos estavam desacompanhados e 62% contaminaram-se com o bisel da agulha.
<b>UDASIN, I.G., 2010.</b> Health Care Workers are exposed to a wide variety of hazards, including biological, chemical, physical and psychological stressors.	EUA	Qualitativo	Profissionais de saúde	A exposição dos profissionais de saúde e a ampla variedade de riscos, incluindo os estressores, biológicos, químicos, físicos e psicológicos. Os riscos ergonômicos são responsáveis pela maioria das deficiências enfrentadas pelos profissionais da saúde.
<b>SUMATHI et al, 2010.</b> Needle Stick Injuries among health care workers in a tertiary care hospital of India	India	Estudo Quantitativo	343 Trabalhadores da saúde	O estudo evidenciou que 80% dos trabalhadores já sofreu algum tipo de acidente com agulhas, sendo as enfermeiras as mais atingidas com 100%. As agulhas foram responsáveis por 50% do AT. 26% optaram por não notificar .

## 4 MARCO TEÓRICO

O homem dignifica a sua existência através do trabalho, o qual movimenta a sociedade. Os trabalhadores transformam os meios de produção e sofrem a ação do produto que criaram (ORNELLAS; MONTEIRO, 2006). O trabalhador como ator ativo do processo produtivo deve influenciar e participar da reestruturação produtiva do processo de trabalho e dela se beneficiar, evitando que esta relação traga riscos para sua saúde.

As transformações ocorridas nas últimas décadas, no mundo do trabalho, têm repercutido na saúde dos indivíduos e do coletivo de trabalhadores de forma intensiva (ELIAS; NAVARRO, 2006; BENVENÚ *et al*, 2008). Todos os aspectos que interferem e se relacionam com a produção do trabalho devem ser considerados à medida que este é um processo coletivo que define, organiza e divide a inserção social de indivíduos e coletividades, com destaque especial para sua influência potencial sobre a saúde dos trabalhadores (FACCHINI, 1993).

As características sócio-demográficas, comportamentais e de saúde serão consideradas na determinação dos acidentes de trabalho em trabalhadores da atenção primária a saúde. Destaca-se dentre os determinantes associados às elevadas prevalências de acidente de trabalho as variáveis: sexo feminino e idade inferior a 50 anos ( GARCIA, 2008; TOMASI *et al*, 2007, DILÉLIO, 2009);

Os problemas enfrentados pelos trabalhadores em saúde em relação ao processo de trabalho e ambiente laboral aumentam a prevalência dos AT, pois, eles estão expostos a uma ampla variedade de riscos, incluindo os estressores, biológicos, químicos, físicos, psicológicos, ergonômicos e as exposições a doenças infecto contagiosas (GARCIA ; FACCHINI , 2009; CHIODI; MARZIALE; ROBAZZI, 2007.)

Alguns estudos evidenciaram que os trabalhadores consideram o local de trabalho como sendo o fator mais estressante, sendo o risco a exposição a materiais biológicos o fator desencadeante do estresse. (PETRUCCI, 2009; CHIODI; MARZIALLE; ROBAZZI, 2007). A falta de resolutividade dos processos de trabalho foi outro fator de desgaste para os trabalhadores (VAZ *et al*, 2009).

Em relação as características ocupacionais, o regime de contratação dos trabalhadores foi considerado pela literatura como precário, pois, ainda há um grande percentual de terceirizados, celetistas e estagiários, sendo que menos de

10% possuem plano de carreira (FACCHINI ; GARCIA, 2009; TOMASI *et al*, 2007; 2008; SANTINI *et al*, 2010).

O processo de trabalho da Atenção Primária, dependendo do contexto do modelo de atenção e região na qual o trabalhador está lotado, poderá tornar-se um agravante para a ocorrência de acidentes de trabalho ao trabalhador.

## 5 MODELO TEÓRICO

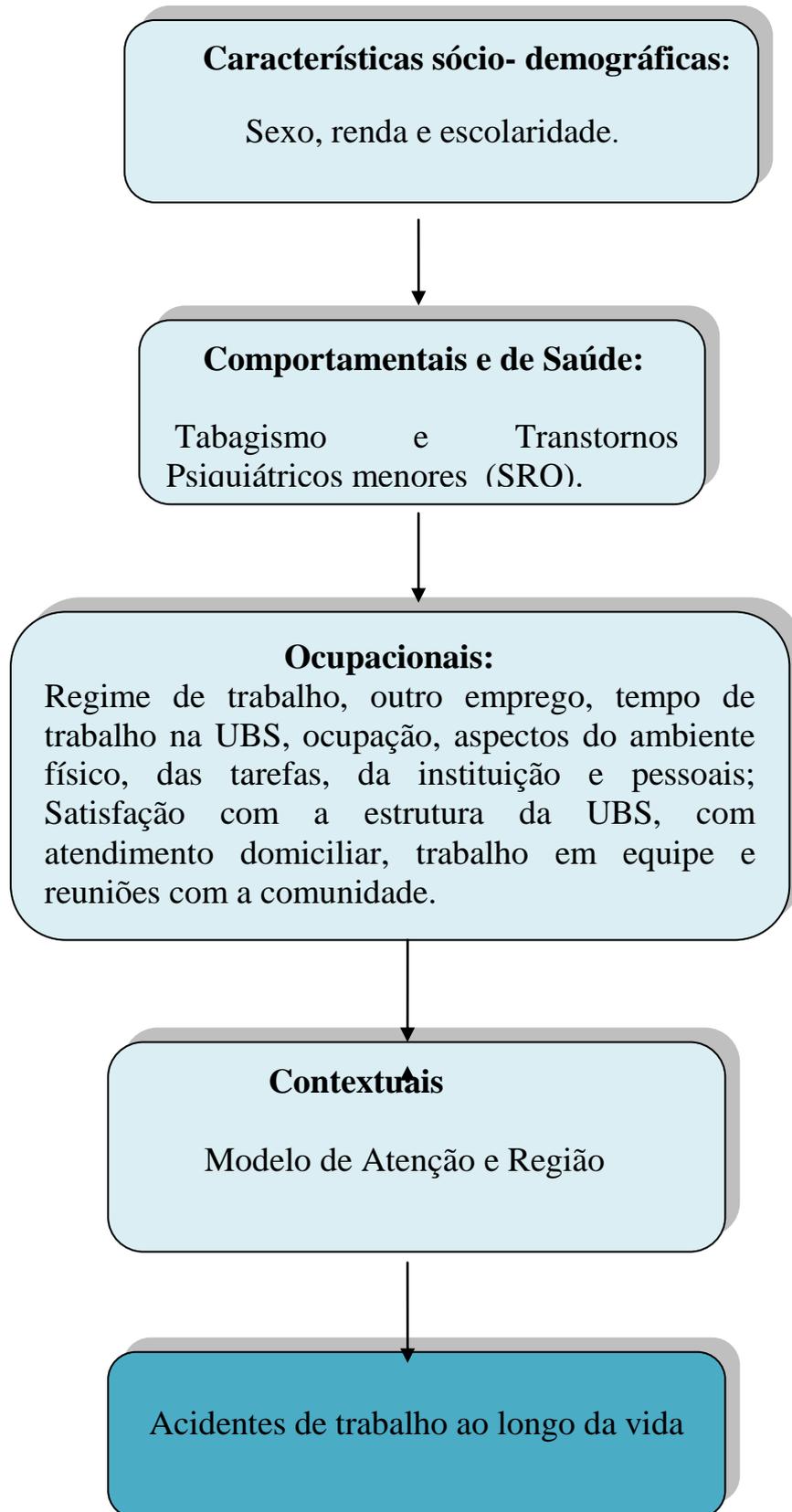


Figura 1 - Modelo Teórico

## **6 METODOLOGIA**

Este projeto utilizou dados do Estudo de linha de Base do Projeto de expansão e consolidação da estratégia de saúde da Família (ELB PROESF-UFPEL), realizado em 2005, sob-responsabilidade do Departamento de Medicina Social, em parceria com o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL. Detalhes do estudo estão disponíveis no relatório final (FACCHINI *et al.*, 2006a) e na página da internet <http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/proesf/index.htm>.

### **6.1 Delineamento**

O delineamento transversal de base de serviço de saúde foi utilizado no ELB do PROESF/UFPEL, considerando sua adequação aos objetivos do projeto, o custo relativamente baixo e a possibilidade de diagnosticar de forma rápida a ocorrência dos acidentes, fornecendo informações que permitem conhecer a prevalência dos acidentes e seus fatores de risco, além de reconhecer os trabalhadores mais afetados (PEREIRA, 2001). Ao estabelecer uma linha de base será possível avaliar impacto de futuras intervenções em saúde e subsidiar o planejamento de políticas e ações de saúde para atender as necessidades dos trabalhadores de atenção primária à saúde (FACCHINI *et al.*, 2008).

### **6.2 População-alvo**

A população-alvo do estudo foi constituída por todos os trabalhadores lotados nas 240 Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de municípios com mais de 100 mil habitantes que integraram o ELB PROESF-UFPEL (FACCHINI, 2006).

### **6.3 Critérios de Inclusão**

Foram incluídos no estudo todos os trabalhadores de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros e outros de nível superior), de nível médio (auxiliares de enfermagem, recepcionistas, dentre outros) e nível fundamental (ACS, higienistas, etc.) em atividade nas UBS no período de coleta dos dados.

### **6.4 Critérios de Exclusão**

Foram excluídos os indivíduos que, no momento da entrevista, estavam em férias, licença saúde ou afastados.

### **6.5 Amostragem das UBS e Amostra dos Trabalhadores**

O universo amostral do ELB PROESF-UFPEL foi constituído pela totalidade de municípios com mais de 100 mil habitantes, totalizando 41 municípios, nos estados do Rio Grande do Sul (n=17), Santa Catarina (n=4), Alagoas (n=2), Paraíba (n=3), Pernambuco (n=10), Piauí (n=2) e Rio Grande do Norte (n=3), que constituem o Lote 2 Sul e Lote 2 Nordeste do termo de referência do Ministério da Saúde, conforme figura a seguir (FACCHINI *et al*, 2008).

Os trabalhadores de saúde foram incluídos a partir da amostra das Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo o modelo de atenção (PSF ou Tradicional) e proporcionalmente ao total de UBS nos municípios (LEVY; LEMESHOW, 1980; LEMESHOW ; HOSMER, 1990; LWANGA ; LEMESHOW, 1991).

Buscando maior representatividade, o sorteio das UBS foi proporcional ao tamanho da rede básica de cada município. A fim de garantir o poder estatístico na avaliação de possíveis diferenças entre os modelos de atenção e ampliar a representatividade da amostra, foram incluídas entre 10% e 20% da Rede Básica de Saúde de cada município. Desta forma selecionaram-se três UBS em municípios com até 20 UBS; seis em municípios que tinham de 21 até 40 UBS, nove em municípios com um tamanho da rede de 41 a 90 UBS e, 12 UBS em municípios com mais de 90 UBS.

A partir de listas de UBS estratificadas segundo o modelo assistencial (PSF pré-PROESF, PSF pós-PROESF e não-PSF), se estabeleceu o sorteio da UBS em cada estrato e em cada município. Foram identificadas 855 UBS no Nordeste e 655 UBS no Sul. Em cada lote foram sorteadas, aleatoriamente, 120 UBS.

No Sul, a amostra foi composta por 69 UBS do PSF e 51 UBS Tradicionais, enquanto no Nordeste 79 eram do PSF e 41 Tradicionais. De modo a facilitar a comparação dos achados, as UBS dos três grupos foram pareadas, utilizando-se como critério o tamanho da área física. As UBS sorteadas orientaram a seleção das amostras de trabalhadores de saúde.

A amostra do estudo foi composta por todos os trabalhadores que atuavam nas UBS, nos dois diferentes lotes Sul e Nordeste. A amostra final de trabalhadores foi de 1.730 indivíduos no Lote Sul 2 e 3011 indivíduos no Lote Nordeste 2, totalizando 4.741 trabalhadores.



**Figura 2** – Estados que compõe Lote 2 Sul e Lote 2 Nordeste

## 6.6 Cálculo do Tamanho da Amostra

Vários cálculos de tamanho de amostra foram realizados para atender aos diversos objetivos do estudo. Para o estudo de prevalência, considerando uma ocorrência de acidentes de 40%( baseado na literatura), nível de confiança de 95% e um erro de 3 pontos percentuais seriam necessários cerca de 1023 trabalhadores.

Para avaliação de associações, o estudo tem poder de 80% para detectar como significativas razões de prevalência de 1,3 ou maiores, para exposições que afetam de 10-90% da população estudada, com nível de confiança de 95%.

## **6.7 Instrumento para a Coleta de Dados e Logística**

Os dados foram coletados através de questionário individual auto-aplicado dirigido a todos os trabalhadores lotados na UBS, independente da escolaridade. As questões eram todas estruturadas e predominantemente fechadas.

Os supervisores do ELB PROESF-UFPel distribuíram os questionários (Anexo 1) aos trabalhadores, orientaram o preenchimento e motivaram os trabalhadores a participar do estudo. Depois de preenchidos, os instrumentos foram recolhidos pelos supervisores e enviados para revisão, codificação e digitação na sede do estudo na cidade de Pelotas.

O instrumento foi planejado para obter, além das variáveis que compõem o desfecho, as informações sobre características demográficas, socioeconômicas, comportamentais, do processo de trabalho e morbidade referida.

### **6.7.1 Principais variáveis coletadas**

#### **6.7.1.1 Variável dependente – Acidente de Trabalho**

Acidente de trabalho incluiu todo evento que tenha provocado lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente em trabalhadores de atenção primária à saúde, no exercício da sua função. Foi investigada a ocorrência de queda, pancada, choque elétrico, contato com substância tóxica, acidente com instrumento perfurocortante, acidente de transporte no trajeto para o trabalho, ou outro tipo de acidente.

O acidente de trabalho com maior tempo de afastamento incluiu o evento que determinou maior tempo de afastamento das atividades diárias.

### 6.7.1.2 Variáveis independentes utilizadas no estudo

**QUADRO 4** – Variáveis independentes: demográficas, socioeconômicas, comportamentais, atividade profissional, processo de trabalho, e morbidade referida.

Variáveis Independentes	Características	Tipo
<b>Sócio – Demográficas</b>		
Sexo	Masculino / Feminino	Categórica nominal
Idade	Anos completos	Numérica discreta
Renda	Rendimento bruto do trabalhador na UBS no último mês	Categórica ordinal
Escolaridade	Anos completos de estudo	Numérica discreta
Emprego	Número de empregos	Categórica ordinal
Contrato de trabalho	Tipo de contrato de trabalho	Categórica nominal
<b>Comportamentais</b>		
Tabagismo	Ex-fumante Fumante atual Nunca fumou	Categórica nominal
Sedentarismo	Não / Sim	Categórica nominal
<b>Atividade Ocupacional</b>		
Atividade profissional na UBS	Profissionais de enfermagem Profissionais de nível superior Profissionais de nível médio Agente Comunitário de Saúde Demais trabalhadores	Categórica nominal
<b>Processo de Trabalho</b>		
Satisfação com vínculo empregatício	Não / Sim	Categórica nominal
Tempo de atuação na UBS	Tempo em meses	Numérica discreta
Satisfação com a infraestrutura da UBS	Não / Sim	Categórica nominal
<b>Modelo de Atenção</b>		
Modelo Assistencial da UBS	PSF Tradicional	Categórica nominal
<b>Região</b>		
Região geográfica	Sul Nordeste	Categórica nominal
<b>Caracterização de acidente com material perfurocortante</b>		
Contato com material biológico	Não/Sim	Categórica nominal
Medidas adotadas	Notificação do acidente (N/S) Buscou atendimento médico (N/S) Realizou exame de sangue (N/S) Tomou medicamentos anti-HIV/ anti HBV (N/S) Realizou exame de acompanhamento (N/S)	Categórica nominal
<b>Caracterização de acidente de transporte</b>		
Tipo de acidente	Atropelamento (N/S) Atropelamento de carro (N/S) Atropelamento de moto (N/S) Acidente no transporte público (N/S)	Categórica nominal
<b>Caracterização do acidente com maior tempo de afastamento</b>		
Idade	Idade quando ocorreu o acidente (anos)	Numérica discreta
Afastamento	Tempo de afastamento	Categórica ordinal
Causa	Causa do acidente	Categórica nominal
Região do corpo atingida	Região do corpo mais atingida neste acidente	Categórica nominal
Atendimento médico	Tipo de serviço de saúde que procurou após este acidente	Categórica nominal
Hospitalização	Hospitalização decorrente deste acidente	Categórica nominal
Seqüelas	Dificuldade de movimento, problema físico decorrente do acidente	Categórica nominal

## 6.8 Seleção e Capacitação dos Entrevistadores

A seleção de supervisores do estudo teve início em janeiro de 2005, através de inscrições de pessoas de ambos os sexos, com ensino médio completo, disponibilidade para ausentarem-se da cidade por um longo período, condição fundamental para o trabalho de campo nos diferentes municípios.

Foi realizada uma busca de possíveis candidatos através de contato com outros pesquisadores do Centro de Pesquisas Epidemiológicas. Com este procedimento, foi possível iniciar as inscrições junto à secretaria.

A capacitação dos supervisores começou em 24 de janeiro de 2005 e estendeu-se até o dia 28. Foi o último passo para a seleção final dos supervisores. Inicialmente foi realizada em 40 horas, com conteúdos relacionados às necessidades da pesquisa tais como:

- Apresentação sobre o Sistema Único de Saúde;
- Atenção Básica;
- Avaliação de Serviços;
- Instrumentos de Pesquisa;
- Estudos de Demanda;
- Logística de Trabalho de Campo;
- Trabalho de Campo;
- Simulação em Território de Pesquisa;
- Revisão e Codificação de Instrumentos.

Outras atividades da capacitação incluíram leitura conjunta dos instrumentos e manuais de instruções; leitura explicativa dos questionários por parte de coordenadores da pesquisa.

No período entre a seleção e o início do trabalho de campo no mês de março, encontros semanais foram mantidos para dar seqüência à capacitação com os supervisores selecionados participando das revisões dos instrumentos de pesquisa e preparação final das necessidades operacionais para o início do trabalho de campo.

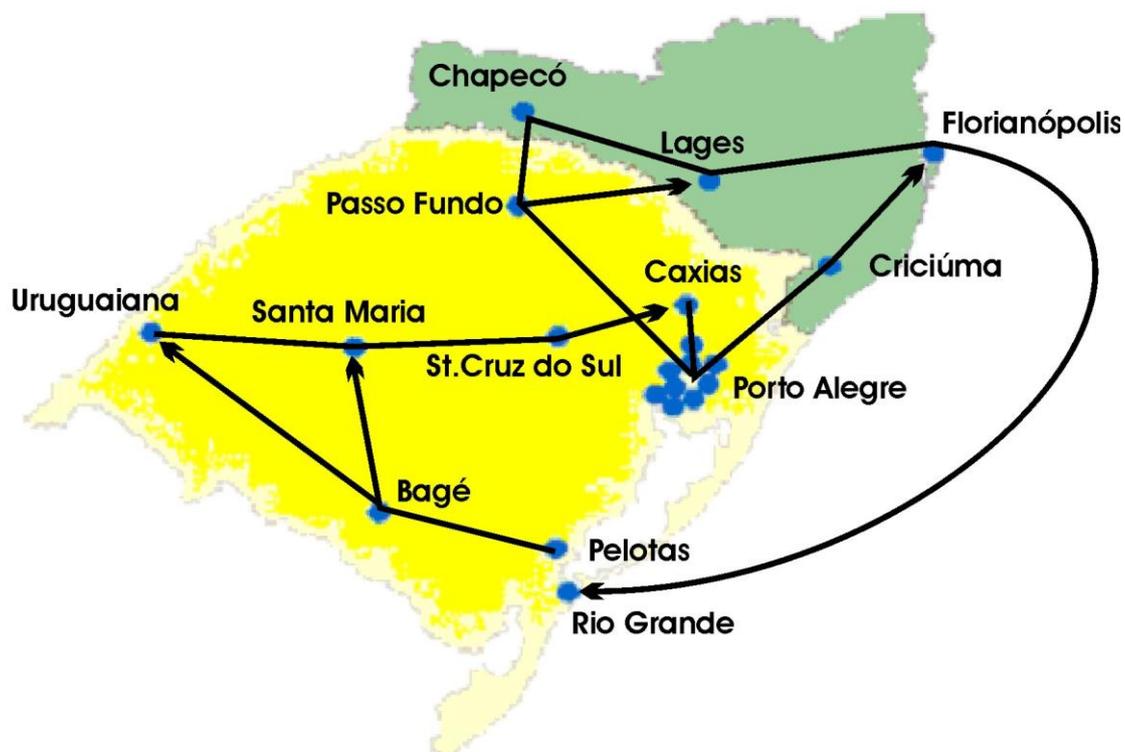
## 6.9 Coleta de Dados e Logística do ELB

A coleta de dados ocorreu no período entre 15 de março a 10 de agosto de 2005. Foi realizada por 15 supervisores selecionados e capacitados com dedicação exclusiva ao estudo. Para realização do trabalho de campo foi elaborada uma complexa logística, considerando os deslocamentos entre os 41 municípios estudados e o tempo necessário para a coleta.

O apoio à equipe de supervisores foi previamente pactuada entre a coordenação do ELB-UFPel, os gestores municipais e trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde durante as oficinas de capacitação. As oficinas permitiram a divulgação do estudo, seus objetivos, metodologia e logística; a realização de um diagnóstico situacional da Atenção Básica nos municípios e a distribuição dos questionários auto-aplicáveis aos secretários de saúde e coordenadores de Atenção Básica de Saúde e Saúde da Família.

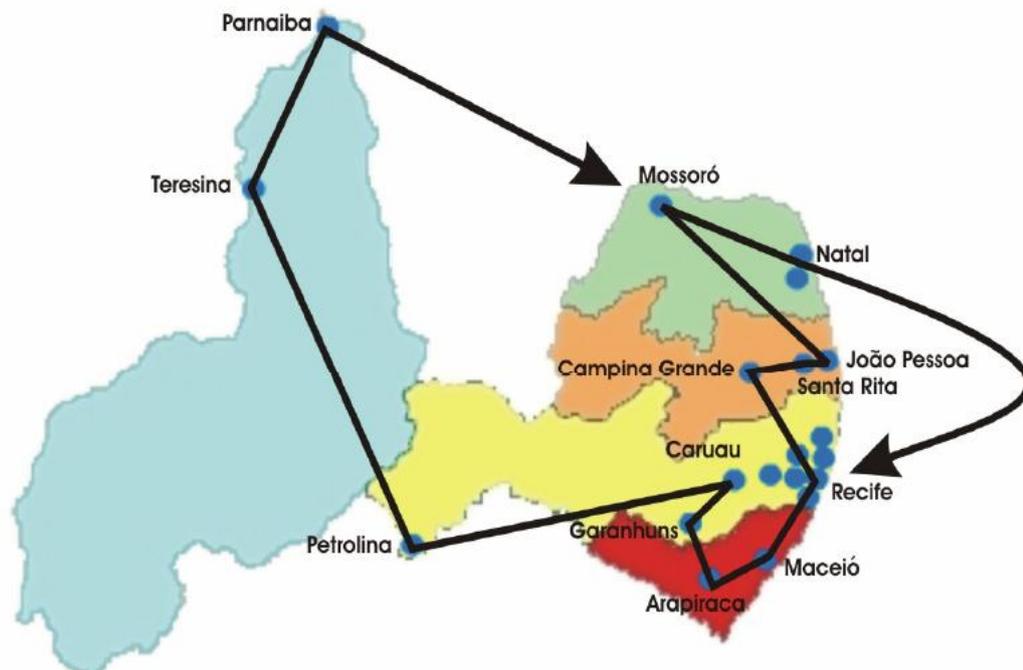
O trabalho de campo seguiu uma trajetória predefinida pelos municípios, tendo iniciado pelo Lote 2 Sul, em Pelotas em 15 de março e terminado pelo Lote 2 Nordeste, em Recife em 10 de agosto de 2005. Para cada município, uma dupla de supervisores era responsável pelo trabalho em 3 dias em uma unidade de saúde. Nas cidades com maior número de unidades, cada dupla podia ser responsável por mais de uma Unidade Básica de Saúde e, portanto permanecer mais tempo no município. Ao final de cada município os supervisores viajavam para o município seguinte dando continuidade ao trabalho de campo.

A seqüência dos municípios no Lote 2 Sul foi: Pelotas, Bagé, Santa Maria, Uruguaiana, Santa Cruz, Caxias, Alvorada, Cachoeirinha, Sapucaia, Gravataí, Viamão, Canoas, São Leopoldo, Novo Hamburgo, Porto Alegre, Passo Fundo (todos no RS), Lages (SC), Chapecó (SC), Criciúma (SC), Florianópolis e finalizando Rio Grande (RS). (Figura 3)



**Figura 3** – Trajeto por municípios do RS e SC no Trabalho de Campo. ELB PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

No Lote 2 Nordeste, a seqüência dos municípios considerou a característica geográfica da região. A estratégia utilizada para otimizar o trabalho foi dividir o grupo de supervisores em 2; um grupo se deslocou a partir de Recife (PE) até Alagoas e posteriormente pelo interior de Pernambuco, do Piauí, até a cidade de Natal (RN), enquanto o outro deslocou-se pelo litoral avançando pelos estados de Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte. De Natal, todo o grupo de supervisores retornou ao Recife, (PE) para a finalização do trabalho. (Figura 3)



**Figura 4** – Trajeto por Municípios dos Estados de AL, PB, PE, PI, e RN no Trabalho de campo. Estudo de Linha de Base. PROESF – UFPel, Lote 2 NE, 2005.

Após a chegada e hospedagem no município em estudo, os supervisores faziam um contato com os responsáveis locais para definir o trabalho de campo em cada uma das Unidades Básicas de Saúde e esclarecer dúvidas. Também era agendada a entrevista com o presidente do Conselho Municipal de Saúde para o levantamento das informações sobre o controle social.

Ao chegar na UBS, os supervisores conversavam com a pessoa de referência que havia participado das oficinas preparatórias do estudo. Orientavam o preenchimento dos instrumentos para coleta de dados sobre os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde, a estrutura, o processo de trabalho da equipe e a caracterização da demanda de um dia típico de atendimento.

O questionário disponibilizado aos trabalhadores de saúde em atividade nas Unidades Básicas de Saúde selecionadas era auto - aplicado e seu preenchimento era individual; eventuais dúvidas eram sanadas pelos supervisores. Este instrumento caracteriza o perfil sócio-demográfico, educacional, comportamental, de saúde e profissional, tarefas desenvolvidas, realização de supervisão, satisfação no trabalho e situações de acidentes e violência. Ao final do trabalho de campo na Unidade Básica de Saúde os instrumentos eram recolhidos e armazenados para posterior envio a secretaria do estudo.

A fim de acompanhar o trabalho de campo foram realizadas visitas dos coordenadores do estudo em alguns municípios, onde reuniões foram realizadas para discussão de questões que fossem de interesse da pesquisa, das dúvidas surgidas e de codificação. Durante todo o período de campo, os coordenadores da pesquisa prestavam esclarecimentos para o andamento correto do trabalho, continuavam os contatos com os diversos municípios e permaneciam em constante colaboração e apoio aos supervisores.

Outra estratégia utilizada na logística do trabalho de campo foi à realização de mutirões de supervisores em áreas consideradas de risco, violência, drogas, etc. e, em casos de grandes concentrações urbanas, como Porto Alegre (RS) e Recife (PE). Agentes Comunitários de Saúde e membros da equipe facilitavam a circulação na área de abrangência.

O andamento da coleta de dados era relatado diariamente ao coordenador de campo, por meio de contato telefônico ou e-mail, sendo registrado em diário. Ao final de cada dia, os supervisores organizavam e revisavam o material coletado. Terminadas as tarefas no município, os instrumentos eram organizados de acordo com o grupo populacional, Unidade Básica de Saúde e município a que se referiam, eram devidamente acondicionados e enviados, via correio, à equipe técnica na UFPEL. Na região Sul, em alguns casos os instrumentos foram recolhidos pelos coordenadores do estudo.

Ressalta-se que na região Sul, todo o material de pesquisa foi levado pelos supervisores enquanto que na região Nordeste, todos os instrumentos

foram transportados para Recife e entregues aos representantes das 120 UBS presentes na segunda Oficina de Capacitação (FACCHINI *et al.*, 2006). Desta forma todos os instrumentos já se encontravam nas unidades, prontos para utilização na pesquisa à chegada dos supervisores nos municípios.

### **6.10 Estudo Piloto**

Em 27 de janeiro de 2005, como parte integrante da seleção e capacitação dos futuros supervisores, uma simulação em território de pesquisa foi realizada em três UBS do município de Pelotas que não fizeram parte da amostra, UBS Areal fundos, CSU Areal e Vila Municipal. Nesta simulação, os candidatos a supervisores além de estarem sendo capacitados, testaram a aplicabilidade dos instrumentos em situação real, sendo que durante todo o trabalho eram acompanhados por um coordenador do estudo.

### **6.11 Processamento de Dados**

Os questionários, depois de revisados e codificados, na sede do PROESF na UFPel, foram digitados utilizando o software EPI-INFO versão 6 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). As análises de consistência foram realizadas depois de completada a dupla digitação dos dados.

Para o presente estudo, foi realizada a limpeza da variável acidente de trabalho e a análise final dos dados se deu através do programa STATA 11.0.

### **6.12 Análise de Dados**

A análise dos dados foi realizada no programa estatístico Stata 11.0. A análise descritiva incluiu cálculos de percentuais e intervalos de confiança de

95% para as variáveis categóricas; média, mediana e desvio-padrão para as variáveis numéricas.

A análise bruta foi conduzida com a intenção de calcular a prevalência de acidentes entre os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde em cada grupo das variáveis independentes. A significância das associações foi avaliada com os testes do qui-quadrado para heterogeneidade ou tendência linear. Também foram conduzidas análises estratificadas por região e modelo de atenção.

A análise multivariável foi conduzida por Regressão de Poisson respeitando um modelo conceitual apresentado no Marco Teórico (Figura 1).

### **6.13 Aspectos Éticos**

Os princípios éticos foram assegurados através do consentimento informado aos trabalhadores, da garantia do direito de não participação na pesquisa e do sigilo sobre os dados coletados. O presente projeto envolveu exclusivamente a aplicação de questionário, não havendo coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos.

O estudo foi considerado como sendo de risco mínimo aos participantes, segundo os parâmetros do International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects (CIOMS/WHO, 1993).

A proposta de pesquisa foi aprovada pela Universidade Federal de Pelotas: Colegiados do Departamento de Medicina Social, Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Comissão de Ética da Faculdade de Medicina sob ofício nº 045/2004 (Anexo C). O uso dos dados coletados no Projeto Integrado de Capacitação e Pesquisa em Avaliação da Atenção Básica à Saúde foi autorizado pelo coordenador do estudo (Anexo B).

Este projeto continuou respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e também o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem embasado na resolução COFEN 311/2007 Cap. III, Art.89,90 e 91 que trata das responsabilidades e os deveres e os Art.94, 96 e 98 que se refere às proibições.

## 7 CRONOGRAMA

**Projeto- Acidentes de Trabalho em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil.**

<b>Anos</b>	<b>2010</b>		<b>2011</b>		<b>2012</b>
Semestres	1º	2º	1º	2º	1º
Revisão de literatura					
Elaboração do Projeto					
Limpeza /digitação dos dados					
Análise dos dados					
Redação					
Divulgação					
Defesa da dissertação					

## 8 RECURSOS

### 8.1 Recursos utilizados para o desenvolvimento do projeto

<b>Material</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Custo unitário R\$</b>	<b>Custo Total R\$</b>
Digitador	01	500,00	500,00
Pacote de folhas de papel A4	04	13,50	54,00
Combustível	300 Lts	2,89	867,00
Aulas Língua Inglesa	30	20,00	500,00
Canetas	05	1,50	7,50
Pendrive 8G	01	60,00	60,00
Tonner Impressora	08	20,00	160,00
Livros	04	87,50	350,00
Dicionário Espanhol	01	28,00	28,00
Encadernação Simples	10	3,50	35,00
Encadernação capa Dura	05	35,00	175,00
Total de despesas		271,89	2.736,50

\* As despesas serão custeadas pela autora do projeto.

## 9 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

As principais formas de divulgação dos resultados do estudo serão:

- Dissertação de conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem;
- Artigo para publicação em periódicos científicos;
- Resumo Executivo, baseado nos principais resultados do estudo, a ser distribuído à imprensa, gestores e trabalhadores de saúde;
- Participação em simpósios e seminários nacionais e internacionais.

## **10 FINANCIAMENTO**

Este projeto não necessita de verba extra para sua realização. Faz parte do Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, com apoio do Ministério da Saúde, com especial destaque para a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção Básica e o Grupo de Acompanhamento dos Estudos de Linha de Base. O ELB-PROESF UFPEL foi financiado pelo Ministério da Saúde, Banco Mundial e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq; EDITAL 23/2006, processo número 409463/2006-0).

## 11 REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C. O.; AGUIAR, L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Rev. Saúde Pública**; v. 37, n.4, p.424-33, 2003.

BELTRÁN, C. A., MORENO, M. P. Factores psicosociales asociados a patologias laborales en médicos de nivel primario de atención en Guadalajara, México. **Rev. Med. Urug.**, v.23,p.251-259, 2007.

BENVEGNÚ, L. A.; FASSA, A. C. G; FACCHINI, L. A.; BREITENBACH, F. Prevalência de Hipertensão Arterial entre motoristas de ônibus em Santa Maria, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 33(118)32-39, 2008.

BARBOZA, Mônica A.; FIGUEIREDO, Verônica Leite; PAES, Maione SILVA, Louzada. Acidentes de trabalho envolvendo profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar: um levantamento em banco de dados. **Revista Integrada – Ipatinga: Uni Leste – MG – v.2, n.1, Jul./Ago. 2009.**

BRASIL- Lei n.8213, de 24 de julho de 1991- Dispõe sobre o Plano de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências Diário Oficial da União [ Periódico na Internet].1991 Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>. Acessado em 26 de fevereiro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: Resolução nº176; 196/96. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.

BRASIL. **2ª Conferência Nacional De Saúde Do Trabalhador** ; 2001. Brasília. Anais – 2ª Conferencia Nacional De Saúde Do Trabalhador. Brasília: Ministério Da Saúde, Divisão De Saúde Do Trabalhador, 2001. 255p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sausedotrabalhador/Arquivos/Sala203.pdf> Acessado em 10 de Novembro de 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde. Brasília: MS, 2004a. 142 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Termo de referência para o estudo de linha de base nos municípios selecionados para o componente 1 do PROESF.** Brasília - DF. M. D. Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. **Constituição de 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 46/2005 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2005. 437p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648 de 28 de março de 2006**: aprova a Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: MS, 2006b. Disponível em: [http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documento/PORTARIA\\_648-2006.doc](http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documento/PORTARIA_648-2006.doc)> Acesso em 20 de dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: MS, 2006c. Disponível em: [http://www.saude.gov.br/portalarquivos/pdf/Pacto\\_Conass.pdf](http://www.saude.gov.br/portalarquivos/pdf/Pacto_Conass.pdf)> Acesso em 17 de out. de 2010.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. SUS – 20 anos. Brasília: CONASS, 2009. 282p. Disponível em: [http://www.conass.org.br/?id\\_area=56](http://www.conass.org.br/?id_area=56)> Acesso em 17 de out. de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006a, 59p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2012-06.pdf>> Acesso em 18 de out. 2010

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Ministério do Trabalho e Emprego. **Anuário Estatístico de Acidente de Trabalho (A.E.A.T)**. 2008. Disponível em <http://www.mpas.gov.br/conteúdotdinamico.php?id=1033,1034>> Acessado em: 08 de Novembro de 2010.

BUSCHINELLI, José Tarcísio P.; NOVAES, Tereza Carlota Pires. “Idiopático”? Respirando Benzeno. In: **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993 p.436-460.

CARDOSO, A. C. M.; FIGUEIREDO, R. M. de. Situações de risco biológico presentes na Assistência de Enfermagem nas unidades de Saúde da Família (USF). **Revista Latino Am. Enfermagem**. 18(3):[06 Telas] Mai.-Jun., 2010 Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlal>>. Acesso em 15/01/2011.

CAPES. **Relatório de Avaliação na Área da Enfermagem**, 2007-2009; Trienal 2010. Disponível em <http://www.capes.gov.br/>> Acesso em 15/01/2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC), (2004). **Workbook for designing implementing and evaluating a sharps injury**

**prevention program.** Retrieved March, 31, 2006 from <http://www.cdc.gov/sharpssafety/index.html>>. Acessado em 02 de Novembro de 2010.

CESPEDES, L. D. M.; SARQUIS, L. M. M., SCUSSIATO, L. A.; MIRANDA, F. M. A.; JUNIOR, A. V. S. **Estudo de adesão de trabalhadores com acidentes de trabalhos notificados.** Cogitare Enferm., 2010, Abr./Jun.; 15(2): 245-9.

CHIA Se; Koh D.; Fones C.; Qian F.; V. Nunes; B. H. Tanh, Wong K.S., Chew W. M., Tang Hong Kong; Ng W.; Muttakin Z.; S. Emmanuel; Fong N. P., G. Koh; M. K. Lopes. **Appropriate use of personal protective equipament among healthcare workers in public sector hospitais and primary health care polyclinics during the SARS outbreak in Singapore, 2005.**

CIOMS, WHO. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involuing Human Subjects, Geneva, 1993). Disponível em: <http://ethicalchoices.info/online%20texts/CIOMS'93.html>. Acessado em 20 de dezembro de 2010.

COFEN. Resolução 311/2007. Reformulação do código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4345>. Acessado em 18 de dezembro, 2010

CONCEIÇÃO, P.S.A. *et al* Acidentes de Trabalho Atendidos em Serviço de Emergência. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(1); 111-117, Jan.-Fev., 2003.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, 43.<sup>a</sup> Reunion, Ginebra, 1959. La organización de los servicios de medicina del trabajo en los lugares de empleo. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 1958. (Informe IV-1).

CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. Acidentes de Trabalho com Material Biológico entre Trabalhadores de Unidades de Saúde Pública. **Revista Latino-am. Enfermagem**, 2007. 15(4).

CONIL, E. M. Ensaio Histórico Conceitual sobre Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em Centros Urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24, sup. 1:57-527, 2008.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5.ed. ampliada. São Paulo: Cortez, 1992. 168p.

DIAZ, E. C; HOEFEL, M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10(4):817-828, 2005.

DILÉLIO, Alitéia Santiago. **Transtornos Psiquiátricos Menores em Trabalhadores da Atenção Básica à Saúde**: diferenciais por atividade e modelo de atenção nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, 2009. Dissertação de mestrado Universidade Federal de Pelotas.

ELIAS, M.A., NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-am. Enfermagem** 2006, Jul.-Ago.; 14(4): 517-25.

FACCHINI, Luiz Augusto. **Proceso de trabajo, cambio tecnológico y desgaste: el caso del ingenio de azúcar**. "Adolfo Lopes Mateos". [tese]. Xochimilco (México): Universidad Autónoma Metropolitana; 1986.

\_\_\_\_\_. **Por que a doença?** A Inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. p.33-55.

\_\_\_\_\_. **Uma contribuição da epidemiologia: o modelo de determinação social aplicado à saúde do trabalhador**. In: Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. p.178-186.

\_\_\_\_\_. **Vigilância em saúde do trabalhador**: Uma aproximação prática. **Boletim da saúde**, v. I, n. 20, Porto Alegre, 2006.

FACCHINI, L. A.; NOBRE, L. C. C. N.; FARIA, N. M. X.; FASSA, A. C. G.; THUMÉ, E.; TOMASI, E.; SANTANA, V. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 10(4):857, 2005.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S. **Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família**. Relatório Final. Pelotas: UFPEL; 2006.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; TEIXEIRA, V. A.; SILVEIRA, D. S.; MAIA, M. F. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A.; PANIZ, V. V.; OSÓRIO, A. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.159-172, 2008.

FACCHINI L. A.; GARCIA, L. P. **Evolução e Avanços da Saúde da Família e os 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil**, 2009.

FARIA, N. M. X.; FACCHINI, L. A.; FASSA, A. G.; TOMASI, E. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.4, p.391-400, 1999.

GARCIA, L. P.; FACCHINI, L. A., **Exposures to blood and body fluids in Brazilian primary health care**. *Occup med*, 2009 59(2): 107-113

\_\_\_\_\_. **Vacinação contra hepatite B entre trabalhadores de atenção básica a saúde**. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(5):1130-1140, mai, 2008.

HERNÁNDEZ NAVARRETE, M. J.; MONTES VILLAMERIEL, F. J., SOLANO BEMAD, V. M, SÁNCHEZ MATIENZO, D.; GARCIA DEL VAL, J. L.; MONTALBÁN GIL, E.; ARRIBAS, L. Accidents con material biológico en trabajadores sanitarios de 2 áreas de atención primaria (1990-1999); **Revista Elsevier**. ES Zaragoza – Espanha; 28:255-8, 2001

**IBGE** (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em: 04 de Novembro de 2010.

KAISER, D. E.; BIANCHI, F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre (RS) 2008.

KHADER, Y.; BURGAN, S.; AMARIN, Z. **Self-reported needle-stick injuries among dentists in north Jordan** 15(1):185-9, 2009 Jan-Feb.

LACAZ, F. A. C. Saúde dos trabalhadores: cenários e desafios. **Cadernos de saúde Pública**. 1997, v.13, supl. 2, p.7-19. Disponível em: <http://www.scielo.php?script=sci>. Acesso em: 15 de Dezembro de 2010.

LEMESHOW, S.; HOSMER, D. **Adequacy of sample size in health studies**. Chichester, 1990.

LEVY, P.; LEMESHOW, S. **Sampling for health professionals**. Belmont, 1980.

MACHADO, Maria Helena. **Trabalho e Emprego em Saúde**. In. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz: 2008 p.309-330.

MAHFAOUZ, A. A.; ABDELMONEIM, L.; KHN, M. Y.; DAFFALA, A. A.; DIAB, M. M.; SHABAN, H.; AL, Anri H. S. **Injection Safety at Primary Health Care**. In Saudi Arabia, 2009.

MARZIALE, M. H. P.; RODRIGUES, C. M. A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 571-577, jan./fev. 2002.

MAGALHÃES, M. J. O.; MUNIZ, H. P., COSTA, J. D. K., RIBEIRO, F. F. **Análise da relação entre a situação de trabalho e a saúde dos profissionais da unidade de Saúde da Família/Grotão II**. In: II Mostra Nacional de Produções em Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

MOREIRA, R. T.; ZANDONADE, E.; MACIEL, E. L. N. Risco de infecção tuberculosa em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, 2010; 44(2):332-8.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família**. José Paranaguá (Org.); colaboração do Ministério da Saúde e do Pólo de Capacitação em Saúde da Família da UFMG: NESCON – Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil, 2000. 80p.

OIT – **Oficina Internacional del Trabajo** (Organização Internacional do Trabalho). Genebra, 2004. Disponível em: [http://www.oitbrasil.org.br/htsites/safe\\_day/.../nota\\_informativa.pdf](http://www.oitbrasil.org.br/htsites/safe_day/.../nota_informativa.pdf). Acesso em: 23 de Janeiro de 2011.

ORNELLAS, T. C.F.; MONTEIRO, M.I. Aspectos Históricos, culturais e Sociais do Trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem** 2006 jul-ago; 59(4): 552-5.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia, teoria e prática. Serviços de saúde: marco de referências para o estudo do tema**. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 2001.

PETRUCCI, C.; ALVARO, R.; CICOLINI, G.; CERONE, M. P.; LANCIA, L. **Percutaneous and mucocutaneous exposures in nursing students: an Italian observational study**. University of L'Aquila, Department of Internal Medicine and Public Health, Via Vetoio, 1 67010 Coppito, L'Aquila, Italy, 2009.

PINHO, D. L. M.; RODRIGUES, C. M., GOMES, G. P. Perfil dos Acidentes de Trabalho no Hospital Universitário de Brasília. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2007 60(3):291-4.

PRÜSS-USTÜN, A.; RAPITI, E.; HUTIN, Y. Estimation of the global burden of disease attributable to contaminated sharps injuries among health-care workers. **American Journal of Industrial Medicine**, 2005.

SANTINI, S. M. L.; JEDLIZKA, J. R. S; NUNES, E. F. P. A. de; BORTOLETTO, M. S. S. **Perfil dos Profissionais das equipes de saúde da Família em Municípios de pequeno porte de uma regional de saúde do Paraná e suas condições de trabalho**. III Congresso Consad de Gestão Pública, 2010 Disponível em: <http://www.repositorio.seap.pr.gov.br/>. Acessado em 02 de Outubro de 2010.

SMITH, J. Niosh; CHOE, M. A.; JEONG, J. S.; JEON, M.Y.; CHAE, Y. R.; AN, G. J. Epidemiology of needlestick and sharps injuries among professional Korean nurses. 22(6):359-66, 2006 Nov-Dec.

SOBRINHO, C. L. N.; CARVALHO, F. M.; BONFIM, T. A. S.; CIRINO, C. A. S.; FERREIRA, I. S. Condições de trabalho e saúde dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.1, p.131-140, 2006.

SOUZA, Cleonice Caetano. Ministério da Previdência Social. Secretária de Saúde e Segurança do Trabalho. **Acidentes e mortes por acidentes de trabalho no Brasil**, 2010. Disponível em: [http://www.observatoriosocial.org.br/arquivos...1906r11\\_04a11.pdf](http://www.observatoriosocial.org.br/arquivos...1906r11_04a11.pdf) Acessado em 08 de Janeiro de 2011.

SANTINI, S. M. L.; JEDLICZKA, J. R. S.; NUNES, E. F. P. A. de; BORTOLETTO; M. S. S. Perfil dos profissionais das equipes de saúde da família em municípios de pequeno porte de uma regional de saúde do Paraná e suas condições de trabalho. III Congresso Consad de gestão pública, 2010. Disponível em <http://www.repositorio.seap.pr.gov.br/> Acesso em 08 de Dezembro de 2010.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia** / Bárbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SUMATHI, M.; PRASHANT, K. S.; JAIN, R. K.; MALHOTRA, M.; MANJU, B. Needle Stick injuries among health care workers in a tertiary care hospital of India. **Indian Journal of Medical Research**, March, 2010.

TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M.A.; PANIZ, V. V.; TEIXEIRA, V. A. 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, v. 24, 2008.

TOMASI, E. *et al.* Condições de Trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde em Pelotas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2007; 10(1):66-74.

UDASING, I. G. **Health Care Workers are exposed to a wide variety of hazards, including biological, chemical, physical and psychological stressors**. EUA, 2010.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. F. P. A. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 35(122): 327-339, 2010.

YASSI, A.; HANCOCK, T. **Patient Safety - Worker Safety: Building a Culture of Safety to Improve Healthcare Worker and Patient Well-Being**. *Healthcare Quarterly*, v.8, n. Sp, p. 32-38, 2005.

VAZ, César *et al.* Percepção do Risco no trabalho em saúde da família: Estudo com trabalhadores no Sul do Brasil. **Rev.Latino-am Enfermagem** 2009; 17(6).

VIANA, A. L. D; POZ, M. R. D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de saúde da família. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(suplemento): 225-262, 2005.

VIEGAS, C. Trabalhador 24 horas. **Revista Proteção**, Jan. 2007.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 01- Instrumento para transcrição de dados dos profissionais de saúde do ELB- PROESF- 2005. Utilizado para a construção do artigo 1.**

<i>Queda</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Queda __</i>
<i>Com qual idade?</i>	<i>__ anos (88) NSA (99) IGN</i>	<i>Idaqueda __</i>
<i>Pancada</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Panc __</i>
<i>Com qual idade?</i>	<i>__ anos (88) NSA (99) IGN</i>	<i>Idapanc __</i>
<i>Choque</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Choque _</i>
<i>Com qual idade?</i>	<i>__ anos (88) NSA (99) IGN</i>	<i>Idachoque __</i>
<i>Contato c/ Subst. Tóxica</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Tóxica __</i>
<i>Com qual idade?</i>	<i>__ anos (88) NSA (99) IGN</i>	<i>Idatoxica __</i>
<i>Ac. Perf.Cortante Cont.</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Percont __</i>
<i>Com qual idade?</i>	<i>__ anos (88) NSA (99) IGN</i>	<i>Idpaperfcont __</i>
<i>O material biológico que originou o acidente era proveniente de paciente com HIV/Hep. B</i>	<i>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</i>	<i>Acidhiv __</i>
<i>Notificou o Acidente</i>	<i>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</i>	<i>Notacid __</i>
<i>Buscou Atend. Médico</i>	<i>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</i>	<i>Buscatend __</i>
<i>Realizou Exames de Sangue</i>	<i>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</i>	<i>Examsang __</i>
<i>Tomou medic. Anti HIV/Hep.B</i>	<i>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</i>	<i>Medichiv __</i>
<i>Realizou Exames de Acomp.</i>	<i>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</i>	<i>Examacom __</i>
<i>Ac.Perf. Cortante não Cont.</i>	<i>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</i>	<i>Perfcontn __</i>
<i>Com qual idade?</i>	<i>__ anos (88) NSA (99) IGN</i>	<i>Idaperfcontn __</i>
<i>Você sofreu acidente de Transp.Trajetos Trabalho</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Acidtrans __</i>
<i>Com qual idade?</i>	<i>__ anos (88) NSA (99) IGN</i>	<i>Idaacidtrans __</i>
<i>Atropelamento</i>	<i>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</i>	<i>Atrop __</i>
<i>Carro</i>	<i>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</i>	<i>Acidcarro __</i>
<i>Moto</i>	<i>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</i>	<i>Acidmoto __</i>
<i>Transp. Público</i>	<i>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</i>	<i>Acidtranpub __</i>

<i>Outro tipo de acidente de transporte</i>	<i>0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Acidoutro __</i>
<i>Ocorreu outro tipo de acidente?</i>	<i>(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN</i>	<i>Outrotipac __</i>
<i>Que idade estavas na época do acidente?</i>	<i>__ anos (99) IGN</i>	<i>Idaoutro __</i>
<i>Quanto tempo este acidente o afastou das atividades diárias?</i>	<i>(1) Até 7 dias (2) De 8 a 15 dias (3) De 16 a 30 dias (4) De 30 a 90 dias (5) Mais de 90 dias (9) IGN</i>	<i>Tempafast __</i>
<i>Causa do acidente que você sofreu</i>	<i>(01) Pancada S/N (02) Queda de um nível mais elevado (03) Queda no chão (04) Acidente de carro (05) Contato com corrente elétrica (06) Arremessado a distância (07) Contato com substâncias tóxicas (08) Acidente no transporte público (09) Acidente com perfurocortante contaminado (10) Acidente com perfurocortante não contaminado (11) Outra causa: (99) IGN</i>	<i>Causacid __</i>
<i>Qual a região do corpo mais atingida pelo acidente?</i>		
<i>Pé</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Regpé __</i>
<i>Perna</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Regperna __</i>
<i>Coxa</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Regcoxa __</i>
<i>Quadril</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Regquad __</i>
<i>Coluna</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Regcol __</i>
<i>Mão</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Regmao __</i>
<i>Pulso</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Regpuls __</i>
<i>Antebraço</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Regabr __</i>
<i>Braço</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Regbr __</i>
<i>Ombro</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Regomb __</i>
<i>Tronco</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Regtronc __</i>
<i>Pescoço</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Regpesc __</i>

<i>Cabeça</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Regcabec _</i>
<i>Posto de saúde mais perto de sua casa</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Postocasa _</i>
<i>Outro posto de saúde</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Outposto _</i>
<i>Pronto Socorro</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>PS _</i>
<i>Ambulatório do hospital/Faculdade</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Ambhosp _</i>
<i>Ambulatório de Sindicato</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Amb синд _</i>
<i>Ambulatório de Empresa</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Ambemp _</i>
<i>Consultório médico particular</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Conspart _</i>
<i>Convênio ou plano de saúde</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Convpls _</i>
<i>Outro serviço: Qual?</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Outserv _</i>
<i>Neste serviço de saúde seu problema foi resolvido?</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Probresov __</i>
<i>Houve internação hospitalar devido a este acidente?</i>	<i>(0) Não (1) Sim (9) IGN</i>	<i>Internhosp _</i>
<i>Se houve internação, por quanto tempo?</i>	<i>___ dias (888) NSA (999) IGN</i>	<i>Interdias _____</i>
<i>Dificuldade de movimento</i>	<i>(00) Não (1) Sim, qual: _____ (9) IGN</i>	<i>Difmov __</i>
<i>Limitação temporária</i>	<i>(00) Não (1) Sim, qual: _____ (99) IGN</i>	<i>Limitemp __</i>
<i>Limitação Permanente</i>	<i>(00) Não (1) Sim, qual: _____ (99) IGN</i>	<i>Limitperm __</i>

Alguma vez na sua vida, você enfrentou alguma situação de violência que lhe impossibilitou de realizar suas atividades diárias?	Não ( )	Violvid __
	( ) Sim, quantas vezes? __	Assalto ___
	Assalto (0) Não (0) Sim	Agressao ___
	Agressão (0) Não (1) Sim	Outraviol ___

	Outro (0) Não (1) Sim	
Que idade você tinha quando a situação violenta lhe afastou das atividades diárias, incluindo o trabalho?	___ anos ( 88 ) NSA	Idviol ___
Quanto tempo este ato violento o afastou das suas atividades diárias?	(1) Até 07 dias (2) De 08 a 15 dias (3) De 16 a 30 dias (4) De 30 a 90 dias (5) Mais de 90 dias (8) NSA	Qtempafast ___
Onde ocorreu esta violência?	(1) Em casa (2) No trabalho (3) No lazer (4) No trânsito (5) Na escola (6) Na rua (7) Outro local (8) NSA	Localviol ___
Qual a causa desta violência que você sofreu?	(01) Bebida Alcoólica (02) Esporte (03) Discussão em casa (04) Discussão com vizinhos (05) Assalto (06) Discussão no trabalho (07) Discussão no trânsito (10) Outra causa	Causaviol ___
Em decorrência desta violência, qual o tipo de serviço de saúde que você Procurou?	(01) Posto de saúde mais perto de sua casa (0) Não (1) Sim (02) Outro Posto de Saúde (0) Não (1) Sim (03) Pronto Socorro (0) Não (1) Sim (04) Ambulatório do Hospital/ Faculdade (0) Não (1) Sim (05) Ambulatório de Sindicato (0) Não (1) Sim (06) Ambulatório de Empresa (0) Não (1) Sim (07) Consult. médico particular (0) Não (1) Sim (08) Convênio ou plano de saúde (0) Não (1) Sim (09) Outro Serviço (0) Não (1) Sim	Postopcas __ Outrops __ Prontsoc __ Ambhf __ Amsind __ Amemp __ Consmpart __ Convplan __ Outrserv __

Neste serviço de saúde que você procurou atendimento para a violência sofrida, seu problema foi resolvido?	( 88 ) NSA  ( 0 ) Não  ( 1 ) Sim	Probresolv __
Você baixou o hospital devido a este ato violento?	( 0 ) Não      ( 1 ) Sim  SE SIM, por quanto tempo? __ __ (dias) ( 8 ) NSA	Baixhosp __  Tempbaix__ __
<i>Dificuldade de movimento</i>  <i>Limitação temporária</i>  <i>Limitação Permanente</i>	<i>( 0 ) Não</i>  <i>( 1 ) Sim, temporária</i>  <i>( 2 ) Sim , permanente</i>	Difmovi __

# **ANEXOS**

ANEXO A- Questionário utilizado no ELB-PROESF-2005



Universidade Federal de Pelotas  
Centro de Pesquisas Epidemiológicas  
Departamento de Medicina Social  
Departamento de Enfermagem



Monitoramento e Avaliação do  
Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**BLOCO DE IDENTIFICAÇÃO GERAL**

Estado: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_  
Unidade de saúde: \_\_\_\_\_  
Código da Unidade de Saúde (SIA/SUS): \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Fone/Fax: \_\_\_\_\_  
E-mail do entrevistado: \_\_\_\_\_  
Nº do questionário: \_\_\_\_\_  
Grupo: (1) PSF pré PROESF (2) PSF pós PROESF (3) Mista (4) AB Tradicional  
(5) Outra: \_\_\_\_\_

**BLOCO DE INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL DE SAÚDE**

E1. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_  
E2. Sexo: (0) Masculino (1) Feminino  
E3. Você estudou até: (0) Ensino Fundamental (1º grau) incompleto (4) Superior incompleto  
(1) Ensino Fundamental (1º grau) completo (5) Superior completo  
(2) Ensino Médio (2º grau) incompleto (6) Pós-graduação  
(3) Ensino Médio (2º grau) completo

<b>E4. Se você ESTÁ CURSANDO o 3º GRAU ou já COMPLETOU, qual o curso de graduação?</b> (1) Medicina (2) Enfermagem (3) Nutrição (4) Psicologia (5) Serviço Social (6) Odontologia (8) NSA ( ) Outro: _____	
<b>Há quanto tempo concluiu o 3º GRAU:</b> _____ (anos) (88) NSA	
<b>E5. Você tem pós-graduação:</b> Residência médica (0) Não (1) Sim (8) NSA Residência enfermagem (0) Não (1) Sim (8) NSA <b>SE SIM; Qual área?</b> Especialização (00) Não (1) Sim: _____ Mestrado (00) Não (1) Sim: _____ Doutorado (00) Não (1) Sim: _____	
<b>E6. Há quanto tempo concluiu a formação de mais alto grau?</b> _____ anos (00) menos de 1 ano	
<b>E7. Qual sua atividade profissional nesta Unidade de Saúde?</b> (1) Auxiliar administrativo/ burocrata/ recepcionista (5) Médico (2) Auxiliar de enfermagem (6) Serviços Gerais/ Servente (3) Técnico de enfermagem (7) Agente Comunitário de Saúde (4) Enfermeiro (8) Outro profissional de nível superior: _____	
<b>E8. Este é seu primeiro emprego?</b> (0) Não (1) Sim <b>SE NÃO: Qual(is) a(s) suas experiência(s) anterior(es):</b> _____ _____ _____	
<b>E9. Você ingressou neste emprego através de:</b> (01) Concurso público (03) Seleção externa (02) Seleção interna na Instituição (04) Indicação ( ) Outro _____	
<b>E10. Seu regime de trabalho neste emprego é:</b> (01) estatutário (06) Prestação de Serviços (02) CLT (07) Cooperado (03) Contrato temporário (08) Contrato Informal (04) Cargo Comissionado (09) Contrato Verbal (05) Bolsa ( ) Outros _____	
<b>E11. Você está satisfeito com a sua forma de vínculo empregatício?</b> (0) Não (1) Sim <b>SE NÃO, comente o que poderia melhorar?</b> _____ _____	

E12. Carga horária Contratada nesta UBS: _____ horas semanais	
E13. Carga horária Cumprida nesta UBS: _____ horas semanais	
E14. Qual a sua remuneração mensal bruta pelo trabalho aqui na Unidade de Saúde (que recebeu no último mês)?	R\$ _____
E15. Está recebendo salário em dia? (0) Não (1) Sim	
E16. Além de seu salário, o município lhe paga algum outro valor como incentivo? (0) Não (1) Sim SE SIM, de que tipo? _____ De que valor? _____ (mensal) (codificar sem valor após a vírgula)	
E17. Seu contrato permite vinculação a algum plano de carreira na instituição? (0) Não (1) Sim	
E18. Tens outros empregos? (0) Não (1) Sim	
E19. Há quanto tempo trabalha nesta Instituição (Prefeitura)? _____ (meses)	
E20. Há quanto tempo trabalha nesta Unidade de Saúde _____ (meses)	
E21. Houve alguma mudança na sua equipe de trabalho no último ano? (0) Não (1) Sim SE SIM: Para o trabalho nesta Unidade de Saúde estas mudanças foram: (00) Positivas (01) Negativas (02) Não tiveram nenhuma influência ( ) Outro _____	
E22. Depois que você começou a trabalhar na Atenção Básica (UBS), fez algum dos cursos de capacitação abaixo relacionados?	
Treinamento introdutório	(0) Não (1) Sim AIDPI (0) Não (1) Sim
Treinamento para preenchimento SIAB	(0) Não (1) Sim Diabetes (0) Não (1) Sim
Saúde da criança	(0) Não (1) Sim Hipertensão (0) Não (1) Sim
Saúde da mulher	(0) Não (1) Sim DST/AIDS (0) Não (1) Sim
Saúde do adulto	(0) Não (1) Sim Hanseníase (0) Não (1) Sim
Outro(s) curso(s)	(0) Não (1) Sim Imunização (0) Não (1) Sim
	Tuberculose (0) Não (1) Sim
A participação nestas capacitações teve alguma influência na sua prática profissional? (0) Não (1) Sim	
Faça um breve comentário sobre a relevância e adequação destas capacitações para seu trabalho diário: _____ _____	

**E23. O seu trabalho na Unidade de Saúde é supervisionado (acompanhado) por membro da equipe de Coordenação/ Central da Atenção Básica ou PSF?** (0) Não (1) Sim

**SE SIM, Qual o conteúdo desta supervisão?** \_\_\_\_\_

**E24. Qual a periodicidade da supervisão?**

(1) Semanal (2) Quinzenal (3) Mensal (4) Bimensal (5) Trimestral (6) Semestral (7) Anual  
(8) Sem periodicidade definida

**E25. Há quanto tempo ocorreu a última supervisão?** \_\_\_\_\_ ano(s) e \_\_\_\_\_ mês(es)

Codificar em meses \_\_\_\_\_ (000) menos de 1 mês

**E26. Em média, aqui na Unidade, quantas pessoas você atende em um dia normal de trabalho?** \_\_\_\_\_ pessoas

**E27. Na sua opinião, como está a qualidade da maioria dos serviços prestados à população nesta unidade de saúde?** (1) Muito ruim  
(2) Ruim (3) Nem ruim nem boa (4) Boa (5) Muito boa

**NOS ITENS ABAIXO, ASSINALE NA ESCALA O QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM:**

**E28. Estrutura física da Unidade de Saúde:**

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10

pouco satisfeito

muito satisfeito

**E29. Atendimento individual à demanda na Unidade:**

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10

pouco satisfeito

muito satisfeito

**E30. Atendimento individual à demanda no domicílio:**

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10

pouco satisfeito

muito satisfeito

**E31. Trabalho em equipe:**

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10

pouco satisfeito

muito satisfeito

**E32. Preenchimento de formulários e relatórios:**

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10

pouco satisfeito

muito satisfeito

**E33. Reuniões de equipe:**

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10

pouco satisfeito

muito satisfeito

**E34. Reuniões com a comunidade:**

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10

pouco satisfeito

muito satisfeito

**E35. Reuniões com a coordenação local da Unidade:**

0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10

pouco satisfeito

muito satisfeito

**AGORA VAMOS FALAR SOBRE O QUE VOCÊ ACHA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO**

Iluminação:	(0) Adequada	(1) Pouca / excessiva
Temperatura:	(0) Adequada	(1) Muito frio / muito calor
Ventilação / aeração:	(0) Adequada	(1) Má ventilação
Espaço próprio:	(0) Suficiente	(1) Insuficiente
Barulho excessivo	(0) Não	(1) Sim
Condições de higiene:	(0) Boas	(1) Não boas
Móveis:	(0) Confortáveis	(1) Não confortáveis
Manutenção do prédio:	(0) Suficiente	(1) Insuficiente
Cheiros desagradáveis:	(0) Não	(1) Sim

Sente que exigem demais de você:	(0) Não	(1) Sim
Tem muita concorrência entre colegas:	(0) Não	(1) Sim
Sente insegurança pela instabilidade:	(0) Não	(1) Sim
Sente falta de solidariedade entre colegas:	(0) Não	(1) Sim
Sente que tem responsabilidade demais:	(0) Não	(1) Sim
Realiza tarefas muito variadas:	(0) Não	(1) Sim
Faz muito trabalho burocrático:	(0) Não	(1) Sim
Sente falta de recursos para o trabalho:	(0) Não	(1) Sim
Sente falta de capacitação para as tarefas:	(0) Não	(1) Sim

Tem facilidade de dialogar com chefias:	(0) Não	(1) Sim
O relacionamento com chefias é tenso:	(0) Não	(1) Sim
O relacionamento com colegas é tenso:	(0) Não	(1) Sim
Tem medo de ficar sem trabalho:	(0) Não	(1) Sim
Sente-se reconhecido pelo trabalho:	(0) Não	(1) Sim
Está de acordo com o andamento do trabalho:	(0) Não	(1) Sim
Tem liberdade para sugerir melhorias:	(0) Não	(1) Sim

Se sente comprometido com o que faz:	(0) Não	(1) Sim
Pode aplicar seus conhecimentos:	(0) Não	(1) Sim
Sente-se útil no trabalho:	(0) Não	(1) Sim
Vê condições de progredir:	(0) Não	(1) Sim
Sente orgulho pelo que faz:	(0) Não	(1) Sim
Perde tempo com outras tarefas:	(0) Não	(1) Sim
Acha que seus erros podem afetar outras pessoas:	(0) Não	(1) Sim
Está descontente com seus colegas:	(0) Não	(1) Sim

**E36. Você teve acesso na unidade de saúde às seguintes publicações do MS?**

Revista Brasileira Saúde da Família	(0) Não	(1) Sim
Informes da atenção básica	(0) Não	(1) Sim
Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica	(0) Não	(1) Sim
Manual: O trabalho do Agente Comunitário de Saúde	(0) Não	(1) Sim
Avaliação Normativa do PSF no Brasil	(0) Não	(1) Sim

**E37. Para suas atividades profissionais, faz uso de computador?**

(0) Não      (1) Sim, na UBS      (2) Sim, em casa      (3) Sim, na UBS e em casa

**E38. Para suas atividades profissionais, utiliza algum tipo de protocolo?**

(0) Não      (1) Sim      **SE SIM: Quais?** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Poderias descrever quais as atividades realizadas na sua última semana de trabalho, como por exemplo: visita domiciliar, atendimento individual, coordenação/participação em grupo terapêutico, reuniões de equipe, reuniões com a comunidade, reunião com nível central da Secretaria de Saúde, tarefas burocráticas (relatórios, pedidos), participação em atividades de capacitação? *<para preenchimento do quadro abaixo, utilize o verso da página registrando claramente as atividades que realiza em cada turno de cada dia>* .

Turno	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
M					
T					

N					
---	--	--	--	--	--

SE VOCÊ CONSULTOU MAIS DE UMA VEZ NESTA UNIDADE BÁSICA: RESPONDA AS QUESTÕES E100 E E101. SE VOCÊ SOMENTE CONSULTOU UMA VEZ NESTA UNIDADE BÁSICA, RESPONDA SOMENTE A QUESTÃO E101. SE VOCÊ NUNCA CONSULTOU NESTA UNIDADE BÁSICA, VÁ PARA A QUESTÃO E102

E100. Alguma vez na vida em uma consulta nesta unidade básica, algum médico lhe disse que o(a) Sr.(a) deveria fazer exercícios para melhorar a sua saúde? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN  
**SE SIM Há quanto tempo foi essa consulta** \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

E101. E na sua última consulta no Posto de Saúde, o médico lhe disse que o(a) Sr.(a) deveria fazer exercícios para melhorar sua saúde? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN  
**SE SIM Quando foi a sua última consulta** \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

**AGORA NÓS VAMOS FALAR DE OUTROS HÁBITOS**

**E102. Você fuma ou já fumou?**  
 (0) Não, nunca fumou. **Pule para a pergunta E106.**  
 (1) Já fumou, mas parou de fumar há \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses  
 (2) Sim, fuma (mais de 1 cigarro por dia há mais de 1 mês). **Pule para pergunta E104.**

**E103 Se parou de fumar, qual foi o motivo?** \_\_\_\_\_  
 (88) NSA \_\_\_\_\_

**E104. Há quanto tempo você fuma (ou fumou durante quanto tempo)?** \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses (8888) NSA

**E105. Quantos cigarros você fuma ou fumava por dia?** \_\_\_\_\_ cigarros (88) NSA

**AGORA VAMOS FALAR SOBRE ACIDENTES QUE ACONTECERAM DURANTE A SUA VIDA**

**E106. Alguma vez na sua vida, você sofreu algum dos seguintes tipos de acidentes de trabalho?**  
 (00) Nunca (Pule para E117) ( ) Sim \_\_\_\_\_ vezes  
 (01) Queda Com qual idade? \_\_\_\_\_  
 (02) Pancada Com qual idade? \_\_\_\_\_  
 (03) Choque elétrico Com qual idade? \_\_\_\_\_  
 (04) Contato com substância tóxica Com qual idade? \_\_\_\_\_  
 (05) Acidente com instrumento perfurocortante contaminado Com qual idade? \_\_\_\_\_  
 (06) Acidente com instrumento perfurocortante não-contaminado Com qual idade? \_\_\_\_\_  
 (07) Acidente de transporte no trajeto para o trabalho Com qual idade? \_\_\_\_\_  
 (08) Outro, qual? \_\_\_\_\_

**E107. Se você já sofreu acidente com material perfurocortante contaminado: Você sabia se o material biológico envolvido no acidente era proveniente de paciente portador do HIV ou de hepatite B?** (0) Não (1) Sim

**Você realizou as seguintes medidas:**

Notificou o acidente	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Buscou atendimento médico	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Realizou exames de sangue	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Tomou medicamentos anti-HIV ou anti-HBV	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Realizou exames de acompanhamento	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA

**E108. Se você já sofreu acidente de transporte no trajeto para o trabalho, assinale qual(is) o(s) tipo(s) do(s) acidente(s):**

Atropelamento	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Acidente de carro	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Acidente de moto	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Acidente no transporte público	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA
Outro: (0) Não (1) Sim , qual? _____			

**Agora gostaria que você pensasse somente naquele acidente que determinou maior tempo de afastamento das atividades diárias incluindo trabalho**

**E109. Que idade você tinha quando este acidente ocorreu?** \_\_\_\_\_ anos (88) NSA

**E110. Quanto tempo este acidente o afastou de suas atividades diárias?**

(1) até 7 dias (2) de 8 a 15 dias (3) de 16 a 30 dias (4) de 30 a 90 dias (5) mais de 90 dias (8) NSA

**E111. Qual foi a causa deste acidente que o você sofreu?**

(01) Atingido por pancada	(02) Queda de um nível mais elevado
(03) Queda no chão	(04) Acidente de carro
(05) Contato com corrente elétrica	(06) Arremessado à distância
(07) Contato com substâncias tóxicas	(08) Acidente no transporte público
(09) Acidente com instrumento perfurocortante contaminado	(10) Acidente com instrumento perfurocortante não-contaminado.
( ) Outra causa: Qual? _____	(88) NSA

**E112. Qual a região do seu corpo mais atingida neste acidente que você sofreu?**

(01) Pé	(02) Perna	(03) Coxa
(04) Quadril	(05) Coluna	(06) Mão
(07) Pulso	(08) Antebraço	(09) Braço
(10) Ombro	(11) Tronco (costelas)	(12) Pescoço
(13) Cabeça (face)	(88) NSA	

**E113. Em decorrência deste acidente qual o tipo de Serviço de Saúde que você procurou?**

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| (00) Não procurou nenhum atendimento       | (05) Ambulatório de Sindicato      |
| (01) Posto de Saúde mais perto de sua casa | (06) Ambulatório de Empresa        |
| (02) Outro posto de saúde                  | (07) Consultório médico particular |
| (03) Pronto Socorro                        | (08) Convênio ou plano de saúde    |
| (04) Ambulatório do Hospital / Faculdade   | ( ) Outro serviço: Qual? _____     |

**E114. Neste local que você procurou atendimento, seu problema foi resolvido?**

(0) Não (1) Sim Por quê? \_\_\_\_\_

**E115. Você baixou no hospital devido este acidente?**

(0) Não (1) Sim **SE SIM, por quanto tempo:** \_\_\_\_\_ (dias) (88) NSA

**E116. Você ficou com alguma dificuldade de movimento, problema físico (limitação/dificuldade/seqüela/ incapacidade) decorrente deste acidente?**

(0) Não (1) Sim, temporária: Qual limitação: \_\_\_\_\_  
(2) Sim, permanente: Qual limitação: \_\_\_\_\_

**AGORA VAMOS FALAR SOBRE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA QUE ACONTECERAM DURANTE A SUA VIDA**

**E117. Alguma vez na sua vida, você enfrentou alguma situação de violência que lhe impossibilitou de realizar suas atividades de vida diária? (00) Não (Encerre o questionário. OBRIGADO! ( ) Sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_**

Violência 1: _____	Com que idade? _____
Violência 2: _____	Com que idade? _____
Violência 3: _____	Com que idade? _____

**Agora gostaria que você pensasse somente na situação violenta que determinou maior tempo de afastamento das atividades diárias incluindo trabalho**

**E118. Que idade você tinha quando esta violência ocorreu? \_\_\_\_\_ anos (88) NSA**

**E119. Quanto tempo este ato violento o afastou de suas atividades diárias?**

- |                     |                     |                     |
|---------------------|---------------------|---------------------|
| (1) Até 7 dias      | (2) De 8 a 15 dias  | (3) De 16 a 30 dias |
| (4) De 30 a 90 dias | (5) Mais de 90 dias | (8) NSA             |

**E120. Onde ocorreu esta violência?**

- |                                       |                 |              |
|---------------------------------------|-----------------|--------------|
| (1) Em casa                           | (2) No trabalho | (3) No lazer |
| (4) No trânsito                       | (5) Na escola   | (6) Na rua   |
| ( ) Outro local. Qual? _____ (88) NSA |                 |              |

**E121. Qual foi a causa desta violência que você sofreu?**

- (01) Bebida Alcoólica                      (02) Esporte                      (03) Discussão em casa  
(04) Discussão com vizinhos              (05) Assalto                      (06) Discussão no trabalho  
(07) Discussão no Trânsito              ( ) Outra causa: Qual? \_\_\_\_\_

**E122. Em decorrência desta violência, qual o tipo de Serviço de Saúde que você procurou?**

- (00) Não procurou nenhum  
(01) Posto de Saúde mais perto de sua casa  
(02) Outro posto de saúde  
(03) Pronto Socorro  
(04) Ambulatório do Hospital/ Faculdade  
(05) Ambulatório de Sindicato  
(06) Ambulatório de Empresa  
(07) Consultório médico particular  
(08) Convênio ou plano de saúde  
( ) Outro serviço: Qual: \_\_\_\_\_ (88) NSA

**E123. Neste local que você procurou atendimento para a violência sofrida, seu problema foi resolvido?**

- (0) Não, por quê? \_\_\_\_\_  
(1) Sim

**E124. Você baixou no hospital devido a este ato violento?**

- (0) Não                      (1) Sim  
**SE SIM, por quanto tempo?** \_\_\_\_\_ (dias)                      (8) NSA

**E125. Você ficou com alguma dificuldade de movimento, problema físico (limitação/dificuldade/seqüela/ incapacidade) decorrente deste ato de violência?**

- (0) Não  
(1) Sim, temporária. Qual limitação: \_\_\_\_\_  
(2) Sim, permanente. Qual limitação: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### Anexo 2 - Carta aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício nº 045/2004

Pelotas, 17 de setembro de 2004.

Ilm. Sr.  
Prof. Laís Augusto Facchini

Gostaríamos de comunicá-lo que seu projeto de pesquisa intitulado: "Monitoramento e avaliação do programa de expansão e consolidação do Programa de Saúde da Família -lote 2 região Sul" foi aprovado por este Comitê em reunião do dia 13/09/04.

Sendo o que se apresenta para o momento, subscrevemo-nos

Atenciosamente.

Prof. Dr. José Augusto Assunção Crespo Ribeiro  
Coordenador do CEP/FM-UFPel

Prof. Dr. José Augusto Crespo Rib...  
Coordenador do CEP/FM/UFPel

## ANEXO 3

### Anexo 3 Carta de autorização do coordenador da pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
CENTRO DE PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS  
FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
FACULDADE DE ENFERMAGEM – DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



Pelotas, 24 de Fevereiro de 2011.

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **Carla Luciane dos Santos Borges**, aluna regular do curso de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas está autorizada a utilizar parte dos dados coletados na pesquisa Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Código COCEPE 4.06.01.141) para elaborar a sua dissertação de mestrado intitulada **“Acidentes de Trabalho em Trabalhadores da Atenção Primária à saúde das Regiões Sul e Nordeste do Brasil”**. Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna está ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com o coordenador do projeto.

---

Coordenador do Projeto de Pesquisa  
Luiz Augusto Facchini

## 11 Relatório do trabalho de campo

Esta dissertação foi um recorte de um projeto integrado de capacitação e pesquisa em avaliação da atenção básica à saúde, sob responsabilidade do Departamento de Medica Social, do Departamento de Enfermagem e do Centro de Pesquisa Epidemiológica da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, que integra o componente 3 (monitoramento e avaliação) do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) do Ministério da Saúde (ELB PROESF-UFPeI).

O referido projeto foi delineado para articular atividades de capacitação e pesquisa contemplando todos os 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, distribuídos nos estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rios Grande do Sul e Santa Catarina.

A coleta de dados ocorreu no período entre 15 de março a 10 de agosto de 2005. Foi realizada por 15 supervisores selecionados e capacitados com dedicação exclusiva ao estudo. Para realização do trabalho de campo elaborou-se uma complexa logística, considerando os deslocamentos entre os 41 municípios estudados e o tempo necessário para a coleta. O rigoroso cumprimento do cronograma pré-estabelecido para o trabalho de campo nos municípios dos Lotes 1 e 2 foi altamente relevante, dada a abrangência e complexidade do estudo.

A totalidade dos instrumentos de pesquisa pode ser acessada na página do estudo disponível na internet, <http://www.epidemiio-ufpel.org.br/proesf/index.htm>.

Foram incluídos no estudo todos os trabalhadores de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros, odontólogos e outros de nível superior), de nível médio (auxiliares de enfermagem, auxiliares de saúde bucal, recepcionistas, dentre outros) e nível fundamental (Agentes comunitários de saúde e higienistas) em atividade nas UBS no período de coleta dos dados. Foram excluídos os indivíduos que, no momento da entrevista, estavam em férias, licença saúde ou afastados. A amostra final de trabalhadores foi de 1.730 indivíduos no Sul e 3.019 indivíduos no Nordeste, totalizando 4.749 trabalhadores.

Após consentimento, os trabalhadores responderam a um questionário auto aplicado, o qual foi revisado e codificado pela equipe de pesquisa. A digitação dos

dados foi feita utilizando-se o programa Epi Info versão 6 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos).

Para entender o estudo que havia acontecido em 2005 com o ELB PROESF-UFPel foi realizada uma leitura prévia do Projeto de Pesquisa, dos Relatórios Finais de cada Região (Sul e Nordeste) e da compreensão do instrumento de coleta de dados, o que permitiu a familiarização com as variáveis coletadas. Após iniciou-se intensa pesquisa sobre as temáticas de interesse: acidentes de trabalho, atenção primária à saúde, atenção básica á saúde, políticas públicas de saúde, programa de saúde da família, saúde do trabalhador, trabalhadores de saúde, acidentes com perfuro cortantes, exposição a material biológico, acidentes de transporte, riscos ocupacionais, prevenção de acidentes. A utilização do banco de dados ocorreu após o consentimento por escrito do coordenador do ELB PROESF-UFPel.

O próximo passo foi caracterizado pela manipulação dos dados referentes ao estudo de acidentes de trabalho em trabalhadores da atenção primária a saúde. A operacionalização do desfecho foi definida através da seguinte pergunta: “Alguma vez na vida você sofreu acidente de trabalho?”. A partir das respostas foi possível identificar o tipo e a prevalência dos acidentes de trabalho.

Considerou-se acidente de trabalho todo evento ocorrido, alguma vez na vida, que tenha provocado lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente em trabalhadores de atenção primária à saúde. Foi investigada a ocorrência de queda, pancada, choque elétrico, contato com substância tóxica, acidente com instrumento perfuro cortante, acidente de transporte no trajeto para o trabalho, ou outro tipo de acidente.

Em relação as variáveis independentes foram estudadas as sócio-demográficas, comportamentais, ocupacionais, regime de trabalho, modelo de atenção, região, e caracterização dos acidentes( com material perfurocortante, acidente de transporte, caracterização do acidente com maior tempo de afastamento).

Destaco que ao iniciar a análise, foi identificado no banco de dados inconsistências na codificação das respostas de duas questões: Qual a região do seu corpo foi mais atingida neste acidente que você sofreu? Para esta pergunta havia apenas uma resposta codificada, mesmo o trabalhador tendo mencionado mais de um membro. A outra questão foi relativa à: Qual o tipo de serviço de saúde

você procurou em decorrência deste acidente? Para esta pergunta, também havia respostas para mais de um serviço procurado, porém, apenas uma codificação.

Em virtude desta constatação e visando trabalhar com dados mais fidedignos, identificaram-se no total da amostra todos os questionários dos trabalhadores que haviam sofrido acidentes de trabalho ao longo da vida (n=1410), a partir deste momento foi elaborado um questionário possibilitando assim outra codificação e digitação, o que gerou um novo banco de dados para os trabalhadores acidentados.

A utilização de um banco de dados previamente coletado desvelou aspectos favoráveis e desfavoráveis na realização desta dissertação, os quais descrevo a seguir: dentre os favoráveis destaco a possibilidade de trabalhar com dados ainda não manipulados, o custo ínfimo se comparado aos gastos condizentes ao tempo disponibilizado para à preparação do estudo, elaboração do banco de dados e instrumentos de pesquisa, preparação da logística, execução do campo propriamente dito, digitação dos dados e controle de qualidade. No entanto pontuo como desfavorável o desconhecimento de todas as etapas realizadas na preparação de um estudo de grande porte como o ELB PROESF-UFPEL, a dificuldade para entender a logística e agrupamento dos dados, a possibilidade de encontrar problemas que não haviam sido detectados e que possam afetar o desempenho e o cronograma previamente determinado.

Apesar dos desafios, pontuo como extremamente enriquecedoras todas as etapas trilhadas para a realização deste estudo. A experiência, aliada ao conhecimento adquirido através do contato com os questionários, com a produção de novos instrumentos, digitação, revisão da literatura, a leitura dos Projetos ELB PROESF-UFPEL, o contato com os orientadores, foram fatores determinantes para suprimir desajustes mencionados anteriormente. A vivência deste contexto aumentou ainda mais o interesse pela temática relacionada à saúde do trabalhador.

## **12 ARTIGO DA DISSERTAÇÃO**

A seguir será apresentado o artigo produzido durante o mestrado.

**Artigo 1 – PREVALÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO AO LONGO DA VIDA E FATORES ASSOCIADOS ENTRE TRABALHADORES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS REGIÕES SUL E NORDESTE DO BRASIL**

Artigo no formato para submissão na Revista Brasileira de Epidemiologia.

**PREVALÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO AO LONGO DA VIDA E FATORES ASSOCIADOS ENTRE TRABALHADORES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS REGIÕES SUL E NORDESTE DO BRASIL**

*Carla Luciane dos Santos Borges*<sup>1</sup>

*Luis Augusto Facchini*<sup>2</sup>

*Elaine Thumé*<sup>2,3</sup>

*Bruno Pereira Nunes*<sup>2</sup>

*Alitéia Santiago Dilélio*<sup>2</sup>

*Marcos Aurélio Matos Lemões*<sup>3</sup>

1 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas

2 Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas

3 Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas

**APOIO FINANCEIRO:** Ministério da Saúde do Brasil e Banco Mundial

**Endereço para correspondência:**

Carla Luciane dos Santos Borges- [carlalborges@gmail.com](mailto:carlalborges@gmail.com)

Avenida: Fernando Osório, 2753 Bloco 01 apto 202.

Bairro: Três Vendas

Cidade: Pelotas- Rio Grande do Sul- Brasil. CEP: 96020-220.

**TÍTULO CORRIDO: Acidentes de trabalho em trabalhadores da atenção primária à saúde no Sul e Nordeste do Brasil**

## **PREVALÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO AO LONGO DA VIDA E FATORES ASSOCIADOS ENTRE TRABALHADORES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS REGIÕES SUL E NORDESTE DO BRASIL**

### **RESUMO:**

A saúde do trabalhador vem ganhando destaque nas pesquisas científicas. Um dos principais enfoques é o acidente de trabalho, o qual vem sendo tradicionalmente estudado nas indústrias e no âmbito hospitalar, porém, esses estudos na atenção primária a saúde são parcamente encontrados. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi identificar a prevalência dos acidentes de trabalho ao longo da vida e fatores associados entre os trabalhadores da atenção primária a saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Trata-se de estudo com delineamento transversal de base de serviço de saúde o qual utilizou dados do Estudo de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ELB PROESF-UFPEL), realizado em 2005. A análise ajustada foi realizada através de regressão de Poisson. A taxa de acidente de trabalho foi de 34,8%. Entre os acidentes, destacam-se: com material perfuro cortante (62,4%), queda (36,1%), pancada (13,8%), choque (8,6%) e acidentes de trânsito (23,0) Na análise ajustada, as variáveis idade, renda, tabagismo, transtornos psiquiátricos menores, regime de trabalho, ocupação, adequação de aspectos da tarefa, satisfação com atendimento domiciliar e trabalho em equipe mantiveram-se associadas ao desfecho. Caracterizar e registrar a ocorrência de acidentes de trabalho ao longo da vida dos trabalhadores em Atenção primária à Saúde, identificando as diferentes categorias ocupacionais, os mais expostos e outros fatores associados, poderá contribuir para novas medidas de segurança e redimensionamento das políticas de saúde do trabalhador.

**Palavras-chave:** Atenção Primária a Saúde, Acidentes de Trabalho, Acidentes com perfuro cortantes, Acidentes e Eventos Biológicos, Consequências de Acidentes, Acidentes de trajeto.

**Abstract:****Prevalence of Lifelong Job Accidents and Associated Factors Among the Primary Attention to Health Workers in the South and Northeast Regions of Brazil.**

Workers' health has been gaining highlights on scientific research. One of the main approaches is job accidents, which have been traditionally studied in hospitals and industries; however, the objective of this study was to identify the prevalence of lifelong job accidents and associated factors among workers from the Primary Attention to Health in cities in the South and Northeast regions of Brazil. It is a cross-sectional study with service base to health that used data from the Base Line Study of the Expansion and Consolidation Project of Family Health Strategy (ELB-PROESF-UFPEL), performed in 2005. The adjusted analysis was performed with Poisson regression. The job accident tax was 34.8%. Among them it stands out: with drill cutting material (62.4%), fall (36.1%), stroke (13.8%), shock (8.6%) and traffic accidents (23.0). In the adjusted analysis, the variables age, income, smoking, minor psychiatric disorders, work regime, occupation, adequacy, satisfaction with home assistance and team work were associated with the outcome. Characterize and register the occurrence of lifelong job accidents among APS workers, identifying the different occupational categories, the most exposed and other associated factors, can contribute to new security measures and resizing of workers' health politics.

**Keywords:** Primary Attention to Health. Job Accidents. Drill Cutting Accidents. Biological Accidents and Events. Accident Consequences. Commuting Accidents.

## **Prevalência de acidentes de trabalho ao longo da vida e fatores associados entre trabalhadores de Atenção Primária à Saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil**

### **Introdução**

As estatísticas evidenciam que os acidentes de trabalho são constantes e podem causar doenças, traumas, incapacidades e até a morte do trabalhador<sup>1</sup>. No Brasil, 3000 profissionais morrem a cada ano, vítimas de acidente de trabalho, embora se observe um decréscimo de 7,7% no percentual de acidentes relacionados ao trabalho, de 755.980 registros em 2008 para 701.496 em 2010<sup>2</sup>. Na América do Sul o número alcança 20 milhões de acidentes de trabalho anualmente, gerando 90mil acidentes fatais<sup>3</sup>. Em uma parte da União Européia (EU), os acidentes de trabalho (AT) atingem mais de 6 milhões de trabalhadores por ano, acarretando em média uma perda de 20 dias de trabalho<sup>4</sup>.

Em relação à área da saúde, o Brasil possui em torno de 2,5 milhões de trabalhadores, sendo que um milhão está lotado nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>5</sup>. O ambiente laboral de atuação do trabalhador de APS está envolto por alto risco de acidentes, devido à presença de agentes químicos, físicos e biológicos, além da forma de organização do trabalho basear-se na repetição de movimentos podendo assim potencializar a sua ocorrência<sup>6-9</sup>. A incidência de acidentes vitimando trabalhadores da área de saúde apresentou um acréscimo entre os anos de 2002 (27 mil acidentes) e 2009 (60 mil acidentes), de 43%, o que equivale a um aumento de 33 mil acidentes<sup>2</sup>.

No Brasil, segundo dados do governo federal os acidentes e doenças do trabalho custam, anualmente, R\$ 12,4 bilhões aos cofres da Previdência Social, através do pagamento do auxílio-doença, auxílio-acidente e aposentadorias<sup>2</sup>. Cabe lembrar que as estatísticas de acidentes de trabalho refletem somente os acidentes registrados pela Previdência Social. Estima-se que haja no Brasil uma alta taxa de subnotificação de acidentes de trabalho<sup>10</sup>, aumentando a lacuna no conhecimento sobre a real situação da prevalência de acidentalidade dos trabalhadores em saúde. No período entre 2008 e 2009 o Ministério da Previdência Social estimou a subnotificação de acidentes de trabalho em 26,5%<sup>2</sup>. A literatura internacional estima que os custos iniciais por trabalhador acidentado fiquem em torno de US\$ 500 à US\$ 3.000, dependendo do tipo do tratamento prestado<sup>11</sup>.

Historicamente os estudos sobre acidentes com trabalhadores da saúde são mais focados na área hospitalar<sup>12-15</sup>, havendo escassez de investigações no âmbito da APS, no Brasil e no mundo<sup>6-8</sup>. Apesar disso, a estrutura precária das unidades básicas de saúde (UBS) e de suas condições de trabalho podem levar a insatisfação e desgaste do trabalhador, potencializando a ocorrência de acidentes de trabalho<sup>7, 16, 17</sup>.

Buscando reduzir as lacunas sobre o tema, este estudo objetiva identificar a prevalência dos acidentes de trabalho ao longo da vida e os fatores associados, entre os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, em municípios com mais de 100.000 habitantes de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil.

## **Métodos**

Esta pesquisa utilizou dados do Estudo de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ELB PROESF-UFPEL), realizado em 2005. Utilizou-se um delineamento transversal de base de serviço de saúde, considerando sua adequação aos objetivos da pesquisa, o custo relativamente baixo e a possibilidade de diagnosticar de forma rápida a ocorrência dos acidentes, fornecendo informações que permitem conhecer a prevalência dos acidentes e seus fatores de risco, além de identificar os trabalhadores mais afetados<sup>18-20</sup>.

A população-alvo do estudo foi constituída por todos os trabalhadores lotados nas 240 Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de municípios com mais de 100 mil habitantes que integraram o ELB PROESF-UFPEL<sup>18, 19</sup>. Foram incluídos no estudo todos os trabalhadores de saúde de nível superior (médicos, enfermeiros e outros de nível superior), de nível médio (auxiliares de enfermagem, recepcionistas, dentre outros) e nível fundamental (agente comunitário de saúde e higienistas) em atividade nas UBS no período de coleta dos dados. Foram excluídos os indivíduos que, no momento da entrevista, estavam em férias, licença saúde ou afastados<sup>19</sup>.

O universo amostral do ELB PROESF-UFPEL foi constituído pela totalidade de municípios com mais de 100 mil habitantes (n= 41 municípios) nos estados do Rio Grande do Sul (n=17), Santa Catarina (n=4), Alagoas (n=2), Paraíba (n=3), Pernambuco (n=10), Piauí (n=2) e Rio Grande do Norte (n=3), que constituíram o Lote 2 Sul e o Lote 2 Nordeste do termo de referência do Ministério da Saúde<sup>19</sup>.

Buscando maior representatividade, o sorteio das UBS foi proporcional ao tamanho da rede básica de cada município. A fim de garantir o poder estatístico na avaliação de possíveis

diferenças entre os modelos de atenção e ampliar a representatividade da amostra, foram incluídas entre 10% e 20% da Rede Básica de Saúde de cada município. Desta forma selecionaram-se três UBS em municípios com até 20 UBS; seis em municípios que tinham de 21 até 40 UBS, nove em municípios com um tamanho da rede de 41 a 90 UBS e, 12 UBS em municípios com mais de 90 UBS.

A partir de listas de UBS estratificadas segundo o modelo assistencial (PSF e não-PSF), se estabeleceu o sorteio da UBS em cada estrato e em cada município. Foram identificadas 855 UBS no Nordeste e 655 UBS no Sul. Em cada lote foram sorteadas, aleatoriamente, 120 UBS. No Sul, a amostra foi composta por 69 UBS do PSF e 51 UBS Tradicionais, enquanto no Nordeste 79 eram do PSF e 41 Tradicionais. As UBS sorteadas orientaram a seleção das amostras de trabalhadores de saúde. A amostra final de trabalhadores foi de 1.730 indivíduos no Sul e 3.011 indivíduos no Nordeste, totalizando 4741 trabalhadores.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março a agosto de 2005, com uma equipe de 15 supervisores de campo vinculados ao ELB-PROESF/UFPel. Após consentimento, os trabalhadores responderam a um questionário autoaplicado, o qual foi revisado e codificado pela equipe de pesquisa. A digitação dos dados foi feita utilizando-se o programa Epi Info versão 6 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos).

Para o estudo de prevalência vários cálculos de tamanho de amostra foram realizados para atender aos diversos objetivos. Considerando uma ocorrência de acidentes de 40%<sup>4,5</sup>, nível de confiança de 95% e um erro de 03 pontos percentuais seriam necessários cerca de 1023 trabalhadores. Para avaliação de associações, o estudo tem poder de 80% para detectar com significativas razões de prevalência de 1,3 ou maiores, para exposições que afetam de 10-90% da população estudada, com nível de confiança de 95%.

Considerou-se a variável independente acidente de trabalho como todo o evento ocorrido alguma vez na vida, que tenha provocado lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente, conforme artigo 19 da lei 8213/91<sup>21</sup> em trabalhadores de atenção primária à saúde. Foi investigada a ocorrência de queda, pancada, choque elétrico, contato com substância tóxica, acidente com instrumento perfuro cortante, acidente de transporte no trajeto para o trabalho, ou outro tipo de acidente.

As variáveis independentes incluídas nas análises para associações foram: Sexo (masculino e feminino); Idade em anos (16 a 29; 30 a 49 e 50 a 82); Renda em quartis, sendo o primeiro quartil o mais pobre e o último quartil o mais rico; Escolaridade (Até fundamental completo, Até ensino médio completo, Ensino superior completo e Pós-graduação); Tabagismo (Ex-

fumante, Fumante atual, nunca fumou); SRQ<sup>22</sup> - *Self Report Questionnaire* - positivo (Não e Sim); Regime de trabalho (Estatutário, CLT, Regime de trabalho precário); Possui outro emprego (Não e Sim); Tempo de trabalho na UBS (Até um ano; Mais de um até cinco anos; Mais de cinco anos); Atividade ocupacional (Recepcionista, Agente Comunitário de Saúde, Serviços Gerais/Servente, Médico, Odontólogo, Enfermeiro, Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, Auxiliar de consultório dentário/Técnico de Higiene Dental, e Outros); Adequação do ambiente físico; da tarefa; de aspectos institucionais e de aspectos pessoais (Adequado e Não Adequado); Satisfação com a estrutura da UBS; com atendimento domiciliar; com o trabalho em equipe; com reuniões na comunidade (Satisfeito e Não Satisfeito); Modelo Assistencial (PSF e Tradicional); Região do país (Nordeste e Sul).

Para a análise dos dados, utilizou-se o modelo de regressão de Poisson com estimativas robustas de variância<sup>23</sup>, realizando-se cálculo de razões de prevalência bruta e ajustadas com intervalos de 95% de confiança (IC95%). A análise ajustada utilizou um modelo conceitual o qual buscou controlar possíveis fatores de confusão em relação às variáveis do mesmo nível e àquelas de níveis anteriores, sendo mantidas no modelo todas as variáveis com  $p \leq 0,20$ . Consideraram-se estatisticamente significantes, os valores  $p \leq 0,05$ . A análise dos dados foi realizada no programa Stata, versão 12.0.

O comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UFPEL aprovou o projeto de pesquisa intitulado: “Monitoramento e avaliação do programa de expansão e consolidação do Programa de Saúde da Família- lote 2 região Sul” sob ofício nº 045/2004 datado em 13/09/04.

## **Resultados**

Do total de 4741 entrevistados, 3783 (81,1%) pertenciam ao sexo feminino. A maioria da amostra (60,4%) foi constituída por trabalhadores com idade entre 30 e 49 anos. A variável renda mensal bruta foi dividida em quartis, sendo que 25,5% pertenciam ao primeiro quartil (mais pobre), enquanto que 24,7% enquadraram-se no quarto quartil (mais rico). Quanto à escolaridade a maior parte dos trabalhadores (49,2%) possuía até o ensino médio completo, (16,4%) possuíam pós-graduação e (14,2%) o ensino superior completo. Em relação às características comportamentais e de saúde evidenciou-se que grande parte dos trabalhadores (69,5%) nunca fumou, enquanto a minoria (12,4%) fazia uso do tabaco. Para os transtornos mentais, o SRQ foi positivo para 16,4% da amostra. Analisando as características ocupacionais, o regime de trabalho ficou distribuído em 42% para os estatutários e 37,5% para o regime de trabalho precário. Destaca-se que 20,5% dos trabalhadores possuíam outro

emprego. Em relação ao tempo de trabalho na UBS, 40,1% dos trabalhadores possuíam entre 01 e 05 anos de serviço. Quanto a ocupação, os Agentes Comunitários de Saúde foram a categoria mais prevalente 32,4%, seguidos pelos auxiliares/técnicos de enfermagem (17,6%), após os recepcionistas (12,0%) da mostra, médicos (10,9%), os enfermeiros (7,2%), servente/serviços gerais detiveram (6,5%), os odontólogos (5,0%), os auxiliares/técnico de higiene dental e outros representaram (2,2%) e (6,2%) respectivamente (Tabela 1).

Os profissionais que relataram adequação positiva para o ambiente físico compuseram 54,0% da amostra. Para os aspectos relativos à tarefa, institucionais e pessoais, foram adequados para 41,5%, 28,4% e 27,9%, respectivamente. A satisfação dos trabalhadores com a estrutura das UBS, atendimento domiciliar, trabalho em equipe e reuniões da comunidade foram referidas por 47,8%, 69,1%, 76,6% e 50,3%, respectivamente. Além disso, cerca de 60% das UBS possuíam o PSF como modelo assistencial e localizavam-se na região Nordeste (Tabela 1).

A prevalência de acidentes de trabalho ao longo da vida foi de 34,8% (n=1410). Destaca-se entre estes: acidentes com material perfuro cortante (62,4%), queda (36,1%), pancada (13,8%), com substância tóxica (4,5%), contato com corrente elétrica (10,6%), e acidentes de trânsito (23,0%), os quais foram subdivididos em: acidente de carro (53,2%), moto (16,7%), transporte público (19,8%) e outro tipo de acidente de transporte (arremessado a distância, bicicleta, dentre outros.) representaram 21,4% dos acidentes de transporte.

Em relação aos acidentes com perfuro cortantes, 32,7% (n=460) dos trabalhadores tiveram algum acidente com perfuro cortante contaminado, destes 79,1% não sabiam se o material estava contaminado com os vírus do HIV ou Hepatite B. Apenas 50,9% dos trabalhadores com este tipo de acidente realizaram notificação e destes 59,5% buscaram atendimento médico. Ainda, 67% realizaram exame de sangue, 20,4% usaram antirretrovirais e 47,4% fizeram exame de acompanhamento devido ao tipo de acidente, enquanto que para os acidentes com perfuro cortante não contaminado a prevalência foi de 28%.

A análise bruta evidenciou associação estatisticamente significativa entre acidente de trabalho ao longo da vida e as seguintes variáveis: idade, renda, escolaridade, tabagismo, SRQ positivo, regime de trabalho, possuir outro emprego, ocupação, adequação de aspectos do ambiente físico, adequação de aspectos da tarefa, satisfação com estrutura da UBS, atendimento domiciliar, trabalho em equipe e reuniões da comunidade. A região também se apresentou associada ao desfecho (tabela 2).

Na tabela 2, após análise ajustada, evidenciou-se que as variáveis escolaridade, possuir outro emprego, adequação do ambiente físico, satisfação com estrutura da UBS, satisfação com

reuniões na comunidade e região perderam associação estatística. Após ajuste, o acidente de trabalho foi 1,30 (IC95%: 1,17; 1,46) vezes maior em indivíduos de 30 a 49 anos quando comparados aos indivíduos de 16 a 29 anos. Em trabalhadores de 50 a 82 anos não se observou essa diferença (RP: 1,15 – IC: 0,99; 1,34) embora se evidencie que o limite inferior do intervalo de confiança está no limiar da significância (tabela 2).

A análise ajustada também evidenciou que o acidente de trabalho continuou positivamente associado com a renda. Indivíduos do quartil mais rico possuíam 65% mais risco de ter acidente de trabalho quando comparados aos indivíduos do quartil mais pobre. Trabalhadores de saúde ex-fumante e fumante tinham aproximadamente 1,25 vezes mais risco de acidentarem-se quando comparados aos que nunca fumaram. Ainda, trabalhadores com SRQ positivo apresentaram 44% mais risco do desfecho. Com relação ao regime de trabalho, indivíduos em regime de trabalho precário tiveram 14% mais risco de acidente de trabalho quando comparados aos estatutários.

Em relação à ocupação, após ajuste, todas as categorias dessa variável apresentaram mais risco de acidente de trabalho quando comparados à categoria referência (repcionista), com destaque para os odontólogos, enfermeiros e auxiliares de consultório dentários/técnico de saúde bucal os quais apresentaram 3,23; 3,25 e 3,14 vezes mais risco de acidente de trabalho, respectivamente. Os profissionais médicos, auxiliares/técnicos de enfermagem e a categoria outros tiveram 2,78; 2,85 e 2,09 mais riscos de acidente, respectivamente. Por fim, os ACS tiveram 1,45 mais riscos em relação ao desfecho e os profissionais de serviços gerais/servente apresentaram 1,73 mais risco de acidente de trabalho ao longo da vida (tabela 2).

A adequação dos aspectos da tarefa manteve associação estatística limítrofe (RP: 1,14 – IC<sub>95%</sub>: 1,00; 1,29) na análise ajustada. Trabalhadores insatisfeitos com atendimento domiciliar e com o trabalho em equipe apresentaram aproximadamente 15% mais risco do desfecho (tabela 2).

## **Discussões**

Os estudos relativos à APS apresentam pouco enfoque a respeito da saúde dos trabalhadores, embora estes sejam atores ativos no processo de cuidar dos usuários dos serviços de saúde pública. Entender o processo saúde/doença e reprocessá-lo em forma de ações que beneficiem a saúde da comunidade podem potencializar a ocorrência de AT, pois, o ambiente laboral, a insatisfação com os rendimentos, o trabalho precarizado, os hábitos de saúde e comportamentais, dentre outros, podem envolver o trabalhador em uma série de riscos<sup>24</sup>.

Embora o trabalho em saúde apresente esta importância e estando a atenção integral a saúde do trabalhador expressa na Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, este, ainda não ganhou o seu devido lugar, situação que permite uma reflexão sobre o atual perfil epidemiológico das doenças ocupacionais<sup>25</sup>. Estas afetam o processo de trabalho, acrescem os riscos de acidentalidade aos trabalhadores, fragilizando-os, favorecendo assim a precarização dos contratos de trabalho, a insatisfação, o afastamento da atividade laboral, o aumento dos gastos da previdência<sup>10</sup>.

O presente estudo evidenciou que 34,8% dos trabalhadores entrevistados sofreram pelo menos um episódio de acidente de trabalho ao longo de sua vida. Esta prevalência é inferior à encontrada em alguns estudos<sup>7, 8, 26-28</sup>, entretanto na cidade de Londrina-PR, em um ano de estudo, foi detectado uma prevalência de 24,1% nas Unidades Básicas de Saúde, onde mais ocorreram acidentes com materiais biológicos, seguidos pelos Centros Cirúrgicos 14,2%. As categorias profissionais com maior acidentalidade foram: auxiliares de enfermagem, serviços gerais, estagiários, técnicos de enfermagem e coletores de lixo, com 39,5%, 10,3%, 7,5%, 5,9%, 5,1% respectivamente. O sexo feminino obteve 73,5% destes acidentes<sup>17</sup>. No setor saúde percebe-se que a prevalência de maior acidentalidade enfoca o sexo feminino, pois, dentre os trabalhadores vinculados, as mulheres são o maior contingente. Outro estudo onde a prevalência de AT também foi menor do que a presente pesquisa foi realizado em Minas Gerais, com 116 trabalhadores do serviço de atendimento pré-hospitalar (APH), identificou-se 19,8% de AT no período de um ano, em que 39,1% dos agravos tiveram como causa os perfuro cortantes, 56,5% por fluídos corporais e 52,25 dos trabalhadores não realizaram exame de acompanhamento. As categorias profissionais que mais se acidentaram foram: 24% condutores, 15,6% para auxiliares e técnicos de enfermagem e 11,1% para enfermeiros<sup>29</sup>. Um estudo com 1249 trabalhadores da APS de Florianópolis, Sul do Brasil desvelou uma prevalência de 21,6% para acidentes com material biológico, sendo o sangue e fluídos corpóreos mais frequentes com 22% e as quedas com 15,5%<sup>8</sup>.

Em relação aos dados descritos anteriormente esta pesquisa identificou uma prevalência maior de AT para os perfuro cortantes (62,4%) distribuídos em 32,7% para os contaminados e 28% para os não contaminados, concordando com GUILARDE et al<sup>30</sup>, os quais observaram uma prevalência de 87%, distribuídos no Pronto Socorro, clínica médica e maternidade.

Ao analisar os registros de pacientes que deram entrada em um hospital escola de Ribeirão Preto (SP) em um período de 02 anos pelo motivo de AT, foi identificado uma prevalência de 10,09%, sendo que 85,11% eram do sexo masculino, 22,17% estavam entre 31 e 40 anos.

Dentre as categorias que mais sofreram acidentes destaca-se: trabalhadores da construção civil, rurais, aposentados, motoristas, domésticas e serviços gerais com: 24,27%, 19,42%, 19,10%, 9,06%, 7,77% e 6,96 respectivamente<sup>31</sup>.

Em relação à idade, este estudo destaca os trabalhadores entre 30 e 49 anos, os quais se pressupõem que tenham relativa experiência profissional apresentaram maior prevalência de acidentes de trabalho quando comparados aos trabalhadores mais jovens, este dado é corroborado por outros estudos<sup>7, 8, 26, 31</sup>. Outra pesquisa realizada em São José do Rio Preto (SP) concorda com os autores do parágrafo acima a respeito da associação entre a faixa etária e AT<sup>32</sup> e ainda evidencia que 50,6% dos AT acontecem com a equipe de enfermagem, com exposição a material biológico, ocasionado por perfuro cortantes, e tendo a categoria dos auxiliares/técnicos de enfermagem como a principal em relação a prevalência de AT, dados que correspondem a outras pesquisas<sup>7, 8, 17, 19, 33</sup>. Novamente percebe-se que o achado das pesquisas está relacionado com o fato do setor saúde estar composto em sua maioria por trabalhadores do sexo feminino e a categoria mais volumosa pertencerem à enfermagem, a qual atua prestando cuidado direto ao paciente e está envolta em ambientes que apresentam riscos químicos, físicos, biológicos, dentre outros<sup>6-8, 15, 19</sup>. Quanto à infectividade do paciente fonte (HIV, Hepatite B e C) este estudo identificou que 79,1% dos acidentados desconheciam este dado, 50,9% realizaram notificação, 67% realizaram exame de sangue, 20,4% fizeram uso de antirretrovirais e 47,4% realizaram exame de acompanhamento.

Dados de um estudo relativo a imunização em APS em Santa Catarina evidenciaram que 64,6% dos trabalhadores entrevistados (n=1249) tinham esquema vacinal completo para Hepatite B, do total de trabalhadores, 42,59% afirmou ter contato com material biológico ou perfuro cortante<sup>16</sup>

Os acidentes de trânsito neste estudo compuseram 23% dos AT, sendo divididos em acidente de carro (53,2%), moto (16,7%), transporte público (19,8%) e outros (21,1%). Uma prevalência menor, de 18,7% foi encontrada no estudo<sup>34</sup>. O somatório dos acidentes de trajeto no Brasil no período de 2008-2010 foi de 273.711 acidentes<sup>10</sup>;

A presente pesquisa evidenciou que os trabalhadores com maiores ganhos salariais na UBS referiram maior ocorrência de AT, com 65% mais risco para acidente de trabalho, diferente de outros estudos em que a prevalência de AT foi maior nos trabalhadores com ganhos salariais menores<sup>8,19,30</sup>. Para os hábitos de saúde e comportamentais identificou-se aumento da acidentalidade em tabagistas e em indivíduos com transtornos psiquiátricos menores (SRQ positivo), similares aos achados de outros estudos<sup>35</sup>. Um estudo realizado com 163 médicos

atuantes em 23 unidades de APS no México identificou que 64,8% se manifestaram doente, dentre as patologias as musculoesqueléticas (20%), respiratórias (19,2%), gastrointestinais (18,3%) e psicológicas (15,2%), os fatores psicossociais tiveram relação com todas as enfermidades referidas, em relação ao tempo de serviço na UBS 91,5% possuem mais de 10 anos e menos de 30 anos<sup>36</sup>. A permanência na UBS em tempo integral devido a longa jornada de trabalho, envolvendo o trabalhador diretamente nos problemas da comunidade, pode ser considerado um risco para AT, principalmente para as doenças crônicas<sup>9</sup>.

Após a análise ajustada percebeu-se que os odontólogos e auxiliares/técnicos de consultório dentário obtiveram a maior prevalência de AT estes dados são corroborados pelo estudo de GARCIA, BLANK<sup>28</sup> as quais identificaram 39,1% dos odontólogos e 39,4% dos auxiliares de consultório dentário/técnico de higiene dental com exposições a material biológico, as autoras pontuaram também que apenas 39,2% dos odontólogos usavam luvas, 34,3% usavam óculos, 39,1% máscaras e 39,2% jaleco estes atos acarretaram uma prevalência de acidentes no ano anterior de 39,1%, diferente da pesquisa de GUILARDE et al<sup>30</sup>, onde 61% dos profissionais referiram estar usando os equipamentos de proteção durante o AT. Os achados destes pesquisadores evidenciam o quanto ainda se tem que trabalhar para sensibilizar o trabalhador/empresa a respeito da importância do uso correto dos equipamentos de proteção. A percepção do risco no trabalho em saúde da família está evidenciada na relação objeto/sujeito do trabalho e as comunidades adstritas carregadas das suas características socioambientais<sup>9</sup>, para estes autores a percepção do risco para AT tem uma relação intrínseca às características da ação e do ambiente circundante, isto fica evidente neste estudo realizado em Rio grande-RS, com 48 trabalhadores de APS (27,1%) enfermeiros, (20,8%) médicos, (25%) auxiliares e técnicos em enfermagem e (27,1%) agentes comunitários de saúde. Alguns trabalhadores pontuam a manipulação de perfuro cortantes e fluídos biológicos com o risco de AT, elencam também dentre as características sócio ambientais do território as cercas elétricas, cachorros, cavalos e animais peçonhentos, os quais são condicionantes e potencializadores de AT e que os trabalhadores se confrontam durante as visitas domiciliares. A própria estrutura da UBS foi citada como predisponente ao AT, por ser pequena de mais para comportar a equipe e usuários. A falta de resolutividade pode gerar stress e ansiedade para o trabalhador<sup>9</sup>.

Percebe-se que independente das ações realizadas pelo governo para ampliar a cobertura em relação à saúde do trabalhador, ainda encontra-se grande dificuldade em sensibilizar os profissionais de saúde e gestores da rede básica para os problemas de saúde relacionados ao trabalho<sup>37, 38</sup>.

É plausível supor a ocorrência de lacunas na identificação, caracterização e notificação dos acidentes de trabalho, à semelhança de outros estudos realizados com trabalhadores de saúde e da APS<sup>7, 8, 10, 16, 35, 38, 39</sup>, independente de ocupação, modelo de atenção e região do país, visto o lento crescimento e pouca efetividade prática das leis as quais abordam a temática sobre a saúde do trabalhador e da falta de conscientização dos trabalhadores e gestores a respeito da importância do auto cuidado, do uso correto dos EPIs, da notificação imediata, da procura por atendimento e uso dos medicamentos profiláticos.

Caracterizar e registrar a ocorrência de acidentes de trabalho ao longo da vida dos trabalhadores em saúde, identificando as diferentes categorias ocupacionais e fatores associados, poderá contribuir para novas medidas de segurança e redimensionamento das políticas de saúde do trabalhador<sup>7, 10, 16, 40</sup>.

### **Conclusões**

A prevalência de acidentes de trabalho deste estudo foi de 34,8%, evidenciando que os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) estão tão expostos a acidentes de trabalho quanto aqueles lotados na área hospitalar ou outro ambiente laboral. O sistema de saúde vigente preconiza a APS como porta de entrada do sistema de saúde, priorizando o atendimento integral, equânime, acolhedor e humanizado promovendo cada vez mais o contato direto entre o trabalhador de Saúde Pública e o usuário e para que isso seja feito de forma salutar é necessário que haja proteção também para aqueles que cuidam da saúde da população.

Algumas variáveis destacaram-se na associação com os acidentes de trabalho enfatizando o quão vulnerável se encontra o trabalhador lotado na APS e que o cenário da saúde pública propicia ao trabalhador um ambiente laboral frágil, em relação a prevenção de acidentes.

Conclui-se que os AT em trabalhadores da APS e fatores associados possuem significativa relevância para a manutenção da saúde do trabalhador, pois, através da identificação do perfil do trabalhador, da instituição e caracterização dos agravos, podem-se propor novas medidas de prevenção e controle, visto que os achados mostraram prevalências importantes relativas ao desfecho, embora se trabalhe com números estimados, em função do alto índice de subnotificações.

## Referências

1. Gonçalves P. Acidente de trabalho – Agente Biológico. *Vox Forensis*, Espírito Santo do Pinhal. 2010;3(1).
2. Brasil. Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasília: MPS/DATAPREV; 2010. p. 1-868.
3. SERT(SP). Programa de qualificação profissional / Conteúdos gerais. Programa de qualificação profissional da Secretaria do Emprego e Relação do Trabalho-SERT (Caderno do trabalhador). São Paulo: Fundação Padre Anchieta; 2010.
4. Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. *Perspectivas 1 – Novos riscos emergentes para a segurança e saúde no trabalho*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias; 2009.
5. IBGE. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística); [Acessado em: 04 nov. 2011]; Available from: <http://www.ibge.gov.br/>.
6. Cardoso ACM, Figueiredo RMD. Situações de risco biológico presentes na assistência de enfermagem nas unidades de saúde da família (USF). *Rev latinoam enferm*. 2010;18(3):368-72.
7. Chiodi MB, Marziale MHP, Robazzi MLdCC. Occupational accidents involving biological material among public health workers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2007;15:632-8.
8. Garcia LP, Facchini LA. Exposures to blood and body fluids in Brazilian primary health care. *Occup Med (Lond)*. 2009 Mar;59(2):107-13.
9. Cezar-Vaz MR, Soares JFdS, Figueiredo PPD, Azambuja EPd, Sant'Anna CF, Costa VZd. Risk perception in family health work: study with workers in Southern Brazil. *Rev latinoam enferm*. 2009;17(6):961-7.
10. Facchini LA, Nobre LCdC, Faria NMX, Fassa AG, Thumé E, Tomasi E, et al. Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciênc saúde coletiva*. 2005;10(4):857-67.
11. Workbook for designing implementing and evaluating a sharps injury prevention program [database on the Internet]. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. 2004 [cited 02 de Novembro de 2011].
12. Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev latinoam enferm*. 2006;14(4):517-25.
13. Petrucci C, Alvaro R, Cicolini G, Cerone MP, Lancia L. Percutaneous and mucocutaneous exposures in nursing students: an Italian observational study. *J Nurs Scholarsh*. 2009;41(4):337-43.
14. Nascimento Sobrinho CL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2006;52(2):97-102.
15. Barbosa MA, Figueiredo VL, Paes MSL. Acidentes de trabalho envolvendo profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar: um levantamento em banco de dados. *Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG*. 2009;2(1).
16. Garcia LP, Facchini LA. Vacinação contra a hepatite B entre trabalhadores da atenção básica à saúde. *Cad saúde pública*. 2008;24(5):1130-40.
17. Spagnuolo RS, Baldo RCS, Guerrini IA. Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - Londrina-PR. *Rev bras epidemiol*. 2008;11(2):315-23.

18. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2006;11(3):669-81.
19. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DSd, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad saúde pública*. 2008;24(supl.1):s159-s72.
20. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
21. Brasil. Lei n.8213, de 24 de julho de 1991- Dispõe sobre o Plano de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências Diário Oficial da União [Periódico na Internet]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>. Acessado em 26/02/2012.
22. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986 Jan;148:23-6.
23. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol*. 2003 Oct 20;3:21.
24. Tomasi E, Sant'Anna GC, Oppelt AM, Petrini RM, Pereira IV, Sassi BT. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. *Rev bras epidemiol*. 2007;10(1):66-74.
25. Dias EC, Hoefel MdG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciênc saúde coletiva*. 2005;10(4):817-27.
26. Nunes EdFPdA, Souza NMd, Ribeiro MF, Baldo R. Notificação de acidentes de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde de Londrina, Paraná, 2004. *Espaç saúde (Online)*. 2006;8(1):1-6.
27. Muralidhar S, Singh PK, Jain RK, Malhotra M, Bala M. Needle stick injuries among health care workers in a tertiary care hospital of India. *Indian J Med Res*. 2010 Mar;131:405-10.
28. Garcia LP, Blank VLG. Prevalência de exposições ocupacionais de cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultório dentário a material biológico. *Cad saúde pública*. 2006;22(1):97-108.
29. Paiva MHRS, Oliveira AC. Fatores determinantes e condutas pós-acidente com material biológico entre profisisonais do atendimento pré-hospitalar. *Rev bras enferm*. 2011;64(2):268-73.
30. Guilarde AO, Oliveira AMd, Tassara M, Oliveira Bd, Andrade SSd. Acidentes com material biológico entre profissionais de Hospital Universitário em Goiânia. *Rev patol trop*. 2010;39(2):131-6.
31. Robazzi MLdCC, Marziale MHP, Alves LA, Silveira CA, Caran VCS. Acidentes de trabalho identificados em prontuários hospitalares. *Ciênc cuid saúde*. 2006;5(3):289-98.
32. Ruiz MT, Barboza DB, Soler ZASG. Acidentes de trabalho: um estudo sobre esta ocorrência em um hospital geral. *Arq ciênc saúde*. 2004;11(4):219-24.
33. Izidoro JdS, Iwamoto HH, Camargo FC. Delineamento dos acidentes de trabalho em instituições de saúde de uma microrregião de Minas Gerais. *Cogitare enferm*. 2010;15(3).
34. Jacques MdG, Jacques CC. Acidentes de trabalho e implicações psicossociais: uma discussão introdutória. *Pesqui prá psicossociais*. 2009;3(2):141-9.
35. Hernández Navarrete M, Montes Villameriel F, Solano Bernad V, Sánchez Matienzo D, del Val García J, Gil Montalbán E, et al. Accidentes con material biológico en trabajadores sanitarios de 2 áreas de atención primaria (1990-1999). *Aten Primaria*. 2001;28(04):255-8.

36. Aranda Beltrán C, Pando Moreno M. Factores psicosociales asociados a patologías laborales en médicos de nivel primario de atención en Guadalajara, México. *Revista Médica del Uruguay*. 2007;23:369-77.
37. Lacaz FAdCd. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cad saúde pública*. 1997;13(supl.2):7-19.
38. Brasil. Notificações de acidentes de trabalho fatais, graves e com crianças e adolescentes. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
39. Cespedes LDM, Sarquis LMM, Scussiato LA, Miranda FMDA, Von Stein Júnior A. Estudo da adesão de trabalhadores com acidentes de trabalho notificados. *Cogitare enferm*. 2010;15(2).
40. Dilélio AS, Facchini LA, Jardim VMR, Tomasi E, Thumé E, Piccini RX, et al. Prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores em Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde das Regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad saúde pública*. 2012 (no prelo).

**Tabela 1. Características sócio - demográficas, comportamentais, de saúde, ocupacionais e contextuais, relativas aos acidentes de trabalho sofridos pelos trabalhadores de APS ao longo da vida nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Estudo de Linha de Base. Projeto de Expansão e Consolidação de Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, 2005.**

Variáveis	Descrição da amostra	
	N	%
<b>Sexo</b>	n = 4.667	
Feminino	3783	81,1
Masculino	884	18,9
<b>Idade (em anos)</b>	n = 4.662	
16 a 29	1.158	24,8
30 a 49	2.815	60,4
50 a 82	689	14,8
<b>Renda em quartis</b>	n= 4.161	
1 quartil (mais pobre)	1.059	25,5
2 quartil	1.028	24,7
3 quartil	1.046	25,1
4 quartil (mais rico)	1.028	24,7
<b>Escolaridade</b>	n= 4.689	
Até Fundamental completo	946	20,2
Até Ensino médio completo	2.307	49,2
Superior completo	666	14,2
Pós-graduação	770	16,4
<b>Tabagismo</b>	n= 4.314	
Nunca fumou	2.998	69,5
Ex-fumante	780	18,1
Fumante atual	536	12,4
<b>SRQ positivo</b>	n= 4.188	
Não	3.502	83,6
Sim	686	16,4
<b>Regime de trabalho</b>	n= 4.562	
Estatutário	1.939	42,5
CLT	910	20,0
Regime de trabalho precário	1.061	37,5
<b>Possui outro emprego</b>	n= 4.666	
Não	3.712	79,5

Sim	954	20,5
<b>Tempo de trabalho na UBS (em anos)</b>	n= 4.580	
Até um ano	1.553	33,9
Mais de um ano até 5	1.873	40,1
mais de 5	1.190	26,0
<b>Ocupação</b>	n= 4.738	
Recepcionista	571	12,0
ACS	1.534	32,4
serviços gerais/servente	310	6,5
Médico	518	10,9
Odontologo	239	5,0
Enfermeiro	341	7,2
aux de cons dentario/tecnico saude bucal	102	2,2
Aux/tec enfermagem	834	17,6
Outros	289	6,2
<b>Adequação</b>	n= 4.741	
Aspectos ambiente físico adequado	2.562	54,0
Aspectos da tarefa adequado	1.969	41,5
Aspectos institucionais adequados	1.348	28,4
Aspectos pessoais adequados	1.323	27,9
<b>Satisfação</b>		
Com a estrutura da UBS	n= 4.613	
	2.205	47,8
Com o atendimento domiciliar	n= 3.907	
	2.698	69,1
Com o trabalho em equipe	n= 4.419	
	3.386	76,6
Com as reuniões da comunidade	n= 4.014	
	2.017	50,3
<b>Região</b>	n= 4.741	
Nordeste	3.011	63,5
Sul	1.730	36,5

**Tabela 2- Prevalência dos acidentes de trabalho ao longo da vida de acordo com as variáveis independentes, análise bruta e ajustada nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Estudo de Linha de Base. Projeto de Expansão e Consolidação de Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, 2005.**

	%	Acidente de trabalho ao longo da vida			
		Análise bruta RP (IC95%)	Valor-p	Análise ajustada RP (IC95%)	Valor-p
<b>Sexo</b>			0,257		0,062
Masculino	33,1	1		1	
Feminino	35,3	1,07 (0,95; 1,19)		1,12 (0,99; 1,27)	
<b>Idade (em anos)</b>			<0,001		<0,001
16 a 29	28,8	1		1	
30 a 49	37,7	1,30 (1,17; 1,46)		1,21 (1,08; 1,36)	
50 a 82	33,3	1,15 (0,99; 1,34)		1,03 (0,87; 1,21)	
<b>Renda em quartis</b>			<0,001		<0,001
1 quartil (mais pobre)	29,3	1		1	
2 quartil	28	0,96 (0,83; 1,11)		0,94 (0,82; 1,10)	
3 quartil	36,4	1,24 (1,09; 1,43)		1,25 (1,09; 1,44)	
4 quartil (mais rico)	43,5	1,48 (1,31; 1,69)		1,65 (1,40; 1,96)	
<b>Escolaridade</b>			0,001		0,122
Até Fundamental completo	32,7	1		1	
Até Ensino médio completo	33,9	1,04 (0,92; 1,17)		0,99 (0,86; 1,13)	
Superior completo	34,6	1,06 (0,91; 1,23)		0,82 (0,68; 0,99)	
Pós-graduação	40,6	1,24 (1,08; 1,42)		0,88 (0,73; 1,06)	
<b>Tabagismo</b>			<0,001		<0,001
Nunca fumou	32,4	1		1	
Ex-fumante	39,6	1,22 (1,09; 1,36)		1,23 (1,08; 1,39)	
Fumante atual	41	1,26 (1,12; 1,42)		1,27 (1,10; 1,46)	
<b>SRQ positivo</b>			<0,001		<0,001
Não	31,7	1		1	
Sim	46,6	1,47 (1,33; 1,62)		1,44 (1,29; 1,61)	

<b>Regime de trabalho</b>			0,001		0,044
Estatutário	37,8	1		1	
CLT	30	0,79 (0,70; 0,89)		0,98 (0,83; 1,15)	
Regime de trabalho precário	34,2	0,90 (0,82; 0,99)		1,14 (1,01; 1,29)	
<b>Possui outro emprego</b>			<0,001		0,875
Não	32,7	1		1	
Sim	42,6	1,30 (1,19; 1,43)		0,99 (0,86; 1,14)	
<b>Tempo de trabalho na UBS (em anos)</b>			0,325		0,727
Até um ano	33,4	1		1	
Mais de um ano até cinco	35,2	1,05 (0,95; 1,16)		1,03 (0,91; 1,17)	
Mais de cinco	36,3	1,08 (0,97; 1,21)		1,07 (0,91; 1,25)	
<b>Ocupação</b>			<0,001		<0,001
Recepcionista	20,4	1		1	
ACS	26,1	1,28 (1,05; 1,56)		1,45 (1,07; 1,96)	
Serviços gerais/servente	30,9	1,51 (1,17; 1,96)		1,73 (1,17; 2,57)	
Médico	37,5	1,84 (1,48; 2,28)		2,78 (1,83; 4,22)	
Odontólogo	43,8	2,15 (1,70; 2,72)		3,23 (2,09; 5,02)	
Enfermeiro	46,6	2,28 (1,84; 2,83)		3,25 (2,15; 4,09)	
Auxiliar consultório dentário/ Técnico de saúde bucal	48,9	2,40 (1,82; 3,16)		3,14 (2,10; 4,69)	
Auxiliar/técnico enfermagem	51	2,50 (2,06; 3,03)		2,85 (2,13; 3,82)	
Outros	31,6	1,55 (1,19; 2,01)		2,09 (1,41; 3,11)	
<b>Adequação aspectos ambiente físico</b>			<0,001		0,948
Adequado	32,3	1		1	
Não adequado	37,8	1,17 (1,07; 1,27)		0,99 (0,88; 1,13)	
<b>Adequação aspectos tarefa</b>			<0,001		0,041
Adequado	30,6	1		1	
Não adequado	37,8	1,23 (1,13; 1,35)		1,14 (1,00; 1,29)	
<b>Adequação aspectos institucionais</b>			0,885		0,746
Adequado	34,7	1		1	
Não adequado	34,9	1,01 (0,91; 1,10)		0,98 (0,84; 1,13)	

<b>Adequação aspectos pessoais</b>			0,916		0,231
Adequado	35	1		1	
Não adequado	34,8	0,99 (0,90; 1,09)		1,08 (0,95; 1,23)	
<b>Satisfação com estrutura da UBS</b>			0,012		0,875
Satisfeito	32,7	1		1	
Insatisfeito	36,5	1,12 (1,02; 1,21)		1,01 (0,90; 1,13)	
<b>Satisfação com atendimento domiciliar</b>			<0,001		0,023
Satisfeito	32,2	1		1	
Insatisfeito	41,1	1,28 (1,16; 1,40)		1,15 (1,02; 1,30)	
<b>Satisfação com trabalho em equipe</b>			<0,001		0,038
Satisfeito	33,5	1		1	
Insatisfeito	40	1,19 (1,08; 1,31)		1,14 (1,01; 1,30)	
<b>Satisfação com reuniões comunidade</b>			0,004		0,641
Satisfeito	32,7	1		1	
Insatisfeito	37,3	1,14 (1,04; 1,25)		1,03 (0,91; 1,17)	
<b>Modelo</b>			0,583		0,504
PSF	35,1	1		1	
Tradicional	34,2	0,97 (0,89; 1,06)		0,96 (0,84; 1,09)	
<b>Região</b>			0,001		0,831
Nordeste	33	1		1	
Sul	37,9	1,15 (1,05; 1,25)		1,01 (0,90; 1,14)	

## Artigo 02

### **Prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde**

Prevalence of minor psychiatric disorders in workers of Primary Health Care.

Alitéia Santiago Dilélio<sup>1,\*</sup>

Luiz Augusto Facchini<sup>1,3</sup>

Elaine Tomasi<sup>2</sup>

Suele Manjourany Silva<sup>3</sup>

Elaine Thumé<sup>3,4</sup>

Roberto Xavier Piccini<sup>5</sup>

Denise Silva Silveira<sup>1</sup>

Maria de Fátima Santos Maia<sup>5</sup>

Alessander Osório<sup>5</sup>

Fernando Vinholes Siqueira<sup>2</sup>

Vanda Maria da Rosa Jardim<sup>1</sup>

Marcos Aurélio Matos Lemões<sup>1</sup>

Carla Luciane dos Santos Borges<sup>1</sup>

1 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas

2 Universidade Católica de Pelotas

3 Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas

4 Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas

5 Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas

\* Endereço para correspondência:

Alitéia Santiago Dilélio

Rua: Marechal Deodoro, 919 apt 302

Bairro: Centro

Pelotas – Rio Grande do Sul – Brasil. CEP: 96020-220

**Número de telefone:** (53) 3227 5694 - (53) 9131 3325

**E-mail:** [aliteia@gmail.com](mailto:aliteia@gmail.com)

**Resumo:**

Os problemas de saúde mental estão entre os mais prevalentes em trabalhadores de saúde. Avaliou-se a prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores (TPM) e fatores associados em profissionais de enfermagem, comparando-os aos demais trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS). Realizou-se estudo transversal de base de serviço de saúde com trabalhadores lotados em 240 Unidades Básicas urbanas de 41 municípios acima de 100 mil habitantes de sete estados das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Entrevistou-se 4.749 trabalhadores e a prevalência de TPM foi de 16%, sem diferenças estatísticas por região e modelo de atenção, variando com a função. Foi maior em Agentes Comunitários de Saúde e outros trabalhadores de nível médio, menor em outros profissionais de nível superior, ficando os médicos e profissionais de enfermagem em posição intermediária ( $p < 0,001$ ). Os fatores ocupacionais apresentaram a mais forte associação com a ocorrência de TPM na análise ajustada, sugerindo que sua redução depende de melhorias nas condições de trabalho na APS e da gestão do Sistema Único de Saúde.

**Descritores:** Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde do Trabalhador. Transtorno Psiquiátrico Menor. Enfermagem.

**Abstract:**

The mental health problems are among the most prevalent health workers. We evaluated the prevalence of Minor Psychiatric Disorders (MPD) and associated factors in professional nursing, comparing them to other employees of the Primary Health Care (PHC). Held cross-sectional study of health service workers crowded into 240 units, comprised of 41 urban municipalities with more than 100 thousand inhabitants in seven states in the South and Northeast of Brazil. We interviewed 4,749 workers and the prevalence of MPD was 16%, no statistical differences by region and type of care, varying with the function. Was higher in the Community Health Agents and other mid-level workers, lower in other tertiary level, leaving doctors and nurses in an intermediate position ( $p < 0.001$ ). The occupancy factors showed the strongest association with the occurrence of PMS in the adjusted analysis, suggesting that its reduction depends on improvements in working conditions in the PHC and the management of the Unified Health System

Keywords: Health Services Research. Primary Health Care. Occupational Health. Minor Psychiatric Disorders. Nursing.

## Introdução

O trabalho constitui-se em um processo coletivo que define, organiza e divide a inserção social de indivíduos e coletividades, determinando um nexos biopsíquico historicamente específico dos indivíduos<sup>1</sup>. Diversas pesquisas no setor agrícola, comercial e industrial<sup>2-5</sup> evidenciam a relação marcante do trabalho com as condições de vida e saúde dos trabalhadores. Recentemente ganha destaque a avaliação dos trabalhadores no setor saúde, em função da importância relativa que assumem no contexto da força de trabalho em todo o mundo<sup>6-10</sup>. No Brasil, os trabalhadores da saúde representam mais de 2,5 milhões do total de trabalhadores no país, estando um milhão de trabalhadores lotados em Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>11</sup>.

No âmbito do sistema de saúde, é crescente o reconhecimento de que o acesso da população a cuidados de saúde com qualidade está ligado ao bem-estar dos trabalhadores da saúde<sup>12</sup>. O ambiente de trabalho adequado, o bom relacionamento interpessoal e o crescimento profissional produzem um sentimento de satisfação e motivação para o trabalho potencializando a qualidade da atenção dispensada aos usuários dos serviços de saúde<sup>13, 14</sup>. Lesões, incapacidades e condições de trabalho precárias entre trabalhadores da saúde, além de comprometerem a qualidade de vida da força de trabalho<sup>10</sup>, podem afetar a qualidade da atenção à saúde<sup>13, 14</sup>.

Os trabalhadores da Atenção Básica apresentam elevadas prevalências de problemas de saúde, inclusive de saúde mental<sup>10, 15</sup>. Portanto, em termos de justiça social com a força de trabalho em saúde e de prioridade epidemiológica, as questões de saúde e, particularmente de saúde mental, devem estar no centro da preocupação de gestores e pesquisadores. Esta questão ganha relevância ao observarmos que, apesar da historicidade das relações entre precárias condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores, inclusive com repercussões na saúde mental<sup>1, 2, 16</sup>, há uma relativa escassez de investigações abordando esta temática na força de trabalho em saúde, particularmente na Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>9, 10, 17, 18</sup>.

No campo das morbidades, os transtornos mentais promovem importantes prejuízos na funcionalidade e qualidade de vida. Cerca de um terço (30,8%) da totalidade dos anos vividos com incapacidade são decorrentes de transtornos mentais<sup>19</sup>.

A exemplo de outras categorias profissionais, na APS, os estudos também devem valorizar as diferentes formas de inserção no processo de trabalho, como síntese das múltiplas determinações da saúde dos trabalhadores<sup>2</sup>. A complexidade e a diversidade da inserção ocupacional podem refletir diferentes padrões de adoecimento e agravos à saúde, cujo

conhecimento é essencial para a formulação de intervenções em saúde e segurança do trabalhador<sup>20-22</sup>. Neste contexto, o presente artigo tem por objetivo avaliar a prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores (TPM) e fatores associados entre profissionais de enfermagem, comparando-os com os demais trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.

## Metodologia

Realizou-se um estudo transversal de base de serviço de saúde, estratificando as Unidades Básicas de Saúde segundo o modelo de atenção (Tradicional e PSF)<sup>18</sup>. A população-alvo do estudo foi constituída por todos os trabalhadores lotados em 240 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de sete estados das regiões Sul (RS, SC) e Nordeste (AL, PB, PE, PI, RN), incluídos no Estudo de Linha de Base (ELB) do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)<sup>17</sup>, selecionados, independente da idade, sexo ou ocupação. O ELB conduzido pela UFPel avaliou o desempenho do PSF nas duas regiões, com o propósito de subsidiar a reorientação do modelo de Atenção Básica à Saúde conforme demanda expressa no termo de referência do PROESF<sup>17</sup>.

Do total de 41 municípios em estudo, 17 localizavam-se no Rio Grande do Sul, quatro em Santa Catarina, dois em Alagoas, três na Paraíba, dez em Pernambuco, dois no Piauí e três no Rio Grande do Norte. A partir desta composição, uma amostra estratificada por múltiplos estágios orientou a seleção da população da área de abrangência dos serviços, Unidades Básicas de Saúde, trabalhadores de saúde e usuários<sup>23</sup>.

Os dados foram coletados no período de março a agosto de 2005, através de questionário individual auto-aplicado distribuído por 15 supervisores vinculados ao ELB-PROESF. O instrumento foi planejado para avaliar a prevalência de transtornos psiquiátricos menores, através da versão brasileira validada do “*Self Report Questionnaire*” (SRQ-20)<sup>24</sup>. O ponto de corte para suspeição de TPM foi de oito para mulheres e seis para homens.

Valorizando a natureza técnica da atividade, expressa na função desempenhada na unidade de saúde, os trabalhadores foram agrupados em cinco categorias: médicos; profissionais de enfermagem, que incluem enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem; outros profissionais de nível superior, que incluem odontólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e outros; outros trabalhadores de nível médio, que compreendem técnicos e auxiliares de higiene bucal e auxiliares administrativos e agentes comunitários de saúde.

Optou-se por agrupar, em uma única categoria, os profissionais de enfermagem devido à semelhança técnica das atividades desenvolvidas, apesar da diferença social observada entre estes profissionais, decorrente da escolaridade. O tamanho da amostra e o interesse em alcançar poder estatístico de 80% também subsidiaram esta decisão<sup>25</sup>.

Os trabalhadores também forneceram informações sobre gênero, idade, renda individual, tabagismo (nunca fumou, já fumou, fuma), sedentarismo (menos de 150 minutos de atividade física moderada e vigorosa por semana)<sup>26</sup>, presença de algum problema de saúde, regime de trabalho precário (contratos em regime emergencial ou temporário com o município, ou aqueles realizados através de organizações não governamentais, cooperativas e entidades filantrópicas) e satisfação com estrutura da UBS, com atendimento domiciliar, trabalho em equipe e reuniões com a comunidade. As variáveis independentes ainda incluíram características do contexto sócio-geográfico (Sul e Nordeste) e do modelo de atenção da unidade básica à saúde em que o trabalhador estava lotado (PSF e Tradicional)<sup>18</sup>.

Ao priorizar variabilidade dos TPM conforme a divisão técnica do trabalho, a escolaridade deixou de ser considerada na análise como variável independente, pois claramente indica padrões de divisão social do trabalho<sup>1</sup>.

Os dados foram digitados no programa Epi Info 6.04b (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos) e analisados com o pacote estatístico Stata 9.0<sup>27</sup>.

Inicialmente, procedeu-se às análises descritivas, verificando a distribuição dos casos em cada variável. A análise bivariada examinou o comportamento das variáveis segundo o modelo de atenção (PSF e tradicional), a região (Sul e Nordeste) e a função (Figura 1). As associações foram testadas por meio da comparação entre proporções, utilizando-se o teste do qui-quadrado, pois a variável dependente TPM é qualitativa, sendo consideradas significativas as diferenças com valor de p inferior a 0,05. A análise estratificada avaliou a distribuição dos TPM conforme a função para as variáveis independentes estatisticamente associadas na análise bivariada. A análise multivariável foi conduzida mediante modelo hierárquico, sendo a probabilidade da ocorrência de TPM de acordo com a função ajustada no primeiro nível para idade, sedentarismo e problema de saúde; no segundo nível para regime de trabalho precário e tempo de trabalho na UBS e, no terceiro nível para satisfação com a estrutura da UBS, com o atendimento domiciliar, com o trabalho em equipe e reuniões com a comunidade. A seleção das variáveis teve como critério p-valor  $<0,20$ <sup>28</sup> na análise bivariada. Caso alguma variável apresentasse p-valor  $>0,20$  após ajuste seria excluída do modelo de análise multivariável. Essa condição não foi observada, assim, todas as variáveis selecionadas na análise bivariada se mantiveram no modelo final de ajuste multivariável.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pelotas, sob o número 045/2004 em 13 de setembro de 2004.

## Resultados

Foram entrevistados 4749 profissionais (1730 no Sul e 3019 no Nordeste), 2956 em unidades de saúde da família e 1793 em unidades tradicionais. Do total, 521 (11,0%) eram médicos, 1175 (25,0%) eram profissionais de enfermagem, 411 (9,0%) eram outros profissionais de nível superior, 1536 (32,0%) eram agentes comunitários de saúde e 1103 (23,0%) eram outros trabalhadores de nível médio.

A amostra foi composta de mais de 80,0% de mulheres, superior em todas as categorias profissionais, apresentando uma frequência menor entre médicos (57,2%) e maior em profissionais de enfermagem (91,9%) ( $p < 0,001$ ). Aproximadamente 60,0% encontravam-se na faixa etária de 30 a 49 anos, com idade média de 37,8 ( $\pm 10,3$ ) anos. No grupo acima de 50 anos encontravam-se 30,6% dos médicos, 12,0% dos profissionais de enfermagem e apenas 5,7% dos ACS ( $p < 0,001$ ). Em relação à renda, 33,0% dos profissionais recebiam até R\$ 376,00 e outros 33,0% recebiam mais de R\$ 784,00, sendo a mediana de R\$ 470,00. A renda também mostrou uma distribuição bastante heterogênea conforme a função, incluindo no maior tercil 92,8% de médicos e apenas 2,8% de ACS ( $p < 0,001$ ) (Tabela 1). Destaca-se que o salário mínimo no período do estudo era R\$ 300,00.

O sedentarismo foi de 27,5%, significativamente maior entre os médicos (43,7%) e menor entre os ACS (14,9%) ( $p < 0,001$ ). O hábito de fumar foi citado por 12,4% dos profissionais, sendo a menor prevalência observada entre outros profissionais de nível superior (7,2%) e médicos (8,0%) ( $p < 0,001$ ) (Tabela 1).

Mais de um terço da amostra referiu ter algum problema de saúde e esta distribuição mostrou-se semelhante para todos os profissionais, não apresentando diferença significativa ( $p = 0,090$ ) (Tabela 1).

Quase 40,0% dos profissionais referiu regime de trabalho precário chegando, respectivamente, a 52,8% entre os ACS ( $p < 0,001$ ). Para mais de 70,0% dos profissionais, independente da categoria, o tempo de trabalho na UBS foi inferior a cinco anos ( $p = 0,006$ ) (Tabela 1).

A estrutura física da UBS e as reuniões com a comunidade foram os itens que tiveram maior proporção de insatisfação. A insatisfação com a estrutura física chegou a 57,3% para outros trabalhadores de nível médio e 55,0% para profissionais de enfermagem

( $p=0,001$ ). A insatisfação com as reuniões com a comunidade chegou a 54,9% para outros trabalhadores de nível médio e 54,8% para os médicos ( $p<0,001$ ) (Tabela 1).

A prevalência total de TPM na amostra foi de 16,0%, sem diferenças estatisticamente significativas de acordo com a região geopolítica (Sul x Nordeste) e o modelo de atenção (PSF x Tradicional). Entretanto, a função desempenhada na unidade de saúde implicou em diferença altamente significativa ( $p<0,001$ ). A prevalência foi menor entre outros profissionais de nível superior e maior para ACS e outros trabalhadores de nível médio, ficando os médicos e os profissionais de enfermagem em posição intermediária (Figura 1).

A Tabela 2 apresenta a análise da prevalência de TPM e demais variáveis independentes. A prevalência de TPM não apresentou diferenças estatisticamente significativas de acordo com o sexo, renda e o hábito de fumar, para o total da amostra e as diferentes categorias profissionais.

A prevalência de TPM diminuiu significativamente com o aumento da idade para o conjunto da amostra (Tabela 2) e entre médicos e profissionais de enfermagem. A prevalência de TPM foi significativamente maior entre os sedentários para a totalidade da amostra e para médicos, profissionais de enfermagem e outros profissionais de nível superior não havendo diferença para ACS e outros trabalhadores de nível médio. A presença de algum problema de saúde implicou em maior proporção de TPM para todos os trabalhadores (Tabela 2), com diferenças significativas para cada uma das funções na análise estratificada.

Para o conjunto da amostra, a prevalência de TPM foi maior entre aqueles que não apresentavam regime de trabalho precário (Tabela 2). Na análise estratificada, este comportamento foi observado apenas para ACS e outros trabalhadores de nível médio. Para a totalidade da amostra a prevalência de TPM foi significativamente maior entre os profissionais que apresentavam tempo de trabalho na UBS superior a cinco anos. Ao estratificar por função, esta associação se manteve para profissionais de nível médio, mostrando uma inversão para médicos.

A satisfação com a estrutura da UBS, com o atendimento domiciliar, com o trabalho em equipe e com as reuniões com a comunidade esteve associada significativamente com menores prevalências de TPM para todos os entrevistados (Tabela 2). Ao estratificar por função, esta associação se manteve entre a satisfação com a estrutura para médico, profissionais de enfermagem e ACS. A satisfação com o atendimento domiciliar, com o trabalho em equipe e reuniões com a comunidade apresentou o mesmo padrão de associação significativa com TPM para profissionais de enfermagem e ACS.

Com base nas associações observadas na análise bivariada e seguindo o modelo hierárquico procedeu-se à análise multivariável por regressão de Poisson. A Tabela 3 apresenta o comportamento de cada uma das variáveis selecionadas para o modelo de análise multivariável após ajuste para variáveis de mesmo nível e de nível hierárquico superior. Exceto tempo de trabalho na UBS e satisfação com atendimento domiciliar, trabalho em equipe e reunião com a comunidade, as demais variáveis permaneceram significativas após ajuste.

A Tabela 4 explora a variabilidade da prevalência de transtornos psiquiátricos menores segundo a categoria de trabalhadores, após ajuste para diferentes níveis hierárquicos de variáveis. Após o ajuste para as variáveis do primeiro nível, o excesso de prevalência de TPM em médicos e profissionais de enfermagem deixou de ser significativo, enquanto para ACS e outros trabalhadores de nível médio foi reduzido mantendo a significância estatística ( $p=0,009$ ), o que indica que a idade, o sedentarismo e os problemas de saúde confundiam parte da associação. O ajuste para as variáveis do segundo nível não modificou o efeito observado no primeiro nível ( $p=0,014$ ). Por fim, após o ajuste para as variáveis do terceiro nível, que incluem a satisfação com a estrutura e o processo de trabalho, as diferenças na prevalência de TPM de ACS e outros de nível médio perderam significância estatística, em relação ao grupo de referência ( $p=0,190$ ).

## **Discussão**

Apesar das limitações do delineamento transversal em estabelecer relação de causa e efeito e o viés de prevalência em decorrência do efeito do trabalhador sadio, acredita-se que estes problemas estiveram minimizados, em virtude dos TPM serem considerados um desfecho crônico, de elevada prevalência, cuja comparação é feita entre os próprios trabalhadores das UBS<sup>6, 29</sup>.

Um possível problema desta amostra para a inferência dos achados para o universo dos trabalhadores da APS é a falta de informação de cobertura relacionada ao número de profissionais. Todos os presentes na UBS no dia da coleta responderam o questionário, mas não se sabia o total de trabalhadores alocados em cada unidade. A suposição é de uma grande abrangência da população de referência, embora as eventuais perdas incluam indivíduos ausentes do processo de trabalho por incapacidades, inclusive decorrentes de TPM.

A prevalência de TPM encontrada (16%) foi inferior a relatada em outros estudos com trabalhadores da saúde e de outras categorias profissionais. Chama atenção que muitos

trabalhos tem usado pontos de corte diferenciados o que aumenta a dificuldade de comparação entre os estudos<sup>6, 22, 30-33</sup>. Contribuindo para o debate sobre a acurácia desta medida Gonçalves, Stein e Kapczinski<sup>34</sup> viram que o ponto de corte 7/8 é adequado e não sofre influência significativa de gênero na análise da curva ROC, apresentando uma sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%<sup>34</sup>. Ao aplicar esta sugestão em nosso estudo, a prevalência de TPM caiu para 14,5% e, conforme o esperado, mostrou diferenças significativas de acordo com o gênero, tendo as mulheres apresentado mais que o dobro de TPM do que os homens.

O estudo realizado com 350 médicos de Salvador, encontrou uma prevalência de 26% de TPM<sup>22</sup>; e o estudo que investigou 502 trabalhadoras de enfermagem de hospital público encontrou uma prevalência de 33%<sup>6</sup>. Em trabalhadores rurais a prevalência foi de 38%<sup>4</sup> e entre motoristas e cobradores de ônibus urbanos foi de 20%<sup>33</sup>.

Apesar da prevalência de TPM ser mais elevada entre a população geral - variando de 25% a 40%<sup>31, 32, 35-37</sup> - e entre outras categorias profissionais, os problemas de saúde mental estão entre os mais freqüentes em trabalhadores da APS<sup>10</sup>. A prevalência encontrada pode ser explicada, em parte, pelo efeito do trabalhador sadio e pelas características do processo de trabalho. Segundo Warr, citado por Ludermir<sup>30</sup> a oportunidade para controle e o uso de habilidades, para contatos interpessoais e de valorização social das ocupações de saúde têm conseqüências positivas e contribuem para ausência de transtornos mentais. Por outro lado, as exigências e pressões de um trabalho que lida cotidianamente com o sofrimento e a doença podem intensificar a seleção de trabalhadores mais saudáveis, especialmente em termos de saúde mental<sup>6, 38</sup>.

Neste estudo não foi observada associação entre TPM e sexo. Para a população em geral maiores prevalências de TPM têm sido relatadas para mulheres<sup>30, 32, 35, 37</sup>, o que também pode ser observado entre médicos<sup>22</sup>. Possíveis explicações para estes achados incluem o fato de que a força de trabalho da APS é majoritariamente feminina e, a mulher, ao ingressar no mercado de trabalho apresenta melhor qualidade de vida<sup>36</sup>, pois há o incremento do orçamento doméstico, a proteção contra o isolamento com o estabelecimento de relações afetivas<sup>6, 30</sup>, mesmo que haja um aumento da jornada de trabalho e diminuição do lazer<sup>36</sup>.

A maioria dos estudos revisados aponta a baixa renda como fator de risco para a ocorrência de TPM, tanto para população em geral<sup>30, 32, 35, 36</sup>, quanto para médicos<sup>22</sup> e motoristas e cobradores de ônibus<sup>33</sup>. A escolaridade e a renda são consideradas indicadores socioeconômicos e neste estudo indicam claramente a divisão social e técnica do trabalho. Quanto maior a escolaridade maior a possibilidade de escolhas na vida, o que influencia as

condições sócio-econômicas futuras e inserção social na estrutura ocupacional<sup>35</sup>. A baixa renda pode significar a diminuição do poder e a incapacidade social, aumentando a susceptibilidade a doenças mentais<sup>31</sup>.

Ressalta-se que apesar da renda ter sido analisada, não apresentou associação com a prevalência de TPM, embora tenha variado com a função desempenhada no serviço, que tem marcante diferença de renda. Deve-se considerar também o fato de que a renda referida neste estudo era individual e referente ao trabalho na UBS, não incluindo a renda familiar e a relativa a outros empregos.

Em alguns estudos há evidências de que a prevalência de TPM aumenta com a idade na população geral<sup>30, 32, 35-37</sup>. Entretanto em médicos<sup>22</sup>, motoristas e cobradores de ônibus<sup>33</sup> observou-se uma prevalência de TPM maior em indivíduos mais jovens, corroborando os achados deste estudo. O hábito de fumar esteve associado à maior ocorrência de TPM em estudo realizado em Pelotas<sup>32</sup>, ao contrário do observado neste estudo. Além disso, não se avaliou a intensidade do uso de tabaco, que também pode ser menor do que a observada em outras categorias de trabalhadores.

Em relação ao sedentarismo os achados foram consistentes com os descritos por Sobrinho et al.(2006) apontando para o efeito protetor da atividade física na ocorrência de transtornos mentais<sup>22</sup>. A atividade física promove impacto positivo sobre a saúde mental, prevenindo depressão, déficit cognitivo, demência e doença de Alzheimer<sup>39</sup>.

A referência a algum problema de saúde mostrou forte associação com TPM para o conjunto da amostra e todas as categorias profissionais. Sem excluir a possível causalidade reversa desta associação, cabe destacar a importância da co-morbidade na conformação do perfil de saúde dos trabalhadores da APS. Além dos TPM, os principais problemas de saúde referidos incluem as doenças do aparelho circulatório, as do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e as doenças do aparelho digestivo<sup>10</sup>.

Ao contrário do esperado, profissionais com vínculo de trabalho precário apresentaram menor prevalência de TPM. Talvez esse achado seja decorrente de um tempo de exposição insuficiente a esse regime de trabalho, pois dois terços dos trabalhadores trabalhavam há menos de cinco anos nas UBS estudadas. Além disso, a tradicional insegurança que caracteriza o trabalho temporário ou precário nos setores industrial, agrícola e comercial pode não ter a mesma correspondência ou o mesmo significado para trabalhadores da APS. A oportunidade de trabalho e a melhor remuneração no Saúde da Família poderia compensar, pelo menos inicialmente, a instabilidade do regime precário. Na análise estratificada esta relação se manteve apenas para as ocupações de menor remuneração. Igualmente cabe

mencionar que a precariedade das condições de trabalho não são decorrentes apenas de um vínculo contratual precário. Logo, desprecarizar a forma de contratação dos trabalhadores da APS pode ser insuficiente para minimizar os efeitos nocivos decorrentes de condições de trabalho inadequadas, ou seja de estruturas e processos precários. Portanto, a associação entre regime de trabalho precário e TPM deve ser explorada com maior profundidade e detalhamento em futuros estudos.

A forma como o trabalho se organiza na APS determina diferentes desafios aos trabalhadores de saúde à medida que estes assumem inúmeras tarefas, atendendo ao mesmo tempo as atribuições específicas da atividade desempenhada e os imprevistos decorrentes da demanda espontânea e da infra-estrutura inadequada<sup>40</sup>. Os profissionais que trabalhavam na UBS a mais de cinco anos apresentaram maiores prevalências de TPM, indicando que o maior tempo de exposição neste contexto pode estar associado ao aumento do desgaste físico e emocional do trabalhador.

A insatisfação com a estrutura da UBS, com o atendimento domiciliar, com o trabalho em equipe e com reuniões com a comunidade manteve associação significativa com maiores prevalências de TPM. Esta associação pode ser atribuída ao desgaste advindo do sentimento de impotência e insatisfação em relação à complexidade do trabalho, à insuficiência de meios e instrumentos de trabalho, ao modelo assistencial vigente e à organização e divisão do trabalho<sup>40</sup>.

A análise bruta mostrou que comparados à categoria de referência os demais trabalhadores apresentaram um risco aumentado de desenvolver TPM, sendo este risco maior para ACS (83%) e outros trabalhadores de nível médio (88,0%). Após ajuste para idade, sedentarismo, problema de saúde, regime de trabalho precário e tempo de trabalho na UBS, fatores de confusão incluídos nos dois primeiros níveis de análise, os TPM mantiveram-se associados à ocupação, para ACS e outros trabalhadores de nível médio, sendo o risco superior a 50,0% para estas categorias em comparação à de referência. Ao ajustar para características da estrutura e do processo de trabalho, o risco se manteve aumentado, mas houve perda da significância estatística, sugerindo que o excesso de prevalência de TPM em ACS e outros trabalhadores de nível médio guarda forte associação com a satisfação com o trabalho realizado.

## **Conclusão**

A prevalência de TPM foi menor em trabalhadores da APS, inclusive em atividades de enfermagem, do que em outros grupos de trabalhadores do setor industrial e de serviços. Entretanto observou-se um risco aumentado de TPM em ACS e outros trabalhadores de saúde de nível médio, caso não se considere a satisfação com a estrutura e o processo de trabalho. Diversos elementos presentes na organização do trabalho mostraram-se associados à vida mental dos trabalhadores e ao se constituírem em fonte de sofrimento e dano à saúde, negam a capacidade criativa, ao invés de desenvolver as potencialidades dos trabalhadores<sup>16, 25</sup>.

O estudo contribui para a avaliação da saúde mental dos trabalhadores da APS, identificando padrões de ocorrência, fatores associados e grupos mais vulneráveis. A relevância dos achados sobre as características da estrutura e do processo de trabalho sugere que a redução dos problemas de saúde mental em trabalhadores da APS depende da gestão do SUS, incluindo a melhoria das condições de trabalho. Estudos epidemiológicos abrangentes são úteis na avaliação das condições de trabalho e saúde no Sistema Único de Saúde, podendo subsidiar o delineamento de políticas voltadas aos trabalhadores de saúde, incluindo intervenções para promoção da saúde mental, prevenção de riscos e controle dos agravos.

## **Colaboradores**

AS Dilélio, LA Facchini, E Tomasi, SM Silva, E Thumé participaram da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados e RX Piccini, DS Silveira, MFS Maia, A Osório, FV Siqueira, VMR Jardim, MAM Lemões e CLS, Borges participaram da revisão de literatura, da redação e revisão do artigo.

## **Agradecimentos**

Os autores agradecem aos trabalhadores das unidades básicas de saúde pela acolhida e apoio prestado e aos auxiliares de pesquisa, pelo empenho nas diferentes etapas do trabalho de campo. O estudo foi financiado pelo Ministério da Saúde e Banco Mundial no âmbito do Componente 3 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família e pelo CNPq Edital nº 23/2006 PROESF-Gestão.

### Referências Bibliográficas:

- 1 Facchini LA. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: Buschinelli JTP, Rocha LE, Rigotto RM, eds. *Isto é trabalho de gente? Vida doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes 1993:33-55.
- 2 Facchini LA. Proceso de trabajo, cambio tecnologico y desgaste obrero: el caso del ingenio de azucar "Adolfo Lopez Mateos" [Mestrado]: Universidad Autonoma Metropolitana del Mexico; 1986.
- 3 Buschinelli JTP, Novaes TCP. "Idiopático"? Respirando Benzeno. In: Buschinelli JTP, Rocha LE, Rigotto RM, eds. *Isto é trabalho de gente? Vida doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes 1993:436-60.
- 4 Faria NM, Facchini LA, Fassa AG, Tomasi E. Estudo transversal sobre saúde mental de agricultores da Serra Gaúcha (Brasil). *Rev Saúde Pública*. 1999;33(4):391-400.
- 5 Palácios M, Duarte F, Câmara VM. Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publ*. 2002;18(3):843-51.
- 6 Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev Saude Publ*. 2003;37(4):425-33.
- 7 Sobrinho CLN, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(2):97-102.
- 8 Aranda Beltran C, Pando Moreno M. Factores psicossociales asociados a patologías laborales en médicos de nivel primario de atención en Guadalajara, México. *Rev Méd Urug*. 2007;23(4):369-77.
- 9 Garcia LP, Blank VLG. Condutas pós-exposição ocupacional a material biológico na odontologia. *Rev Saude Publ*. 2008;42(2).
- 10 Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira A, et al. Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008;24(Supl. 1):s193-201.
- 11 IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Rio de Janeiro: IBGE 2006 Acessado em: 2 jun. 2008 Disponível em: <http://ibge.gov.br>.
- 12 Yassi A, Hancock T. Patient safety--worker safety: building a culture of safety to improve healthcare worker and patient well-being. *Healthc Q*. 2005;8 Spec No:32-8.

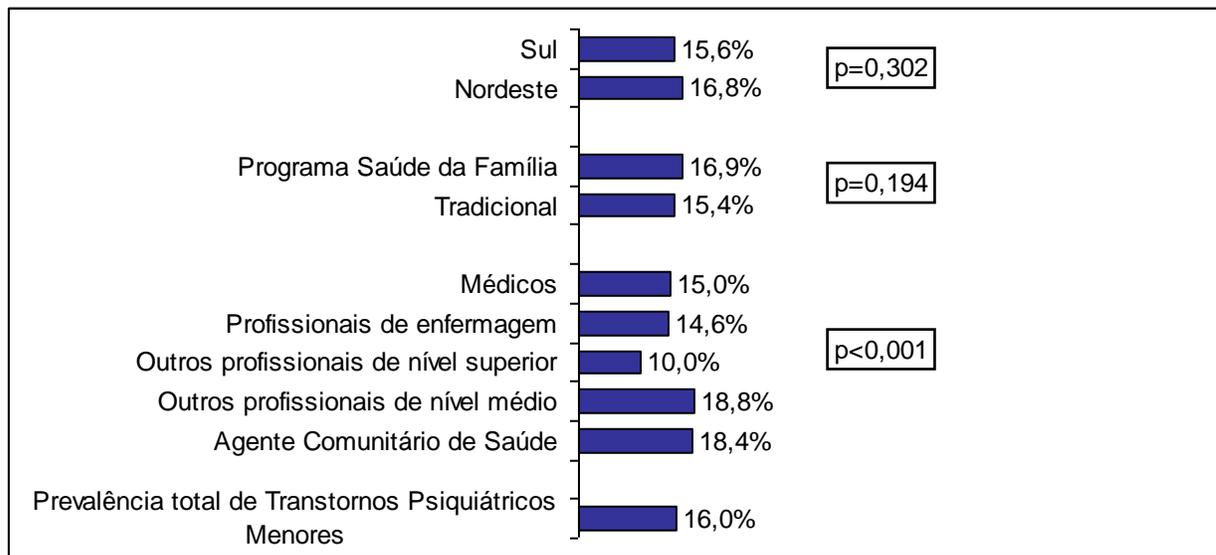
- 13 Prüss-Ustün A, Rapiti E, Hutin Y. Estimation of the global burden of disease attributable to contaminated sharps injuries among health-care workers. *American Journal of Industrial Medicine*. 2005;48(6):482-90.
- 14 Alamgir H, Cvitkovich Y, Yu S, Yassi A. Work-related injury among direct care occupations in British Columbia, Canada. *Occup Environ Med*. 2007;64(11):769-75.
- 15 Tomasi E. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2006:66-74.
- 16 Dejours C. *A Loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez 1992.
- 17 Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11:669-81.
- 18 Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Teixeira VA, Silveira DS, et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saude Publ*. 2008;24(Supl.1):s159-72.
- 19 Murthy RS. *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*: World Health Organization 2001.
- 20 Assunção A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8(4):1005-18.
- 21 Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad Saúde Públ*. 1997;13(Supl 2):21-32.
- 22 Sobrinho CLN, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(1).
- 23 Luiz RR, Magnanini MMF. O tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL, eds. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu 2002:295-308.
- 24 Mari J, Williams P. A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23-26.
- 25 Facchini LA. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: Buschinelli JTP, Rocha LE, Rigotto RM, eds. *Isto é trabalho de gente? Vida doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes 1993:178-86.
- 26 Guedes DP, Lopes CC, Guedes J. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física em adolescentes. *Rev Bras Med Esporte*. 2005;11(2).

- 27 StataCorp LP. Data Analysis and Statistical Software 9.0. College Station TX: Stata Corporation 2005.
- 28 Maldonado G, Greenland S. Simulation Study of Confounder-Selection Strategies. *American Journal of Epidemiology*. 1993;138(11):923-36.
- 29 Lima RC, Victora CG, Dall'Agnol MM, Facchini LA, Fassa AG. Associação entre as características individuais e sócio-econômicas e os acidentes do trabalho em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publ*. 1999;15(3):569-80.
- 30 Ludermir AB. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(3):647-59.
- 31 Ludermir AB, A de Melo Filho D. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(2):213-21.
- 32 Dias da Costa JS, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, de Britto MAP, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5(2).
- 33 Souza MFM, Silva GR. Risco de distúrbios psiquiátricos menores em área metropolitana na região Sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1998;32(1):50-58.
- 34 Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):380-90.
- 35 Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(8):1639-48.
- 36 Galvão LLLF, Farias MCS, Medeiros de Azevedo PR, Vilar MJP, Dantas de Azevedo G. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53(5):414-20.
- 37 Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(7).
- 38 Raffone AM, Hennington EA. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Rev Saude Publ*. 2005;39(4):669-76.
- 39 Fox KR, Stathi A, McKenna J, Davis MG. Physical activity and mental well-being in older people participating in the Better Ageing Project. *European Journal of Applied Physiology*. 2007;100(5):591-602.
- 40 Santos VC, Soares CB, Campos CMS. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(Esp):777-81.

**Tabela 1 - Distribuição das variáveis independentes de acordo com a função. Estudo de Linha de Base. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, 2005.**

	<b>Médicos</b>	<b>Profissionais de enfermagem</b>	<b>Outros Profissionais de nível superior</b>	<b>Agentes Comunitários de Saúde</b>	<b>Outros trabalhadores de nível médio</b>	<b>p</b>	<b>Total</b>
<b>Sexo</b>						<0,001	
Masculino	221 (42,8%)	94 (8,1%)	111 (27,3%)	186 (12,2%)	273 (25,6%)		885 (18,9%)
Feminino	295 (57,2%)	1068 (91,9%)	296 (72,7%)	1338 (87,8%)	792 (74,4%)		3790 (81,1%)
<b>Idade (anos completos)</b>						<0,001	
16 a 29	64 (12,5%)	234 (20,2%)	79 (19,6%)	550 (36,3%)	232 (21,6%)		1159 (24,8%)
30 a 49	292 (56,9%)	784 (67,8%)	239 (59,2%)	880 (58,0%)	622 (57,8%)		2819 (60,4%)
50 a 82	157 (30,6%)	139 (12,0%)	86 (21,3%)	87 (5,7%)	222 (20,6%)		692 (14,8%)
<b>Renda (reais)</b>						<0,001	
até 376,00	0	95 (10,0%)	0	896 (61,0%)	400 (41,7%)		1392 (33,4%)
de 377,00 a 783,00	31 (7,2%)	345 (36,2%)	42 (11,7%)	531 (36,2%)	437 (45,6%)		1386 (33,3%)
de 784 a 9.371,00	397 (92,8%)	512 (53,8%)	316 (88,0%)	41 (2,8%)	122 (12,7%)		1388 (33,3%)
<b>Sedentarismo</b>						<0,001	
Não	245 (56,3%)	581 (69,1%)	205 (64,1%)	924 (85,1%)	471 (71,0%)		2428 (72,5%)
Sim	190 (43,7%)	260 (30,9%)	115 (35,9%)	162 (14,9%)	192 (29,0%)		919 (27,5%)
<b>Tabagismo</b>						<0,001	
Nunca fumou	360 (73,8%)	741 (69,1%)	291 (75,0%)	1000 (72,6%)	610 (61,4%)		3004 (69,5%)
Já fumou	89 (18,2%)	192 (17,9%)	69 (17,8%)	209 (15,2%)	221 (22,3%)		780 (18,1%)
Fuma	39 (8,0%)	139 (13,0%)	28 (7,2%)	168 (12,2%)	162 (16,3%)		536 (12,4%)
<b>Algum problema de saúde</b>						0,090	
Não	276 (54,2%)	652 (58,0%)	252 (63,2%)	809 (57,2%)	612 (58,9%)		2603 (58,0%)
Sim	233 (45,8%)	472 (42,0%)	147 (36,8%)	605 (42,8%)	427 (41,1%)		1885 (42,0%)
<b>Regime de trabalho</b>						<0,001	
Precário							

Não	342 (68,4%)	815 (71,7%)	296 (75,3%)	701 (47,2%)	696 (66,2%)	2851 (62,4%)
Sim	158 (31,6%)	321 (28,3%)	97 (24,7%)	785 (52,8%)	356 (33,8%)	1718 (37,6%)
Tempo de trabalho na Unidade Básica de Saúde						0,006
Até 5 anos	368 (73,6%)	873 (77,1%)	290 (71,6%)	1110 (75,1%)	754 (70,5%)	3397 (74,0%)
5 anos ou mais	132 (26,4%)	259 (22,9%)	115 (28,4%)	369 (24,9%)	315 (29,5%)	1191 (26,0%)
Satisfação com trabalho na Unidade Básica de Saúde						
Estrutura						<0,001
Insatisfeito	251 (49,5%)	633 (55,0%)	232 (57,3%)	794 (52,7%)	501 (47,8%)	2413 (52,2%)
Satisfeito	256 (50,5%)	517 (45,0%)	173 (42,7%)	713 (47,3%)	548 (52,2%)	2208 (47,8%)
Atendimento Domiciliar						<0,001
Insatisfeito	133 (36,9%)	371 (37,4%)	133 (45,2%)	261 (17,5%)	314 (40,5%)	1212 (31,0%)
Satisfeito	227 (63,1%)	622 (62,6%)	161 (54,8%)	1228 (82,5%)	462 (59,5%)	2702 (69,0%)
Trabalho em Equipe						0,045
Insatisfeito	91 (19,8%)	269 (23,9%)	103 (27,9%)	328 (21,8%)	244 (25,3%)	1035 (23,4%)
Satisfeito	368 (80,2%)	858 (76,1%)	266 (72,1%)	1176 (78,2%)	720 (74,7%)	3391 (76,6%)
Reuniões com a Comunidade						<0,001
Insatisfeito	223 (54,8%)	529 (51,8%)	167 (51,7%)	648 (43,8%)	433 (54,9%)	2000 (49,7%)
Satisfeito	184 (45,2%)	493 (48,2%)	156 (48,3%)	830 (56,2%)	356 (45,1%)	2021 (50,3%)
<b>Total</b>	<b>521</b>	<b>1175</b>	<b>411</b>	<b>1536</b>	<b>1103</b>	



**Figura 1 – Transtornos Psiquiátricos Menores em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde segundo região, modelo de atenção e função na Unidade Básica de Saúde. Estudo de Linha de Base. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, 2005.**

**Tabela 2 – Prevalência de Transtornos Psiquiátricos Menores de acordo com as variáveis independentes. Estudo de Linha de Base. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, 2005.**

	<b>n</b>	<b>Transtornos Psiquiátricos Menores (%)</b>	<b>P</b>
Sexo			0,886
Masculino (809)	131	16,2%	
Feminino (3384)	555	16,4%	
Idade (anos completos)			0,002
16 a 29 (1083)	211	19,5%	
30 a 49 (2468)	396	16,0%	
50 a 82 (589)	76	12,9%	
Renda (reais)			0,109
até 376,00	200	16,5%	
de 377,00 a 783,00	219	18,0%	
de 784 a 9.371,00	192	14,9%	
Sedentarismo			0,025
Não (2224)	349	15,7%	
Sim (845)	161	19,1%	
Tabagismo			0,141
Nunca fumou (2716)	414	15,2%	
Já fumou (676)	122	18,0%	
Fuma (467)	81	17,3%	
Algum problema de saúde			<0,001
Não (2345)	193	8,2%	
Sim (1652)	444	26,9%	
Regime de trabalho Precário			0,026

Não (2507)	434	17,3%	
Sim (1542)	226	14,7%	
Tempo de trabalho na Unidade Básica de Saúde			0,033
Até 5 anos (3036)	473	15,6%	
5 anos ou mais (1026)	189	18,4%	
Satisfação com trabalho na Unidade Básica de Saúde			
Estrutura			<0,001
Insatisfeito (2138)	396	18,5%	
Satisfeito (1967)	276	14,0%	
Atendimento Domiciliar			<0,001
Insatisfeito (1075)	226	21,0%	
Satisfeito (2427)	368	15,2%	
Trabalho em Equipe			<0,001
Insatisfeito (914)	215	23,5%	
Satisfeito (3039)	436	14,3%	
Reuniões com a Comunidade			<0,001
Insatisfeito (1787)	349	19,5%	
Satisfeito (1813)	252	13,9%	
<b>Total</b>	<b>686</b>	<b>16,4%</b>	

---

**Tabela 3 - Razões de prevalência, brutas e ajustadas de Transtornos Psiquiátricos Menores em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil segundo variáveis selecionadas conforme o nível hierárquico de análise. Estudo de Linha de Base. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, 2005.**

<b>Nível hierárquico</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Análise Bruta</b>	<b>p</b>	<b>Análise Ajustada</b>	<b>p</b>
	<b>Idade (anos)</b>				<0,001
	16 a 29	1,00	0,003	1,00	
	30 a 49	0,82 (0,70 – 0,96)		0,74 (0,62 – 0,88)	
	50 a 82	0,66 (0,52 – 0,85)		0,44 (0,33 – 0,59)	
<b>1º nível</b>	<b>Sedentarismo</b>		0,039		0,011
	Não	1,00		1,00	
	Sim	1,21 (1,00 – 1,46)		1,25 (1,05 – 1,48)	
	<b>Algum problema de saúde</b>		0,000		<0,001
	Não	1,00		1,00	
	Sim	3,27 (2,77 – 3,84)		3,52 (2,92 – 4,23)	
<b>2º nível</b>	<b>Atividade ocupacional</b>		<0,001		0,009
	Médico	1,50 (1,05 – 2,14)		1,23 (0,86 - 1,75)	
	Profissionais de Enfermagem	1,46 (1,03 – 2,06)		1,25 (0,88 - 1,76)	
	Outros profissionais de nível superior	1,00		1,00	
	ACS	1,83 (1,32 – 2,55)		1,50 (1,08 – 2,08)	
	Outros trabalhadores de nível médio	1,88 (1,34 – 2,63)		1,71 (1,20 – 2,42)	
<b>3º nível</b>	<b>Regime de trabalho Precário</b>		0,065		0,004
	Não	1,00		1,00	
	Sim	0,85 (0,71 – 1,01)		0,75 (0,62 – 0,91)	
	<b>Tempo de trabalho na UBS</b>		0,036		0,069
	Até 5 anos	1,00		1,00	
	5 anos ou mais	1,18 (1,01 – 1,38)		1,20 (0,99 – 1,46)	

<b>4° nível</b>	<b>Satisfação com trabalho na UBS</b>				
	<b>Estrutura</b>			0,001	0,027
	Insatisfeito	1,00		1,24 (1,03 – 1,50)	
	Satisfeito	0,76 (0,64 – 0,89)		1,00	
	<b>Atendimento Domicílio</b>			<0,001	0,143
	Insatisfeito	1,00		1,16 (0,95 – 1,43)	
	Satisfeito	0,72 (0,61 – 0,85)		1,00	
	<b>Trabalho em Equipe</b>			<0,001	0,164
	Insatisfeito	1,00		1,16 (0,94 – 1,42)	
	Satisfeito	0,61 (0,53 – 0,70)		1,00	
	<b>Reuniões com a equipe</b>			<0,001	0,170
	Insatisfeito	1,00		1,15 (0,94 – 1,42)	
	Satisfeito	0,71 (0,61 – 0,83)		1,00	

---

**Tabela 4 - Razões de prevalência, brutas e ajustadas de Transtornos Psiquiátricos Menores em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil segundo a categoria profissional e variáveis agregadas por nível hierárquico de análise. Estudo de Linha de Base. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, 2005.**

<b>Função</b>	<b>Análise Bruta</b>	<b>P</b>	<b>Análise Ajustada para Fator de Confusão 1*</b>	<b>p</b>	<b>Análise Ajustada para Fator de Confusão 2**</b>	<b>p</b>	<b>Análise Ajustada para Fator de Confusão 3**</b>	<b>P</b>
		<0,001		0,009		0,014		0,190
Outros profissionais de nível superior	1,00		1,00		1,00		1,00	
Médico	1,50 (1,05-2,14)		1,23 (0,86-1,75)		1,32 (0,91-1,89)		1,21 (0,82-1,78)	
Profissionais de Enfermagem	1,46 (1,03-2,06)		1,25 (0,88-1,76)		1,26 (0,89-1,80)		1,10 (0,75-1,62)	
Agentes Comunitários de Saúde	1,83 (1,32-2,55)		1,50 (1,08-2,08)		1,58 (1,13-2,21)		1,33 (0,93-1,90)	
Outros trabalhadores de nível médio	1,88 (1,34-2,63)		1,71 (1,20-2,42)		1,69 (1,18-2,42)		1,44 (0,98-2,13)	

\* Idade, sedentarismo, problema de saúde.

\*\* Regime de trabalho precário e tempo de trabalho na UBS.

\*\*\* Satisfação com estrutura da UBS, atendimento domiciliar, trabalho em equipe e reuniões com a comunidade.