LUMEN ET VIRTUS

Avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da estratégia saúde da família do município de Campina Grande – PB

https://doi.org/10.56238/levv15n38-099

Kauê Kemiac Santos
Especialista em Medicina de Família e Comunidade
Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – PB

Allana Renally Cavalcante Santos de Moraes
Graduada em Enfermagem
Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – PB

Cínthia Andrade de Espíndola
Graduada em Medicina
Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – PB

Cristine Diniz Coutinho Cruz
Graduada em Medicina
Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – PB

Arélli Pâmella Brasileiro Chaves
Graduada em Medicina
Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – PB

Eclésio Cavalcante Santos
Mestre em Ciência e Tecnologia Ambiental
Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – PB

Monalyza Myllenna Silva Monteiro Lima
Mestre em Clínicas Odontológicas
Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – PB

Edenilson Cavalcante Santos
Mestre em Saúde da Família e Comunidade
Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – PB

RESUMO

Os transtornos psíquicos são considerados um grave problema de saúde pública, de forma que, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), um bilhão de pessoas no mundo apresentam algum tipo de transtorno mental. Aproximadamente 15% dos trabalhadores sofrem por algum tipo de transtorno psíquico, sendo estes uma das principais causas de anos vividos com incapacidade e afastamento do trabalho. Os objetivos deste estudo foram: averiguar as condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Campina Grande – PB e, identificar a

prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) dos trabalhadores. Trata-se de uma pesquisa observacional, descritiva, de abordagem quantitativa e de corte transversal, realizada com os trabalhadores da ESF do Programa de Residência de Médica do Município de Campina Grande – PB, entre outubro de 2023 e janeiro de 2024. Foram utilizadas as ferramentas estruturadas "Questionário Sociodemográfico", "Questionário Ocupacional" e "Self Report Questionnaire" (SQR-20). A idade média dos participantes foi de 41,5 ± 11,3 anos, a maioria Agentes Comunitários de Saúde, do sexo feminino, casados, com até dois filhos e renda per capita superior a 2 salários mínimos. A prevalência geral de TMC foi de 43,5%, estando presente em todas as categorias profissionais, e mais frequente entre assistentes sociais (100%), porém sem diferenças estatísticas. O estudo identificou que os profissionais apresentam uma alta prevalência de transtornos psíquicos, sobretudo os profissionais do sexo feminino.

Palavras-chave: Saúde mental, Trabalhador, Estratégia Saúde da Família.

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos psíquicos são considerados um grave problema de saúde pública, de forma que, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) um bilhão de pessoas no mundo apresentam algum tipo de transtorno mental, além disso, cerca de 15% dos trabalhadores sofrem por algum tipo de transtorno psíquico, sendo a ansiedade e a depressão os mais prevalentes (OPAS, 2022; WHO, 2003).

Diante da elevada incidência de transtornos psíquicos nos trabalhadores, a OMS em conjunto com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) publicou, no ano de 2022, uma diretriz prática com medidas específicas visando a proteção da saúde mental dos trabalhadores. Nesse documento, constam medidas de prevenção, promoção, proteção e suporte à saúde mental, através de intervenções chave, como: remodelamento dos ambientes de trabalho para minimizar os riscos psicossociais; formação de gestores em saúde mental e a garantia que o trabalho possa se adaptar às capacidades físicas e mentais dos trabalhadores (WHO, ILO, 2022).

Apesar de não constituírem uma entidade nosológica propriamente dita, os TMC influenciam negativamente na saúde do trabalhador, causando sofrimento psíquico e potenciais impactos sociais e econômicos, de modo que são responsáveis por uma elevada parcela do absenteísmo no trabalho, queda na produtividade e pela alta procura dos serviços de saúde (Parreira et al., 2017).

Não obstante, poucos estudos se dedicam à pesquisa da saúde psíquica dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS). Este estudo se propõe a identificar o perfil da saúde psíquica dos profissionais da APS das unidades básicas de saúde (UBS), onde trabalham os residentes de Medicina de Família e Comunidade (MFC), do Programa de Residência Médica da Secretaria Municipal de Saúde em Campina Grande – PB, bem como as características sociais, demográficas e ocupacionais, de modo que possamos correlacionar quais variáveis sócio-ocupacionais e demográficas que predispõem ao adoecimento psíquico.

Os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) estão em contato diário com as realidades das comunidades nas quais estão inseridos no seu contexto laboral, sendo continuamente expostos a condições de intensas demandas assistenciais, muitas destas de alta complexidade, somadas à pressão pela resolutividade das situações apresentadas, mesmo diante da escassez de recursos, o que limita a capacidade de atuação das equipes de saúde no território. A soma desses fatores pode precipitar o adoecimento psíquico dos trabalhadores, sobretudo naqueles que não desenvolvem estratégias para enfrentar situações-conflito no ambiente de trabalho.

Conhecer a prevalência do adoecimento psíquico dos trabalhadores, assim como os grupos de trabalhadores mais vulneráveis, nos permite fomentar o planejamento para traçar medidas específicas de promoção e proteção à saúde mental, resgatando a produtividade do trabalhador e minimizando os impactos socioeconômicos que o adoecimento destes representam.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família (PSF) – hoje chamado Estratégia Saúde da Família (ESF) –, lançado pelo Governo Federal em 1994, visou à reorganização da Atenção Primária a Saúde no país, através de medidas que, em consonância com os movimentos sociais e conferências de saúde, buscam garantir o acesso universal e integral à saúde, seguindo os preceitos e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2000).

Assim foram criadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que constituem o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. As UBS são estruturadas por equipes multiprofissionais – as equipes de saúde da família – compostas obrigatoriamente por médico (preferencialmente especialista em saúde da família), enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família) técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde, podendo ser acrescida dos profissionais de saúde bucal: dentista e auxiliar em saúde bucal (Brasil, 2012).

As equipes de saúde da família trabalham com um número definido de pessoas, a população adscrita, em uma área geograficamente limitada – o território. Através de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, asseguram os cuidados integrais à saúde dos cidadãos em seus distintos ciclos de vida (Brasil, 2012).

Dessa forma, após a implementação da ESF, houve uma significativa melhoria nos indicadores de saúde do nosso país. Dentre estes, destacam-se: a redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), redução da mortalidade infantil, ampliação da cobertura vacinal e redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIPs), ressaltando assim, a importância da atenção primária e do programa ESF para o sistema de saúde brasileiro (Gusso et al., 2019; Pinto et al., 2018; Ribeiro et al., 2020).

Este estudo foi realizado em Campina Grande, onde as UBS são os principais cenários dos territórios de atuação dos 30 residentes do Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade promovido pela Secretaria Municipal de Saúde, junto com as equipes de saúde e os preceptores.

2.2 TRANSTORNOS PSÍQUICOS EM TRABALHADORES DA ESF

A APS caracteriza-se pela baixa densidade tecnológica, onde utiliza-se menos equipamentos e tecnologias, porém, trata de problemas complexos. Uma vez que saúde e adoecimento são fenômenos multifatoriais resultantes da interação de fatores não puramente biológicos, mas influenciados por determinantes sociais, psíquicos, afetivos, culturais, ambientais e espirituais (CONASS, 2007).

O processo de trabalho na APS requer que os profissionais nela atuantes sejam altamente especializados, capazes de aplicar seus saberes estruturados na resolução dos problemas mais

frequentes e relevantes de seu território, compreendendo o adoecimento como fenômeno complexo e multifacetado. Dessa forma, é competência do trabalhador da ESF a utilização de tecnologias leves, como forma de garantir o vínculo e longitudinalidade do cuidado (Coelho et al., 2009; Guimarães et al., 2019).

Segundo Carreiro (2013) os trabalhadores da ESF devem responsabilizar-se "pela avaliação dos indicadores de saúde de sua área, reconhecimento da realidade das famílias sob sua responsabilidade, identificação e elaboração de estratégias de enfrentamento dos problemas de saúde mais comuns e desenvolvimento de ações educativas", ações complexas que demandam grande gasto de energia e tempo, sendo que, quando insuficientes, despertam o sentimento de impotência e favorecem o adoecimento psíquico destes profissionais.

O trabalho na APS acontece numa estrutura laboral ainda fragilizada em vários aspectos, percebe-se que as questões relativas à precarização do trabalho, baixa remuneração, sobrecarga de atividades, risco de contaminação por materiais biológicos e risco à integridade física podem estar associados ao risco aumentado de desenvolvimento de transtornos psíquicos (Barbosa, 2012; Carreiro, 2013).

Acrescenta-se na rotina assistencial dos profissionais outros fatores como: a falta de reconhecimento profissional, a sobrecarga pela exigência de produtividade/resolutividade, a escassez de recursos físicos e insumos básicos, a inserção em ambientes insalubres e comunidades perigosas com grandes desigualdades sociais, e estes conjuntamente podem também predispor ao adoecimento psíquico do profissional (Carreiro et al., 2013; Moreira et al., 2016).

Estudos recentes demonstram que os profissionais da ESF apresentam níveis variados e, muitas vezes, subestimados de sofrimento psíquico. Tal sofrimento é expresso de diferentes maneiras, sendo os Transtornos Mentais Comuns os mais observados – sintomas inespecíficos como desânimo, angústia, nervosismo e irritabilidade.

Em momentos distintos, os autores Goldberg et al., 1994; Guirado et al., 2016; Parreira et al., 2017, destacam os Transtornos Mentais Comuns (TMC), caracterizados como um conjunto de sinais e sintomas inespecíficos, tais como irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração e de memorização, sendo estes uma mistura complexa de sintomas psíquicos e somáticos bastante prevalentes em nossa população de trabalhadores, podendo acometer também os profissionais de saúde.

Apesar dos sintomas inespecíficos e não patológicos, porém geradores de sofrimento psíquico, serem os mais comuns, alguns estudos apontam que transtornos psíquicos graves como a síndrome de Burnout, caracterizada por esgotamento físico e emocional, também podem estar presentes nos trabalhadores da ESF (Lima et al., 2017; Trindade et al., 2010).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional descritivo, de abordagem quantitativa e de corte transversal, realizado com os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família do município de Campina Grande – PB, onde estão atuando o Programa de Residência Médica de Família e Comunidade (PRMFC).

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se o Self-Reporting Questionnaire (SQR-20), originalmente desenvolvido por Harding et al. (1980) e já validado no Brasil por Mari e Williams (1986). Secundariamente, dados relacionados à faixa etária, idade, gênero, escolaridade, estado civil, categoria profissional, tempo de serviço, carga horária e renda familiar foram coletados por um questionário elaborado pelo autor.

A escolha do SQR-20, criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como ferramenta de coleta de dados decorreu do fato deste ser um instrumento frequentemente utilizado para avaliação de presença de transtornos mentais comuns em populações específicas, como trabalhadores. Ademais, este questionário já foi traduzido, testado e validado na população brasileira (Santos et al., 2010).

Além disso, corroboram o fato deste ser um questionário autoaplicável, composto de 20 questões do tipo sim/não, que versam sobre quatro variáveis: I: Humor Depressivo – Ansioso; II: Sintomas Somáticos; III: Decréscimo de Energia Vital; IV: Pensamentos Depressivos (Guirado et al., 2016).

O ponto de corte utilizado neste estudo – para suspeição de transtorno psíquico – foi de 7 pontos (para homens e mulheres), com sensibilidade de 68% e especificidade de 70,7%, conforme descrito por Santos et al. (2010).

A amostra de trabalhadores selecionados para este estudo foi por conveniência. Dessa forma, foram selecionados os trabalhadores que estavam presentes nas UBS que integram o PRMFC do município de Campina Grande – PB no momento da visita realizada para a aplicação dos questionários.

Para o cálculo do tamanho amostral representativo da população de trabalhadores deste estudo, foi utilizada a fórmula para cálculo de tamanho de amostra para descrição de variáveis qualitativas em uma população finita (Miot, 2011):

Figura 1- Fórmula de Miot para cálculo de tamanho de amostra para descrição de variáveis qualitativas em uma população finita.

$$n = \frac{N \,.\, \delta^2 \,.\, (Z\alpha/2)^2}{(N-1) \,.\, (E)^2 + \delta^2 \,.\, (Z\alpha/2)^2}$$

Fonte: Miot, 2011.

Onde N representa o tamanho da população (N = 250), p – proporção de resultados favoráveis da variável na população (p = 19,7%, segundo Moreira, 2016), q – proporção de resultados desfavoráveis da variável na população (q = 80,3%, segundo Moreira, 2016), Z α/2 – valor do grau de confiança (Z α/2 = 95%) e E – erro padrão (E = 5%). Dessa forma, obtemos como valor de n = 123 trabalhadores. Portanto, a amostra deste estudo pode ser considerada representativa da população alvo.

Quanto à análise do questionário SQR-20, 2 (dois) trabalhadores foram excluídos do estudo por terem preenchido o formulário de forma incompleta.

Responderam ao questionário de forma satisfatória 34 médicos, 14 enfermeiros, 15 técnicos de enfermagem, 3 farmacêuticos, 4 auxiliares de farmácia, 4 Cirurgiões-dentistas, 5 Auxiliares de Saúde Bucal, 1 Assistente Social e 44 Agentes Comunitários de Saúde.

Neste estudo foram incluídos 124 trabalhadores da APS do município de Campina Grande – PB, sendo estes distribuídos em 25 equipes de saúde da família em um total de 16 USF. Todos os trabalhadores avaliados compunham equipes de saúde com médicos residentes em medicina de família e comunidade do Programa de Residência Médica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município.

Os dados coletados através da aplicação dos questionários foram incluídos em tabelas do programa Microsoft Excel para Windows (versão 2019) e submetidos a uma análise estatística descritiva por meio do cálculo de frequências absolutas (FA) e frequências relativas (FR). Posteriormente foi feita a análise comparativa dos dados por meio da utilização do software de análises estatísticas Jamovi em sua versão 2.4.11.0. Foram utilizados os testes de qui-quadrado e o teste exato de Fisher (quando as frequências esperadas foram menores que 5).

Foram incluídos neste estudo apenas os trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde com residentes de Medicina de Família e Comunidade do Município de Campina Grande – PB que consentiram em participar desta pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos deste estudo os trabalhadores que não consentiram com a participação no mesmo e aqueles que preencheram os instrumentos de coleta de forma errada.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com o parecer consubstanciado nº 6.203.699, emitido em 27 de julho de 2023, por adequar-se às diretrizes éticas e legais estabelecidas pela resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O PRMFC acontece em 16 UBS, totalizando 25 equipes sendo compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, farmacêuticos, assistente social, técnicos de enfermagem e de saúde bucal, atendentes de farmácia e agentes comunitários de saúde que foram selecionados como população alvo

deste estudo. As equipes não possuem o mesmo perfil de profissionais, pois estas variam em dependência do território que assistem.

Do total de 250 trabalhadores que compunham a população alvo atuantes nas UBS, 126 trabalhadores não estavam presentes nas unidades de saúde no momento da coleta dos dados, por diferentes motivos que não foram elencados no momento da visita. Dessa forma, nesta pesquisa foram incluídos 124 profissionais, representando assim, 49,6% da população alvo.

Quanto às características sociodemográficas, a maioria dos trabalhadores era do sexo feminino (75%), com idade média de 41,5 ± 11,3 anos. 56,4% eram casados ou com companheiro(a) e com até dois filhos (50%). 75% possuiam renda per capita superior a dois salários mínimos da época (R$ 1320,00). Em relação à escolaridade, 62,9% possuíam nível superior completo e 1,6% (2 trabalhadores) referiam um curso de pós-graduação completo (Mestrado) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segundo variáveis sociodemográficas no município de Campina Grande, PB, 2024 (n = 124).

Variáveis Sociodemográficas	n	%
Sexo (n = 124)		
Feminino	93	75
Masculino	31	25
Idade (anos completos) (n = 124)		
Até 30 anos	28	22,5
31 a 35 anos	18	14,5
36 a 45 anos	26	21
> 45 anos	52	42
Escolaridade (n = 124)		
Ensino Fundamental	-	-
Ensino Médio	17	13,7
Ensino Técnico	29	23,3
Ensino Superior	78	63
Estado Civil (n = 124)		
Solteiro(a)	51	41,1
Casado(a)	70	56,5
Viúvo(a)	3	2,4
Filhos (n = 124)		
Nenhum	46	37
1 – 2	62	50
> 2	16	13
Renda familiar (n =124)		
Até 2 salários mínimos	31	25
Mais de 2 salários m.	93	75

Fonte: Santos et al., 2024.

Entre as variáveis ocupacionais, a maior parcela dos trabalhadores participantes foi constituída por Agentes Comunitários de Saúde (35,5%), com carga horária semanal de até 40 horas (81,4%) e com tempo de trabalho na instituição superior a 10 anos (53,2%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segundo variáveis ocupacionais no município de Campina Grande, PB, 2024 (n = 124).

Variáveis Ocupacionais	n	%
Categoria Profissional (n = 124)		
Técnico(a) de enfermagem	15	12
Técnico(a) de saúde bucal	5	4
Cirurgião Dentista	4	3,2
Enfermeiro(a)	14	11,3
Médico(a)	34	27,5
Farmacêutico(a)	3	2,5
Auxiliar de Farmácia	4	3,2
Agente Comunitário de Saúde	44	35,5
Assistente Social	1	0,8
Carga Horária Semanal (n = 124)		
40h por semana	101	81,5
> 40h por semana	23	18,5
Tempo de trabalho na instituição (n = 124)		
Menos de 6 meses	-	-
6 meses a 5 anos	43	34,7
6 anos a 9 anos	15	12,1
Maior ou igual a 10 anos	66	53,2

Fonte: Santos et al., 2024.

Em relação à saúde mental dos trabalhadores, observa-se que a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC), de acordo com o ponto de corte adotado (7 pontos), foi de 43,5%, observando-se uma variação de 25% (entre os cirurgiões dentistas) a 100% (entre os assistentes sociais). Não se encontrou diferença estatística significativa entre a presença de TMC e as categorias avaliadas (p = 0,804) (Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência de transtorno mental comum entre os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segundo categoria profissional. Campina Grande, PB, 2024. (n = 124).

Categoria Profissional	Total	Ausente		Presente		p*
		N	%	n	%	
Técnico(a) de enfermagem	15	11	73,3	4	26,7	
Técnico(a) de saúde bucal	5	3	60	2	40	
Cirurgião Dentista	4	3	75	1	25	
Enfermeiro(a)	14	7	50	7	50	
Médico(a)	34	20	58,8	14	41,2	0,804
Farmacêutico(a)	3	2	66,7	1	33,3	
Auxiliar de Farmácia	4	2	50	2	50	
Agente Comunitário de Saúde	44	22	50	22	50	
Assistente Social	1	0	0	1	100	

*Teste exato de Fisher.

Fonte: Santos et al., 2024.

Na população estudada os casos de TMC foram mais frequentes nos trabalhadores do sexo feminino (44/93 ou 47,3%), casados (34/70 ou 48,6%), entre 36 – 45 anos (13/26 ou 50%), com ensino superior completo (37/78 ou 47,4%), com > 2 filhos (9/16 ou 56,2%), renda familiar < 2 salários mínimos (18/31 ou 58%), com jornada de trabalho maior que 40 horas semanais (11/23 ou 47,8%) e tempo de trabalho no serviço maior ou igual a 10 anos (30/66 ou 45,4%).

Os dados referentes à prevalência de TMC são representados nas tabelas 4 a 11.

Tabela 4 - Prevalência de TMC entre os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segundo o gênero. Campina Grande, PB, 2024. (n = 124).

Gênero	Total		Ausente		Presente		p*
	n	%	n	%	n	%	
Feminino	93	75	49	52,7	44	47,3	0,143
Masculino	31	25	21	67,7	10	32,2	

*Teste qui-quadrado.

Fonte: Santos et al., 2024.

Tabela 5 - Prevalência de TMC entre os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segundo o estado civil. Campina Grande, PB, 2024. (n = 124).

Estado Civil	Total		Ausente		Presente		p*
	n	%	n	%	n	%	
Solteiro(a)	51	41,1	31	60,8	20	39,2	
Casado(a)	70	56,5	36	51,4	34	48,6	0,229
Viúvo(a)	3	2,4	3	100	0	0	

*Teste exato de Fisher.

Fonte: Santos et al., 2024.

Tabela 6 - Prevalência de TMC entre os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segundo a faixa etária. Campina Grande, PB, 2024. (n = 124).

Faixa Etária	Total		Ausente		Presente		p*
	n	%	n	%	n	%	
Até 30 anos	28	22,6	15	53,6	13	46,4	
31 - 35 anos	18	14,5	10	55,5	8	44,5	0,789
36 - 45 anos	26	21	13	50	13	50	
>45 anos	52	41,9	32	61,5	20	38,5	

*Teste qui-quadrado.

Fonte: Santos et al., 2024.

Tabela 1 - Prevalência de TMC entre os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segundo a escolaridade. Campina Grande, PB, 2024. (n = 124).

Escolaridade	Total		Ausente		Presente		p*
	n	%	N	%	n	%	
Ensino Médio	17	13,7	9	52,9	8	47,1	
Ensino Técnico	29	23,4	20	69	9	31	0,299
Ensino Superior	78	62,9	41	52,6	37	47,4	

*Teste qui-quadrado.

Fonte: Santos et al., 2024.

Tabela 2 - Prevalência de TMC entre os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segundo o número de filhos. Campina Grande, PB, 2024. (n = 124).

Número de filhos	Total		Ausente		Presente		p*
	n	%	n	%	n	%	
0	46	37,1	26	56,5	20	43,5	
1 – 2	62	50	37	59,7	25	40,3	0,519
>2	16	12,9	7	43,7	9	56,3	

*Teste qui-quadrado.

Fonte: Santos et al., 2024.

Tabela 3 - Prevalência de TMC entre os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segundo a renda familiar. Campina Grande, PB, 2024. (n = 124).

Renda Familiar	Total		Ausente		Presente		p*
	n	%	n	%	n	%	
<2 salários mínimos	31	25	13	41,9	18	58,1	0,06
>2 salários mínimos	93	75	57	61,3	36	38,7	

*Teste qui-quadrado.

Fonte: Santos et al., 2024.

Tabela 10 - Prevalência de TMC entre os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segundo a carga horária. Campina Grande, PB, 2024. (n = 124).

Carga Horária	Total		Ausente		Presente		p*
	n	%	n	%	n	%	
<40h por semana	101	81,4	58	57,4	43	42,6	0,647
>40h por semana	23	18,6	12	52,2	11	47,8	

*Teste qui-quadrado.

Fonte: Santos et al., 2024.

Tabela 11 - Prevalência de TMC entre os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segundo o tempo de serviço. Campina Grande, PB, 2024. (n = 124).

Tempo de Serviço	Total		Ausente		Presente		p*
	n	%	N	%	n	%	
6 meses – 5 anos	43	34,7	25	58,1	18	41,9	
5 anos – 9 anos	15	12,1	9	60	6	40	0,894
>/= 10 anos	66	53,2	36	54,5	30	45,5	

*Teste qui-quadrado.

Fonte: Santos et al., 2024.

Entre os casos de profissionais com TMC evidenciou-se que 81,5% ocorreram no sexo feminino, com idade acima de 45 anos (20/54 ou 37%), com ensino superior completo (37/54 ou 68,5%), casados ou com companheiro(a) (34/54 ou 63%), com 1-2 filhos (25/54 ou 46,3%), renda per capita maior que 2 salários mínimos da época (36/54 ou 66,7%), com jornada laboral de até 40 horas/semana (43/54 ou 79,6%) e com tempo de trabalho na mesma instituição maior ou igual a 10 anos (30/54 ou 55,5%).

Neste estudo foram incluídos 124 trabalhadores da APS do município de Campina Grande – PB, sendo estes distribuídos em 25 equipes de saúde da família em um total de 16 USF. Todos os trabalhadores avaliados compunham equipes de saúde com médicos residentes em medicina de família e comunidade do Programa de Residência Médica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município.

No momento da coleta dos dados, verificou-se que haviam 121 equipes de saúde da família no município de Campina Grande. Neste estudo representamos 20,7% das equipes do município (CODECOM, 2023).

Todas as equipes de saúde da família, no momento da coleta dos dados, estavam de acordo com a formação mínima necessária estabelecida pelo Ministério da Saúde: um médico generalista em formação em medicina de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um técnico de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS) (Brasil, 2012). Outros profissionais como assistente social, farmacêutico, dentista, assistente de farmácia e técnico de saúde bucal também foram inseridos visto que também são trabalhadores da APS, mas não compunham igualmente todas as equipes avaliadas.

Quanto às características da população estudada, observamos uma predominância de profissionais do sexo feminino (75%), possivelmente resultado do processo de feminização das profissões relacionadas à saúde no Brasil (Matos et al., 2013).

Os autores Braga, Moreira e Ribeiro observaram também, que as mulheres e os profissionais com maior carga horária e menor remuneração adoecem mais, bem como aqueles que são casados e possuem filhos, provável reflexo da sobrecarga física e mental da dupla jornada de trabalho (Braga et al., 2010; Moreira et al., 2016; Ribeiro et al., 2011).

Destaca-se que os profissionais desse estudo possuem, em geral, mais de 45 anos (45%), ensino superior completo (63%) e mais de 10 anos de experiência profissional no serviço (53,2%). Esses dados revelam uma população experiente e com grau de instrução elevado, fatores que impactam positivamente na qualidade do serviço prestado pelas equipes (Camelo, 2008).

Observou-se uma prevalência elevada de TMC (43,5%) entre os trabalhadores estudados. Este resultado foi semelhante ao encontrado por Braga et al., em estudo realizado em Botucatu, SP, revelando uma prevalência de 42,6% de TMC entre os trabalhadores da APS deste município. No entanto, foi bastante superior ao encontrado em outros três estudos: Moreira et al. constataram uma prevalência de 19,7% entre os profissionais do município de Santa Cruz do Sul, RS; Dilélio et al. e Barbosa et al. encontraram prevalências de 16% de TMC em profissionais das regiões Sul/Nordeste e do município de Feira de Santana, BA, respectivamente.

Em relação ao gênero, observou-se que, do total de trabalhadores estudados, as mulheres apresentaram mais TMC que os homens (47,3% x 32,2%) e, entre os profissionais com TMC, houve uma maior prevalência de mulheres quando comparadas aos homens (81,5 x 18,5%), encontra-se em consonância com os estudos de Braga et al. (2010), Moreira et al. (2016), onde a predominância de TMC ocorreu no sexo feminino. Apesar dessa diferença, tal resultado não se mostrou estatisticamente significante (p = 0,143) (Tabela 6).

Este resultado pode ser o reflexo do processo de emancipação feminina, no qual, as mulheres passaram a ocupar mais vagas no mercado de trabalho sem, no entanto, se desvencilharem das ocupações domésticas e cuidados com a família (funções culturalmente ainda designadas às mulheres),

de modo a acumularem funções e sofrerem por sobrecarga laboral, gerando fatores predisponentes ao adoecimento físico e psíquico (Lages et al., 2005).

Profissionais casados também apresentaram maior prevalência de TMC, como demonstrado na tabela 5 e conforme descrito também nos estudos de Barbosa et al., Moreira et al. Ao analisarmos os profissionais casados, observamos que, ao compararmos homens e mulheres casados, a prevalência de TMC é superior nas mulheres (54,9% x 31,6%; p = 0,083), sendo este, portanto, mais um indício da sobrecarga gerada pela dupla jornada de trabalho feminino (Tabela 12).

Tabela 12. Prevalência de TMC entre os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família casados, segundo o sexo. Campina Grande, PB, 2024. (n = 70).

Gênero	Total		Ausente		Presente		p*
	n	%	n	%	n	%	
Feminino	51	72,8	23	45,1	28	54,9	0,083
Masculino	19	27,2	13	68,4	6	31,6	

*Teste qui-quadrado.

Fonte: Santos et al., 2024.

Em relação às categorias profissionais, embora não tenhamos encontrado diferença estatisticamente significativa na associação com TMC (p = 0,804), observamos uma grande variação entre as profissões (25% entre os cirurgiões dentistas a 100% entre assistentes sociais). Tal variação pode ser explicada pelo pequeno número de profissionais destas áreas que integraram a pesquisa (Tabela 3).

Em relação aos profissionais médicos, constatamos uma prevalência elevada de TMC (41,2%), bastante superior ao que foi relatado por Moreira et al. (14,3%); Dilélio et al. (15%); Barbosa et al. (17,4%) e Braga et al. (33%). Tal diferença pode ser explicada pelas características ocupacionais dos médicos que integraram esta pesquisa. Neste estudo, foram avaliados 34 médicos, com predominância de médicos residentes (24 médicos residentes e 10 médicos preceptores). Dessa forma, a população médica desse estudo é constituída por médicos jovens (19/34 ou 55,9% com até 30 anos) que possuem pouca experiência profissional (24/34 ou 70,6% com menos de 5 anos de experiência profissional) – tais fatores, em associação, podem ter contribuído para que estes profissionais tivessem maior predisposição ao adoecimento psíquico, embora, sem significância estatística (Tabela 4 e 5).

Quanto a renda familiar dos profissionais, observamos, nessa amostra, uma variação na prevalência de TMC. Os profissionais com renda inferior a 2 salários mínimos apresentaram maior prevalência de TMC (18/31 ou 58%) que os profissionais com renda maior que 2 salários mínimos (36/93 ou 38,7%), porém, sem significância estatística (p = 0,06) (Tabela 13), resultado similar ao encontrado por Braga et al. e Moreira et al. Esta diferença pode ser explicada pelo grau de motivação

dos profissionais, uma vez que a motivação no trabalho pode estar relacionada, dentre outros fatores, à remuneração dos profissionais (Batista, 2005).

Tabela 13. Prevalência de TMC entre os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família, segundo a renda familiar. Campina Grande, PB (n = 124).

Renda Familiar	Total		Ausente		Presente		p*
	n	%	n	%	n	%	
< 2 salários mínimos	31	25	13	41,9	18	58	0,06
>2 salários mínimos	93	75	57	61,3	36	38,7	

*Teste qui-quadrado.

Fonte: Santos et al., 2024.

É de relevância que, a comparação dos resultados obtidos neste estudo com os de outros estudos, com metodologias semelhantes e utilização do mesmo instrumento (questionário SQR-20) pode ser prejudicada pelo ponto de corte utilizado. Em nosso estudo, foi utilizado como ponto de corte, 7 respostas "sim" ao questionário, conforme sugerido por Harding et al. (1980) para ambos os sexos, enquanto que, em alguns dos estudos acima citados o ponto de corte variou conforme o sexo, sendo este de 5/6 pontos para homens e 7/8 pontos para mulheres, conforme sugerido por Mari e Williams (1986) no estudo de validação brasileiro.

Outro fator que deve ser levado em consideração é a diferença das populações analisadas. Em nosso estudo, foram inclusos apenas trabalhadores da APS enquanto outros estudos incluíram profissionais de centros de saúde e centros de referência. Nosso estudo incluiu apenas trabalhadores relacionados à assistência à saúde, enquanto outros estudos incluíram além destes, trabalhadores administrativos.

Além dessas limitações, destacam-se os possíveis vieses desta pesquisa. Em primeiro lugar, a seleção da amostra por conveniência gera um possível viés de seleção. Neste estudo, foram analisadas apenas as unidades de residência médica, cuja amostra de médicos é composta, em sua maioria, por médicos residentes, muitos destes recém formados, jovens e com pouca experiência profissional. Esses profissionais, dadas as suas características possuem maior vulnerabilidade ao adoecimento psíquico visto que, em decorrência da inexperiência, possuem menos estratégias para enfrentar situações-conflito no ambiente de trabalho.

Uma segunda limitação é a delimitação metodológica deste estudo. Estudos de corte transversal não nos possibilitam a confirmação da relação causa e efeito uma vez que fatores de risco e desfecho estão presentes, em concomitância, no momento da coleta dos dados. Dessa forma, nesse tipo de estudo, nos resta a possibilidade de levantar hipóteses.

5 CONCLUSÃO

Através do presente estudo identificamos uma prevalência elevada de sofrimento psíquico sugerindo o transtorno mental comum (TMC) nos profissionais das unidades de saúde da residência médica que compõem a APS do município de Campina Grande – PB, como também descrevemos seu perfil sociodemográfico e ocupacional.

Verificamos que entre os profissionais com TMC, as mulheres apresentam maior vulnerabilidade para desenvolvimento de sofrimento psíquico, quando comparadas aos homens, assim como profissionais casados e com filhos. Este resultado reflete o nosso modelo de organização social, onde a mulher encontra-se sobrecarregada com sua dupla jornada de trabalho.

Nesse contexto, ressaltamos a importância de cuidado continuado com o profissional da Atenção Primária, que se encontra vulnerável ao desenvolvimento de TMC, sendo, portanto, necessária a criação de políticas públicas que visem a promoção e proteção da saúde mental desses trabalhadores, desenvolvimento de espaços de escuta e fala, além de políticas de valorização profissional.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Gabriella Bené et al. Trabalho e saúde mental dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em um município do Estado da Bahia, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 37, p. 306-315, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0303-76572012000200012. Acesso em 30 abr. 2023.

BATISTA, Anne Aires Vieira et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 39, p. 85-91, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000100011. Acesso em 25 jan. 2024.

BRAGA, Ludmila Candida de; CARVALHO, Lidia Raquel de; BINDER, Maria Cecília Pereira. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 1585-1596, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070. Acesso em 14 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Gabinete do Ministro. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. Ciênc Cuid Saúde. 2008;7(1):45-52. DOI: http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v7i1.4895. Aceso em 25 jan. 2024.

CARREIRO, Gisele Santana Pereira et al. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 15, n. 1, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.5216/ree.v15i1.14084. Acesso em 13 abr. 2023.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 1523-1531, 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026. Acesso em: 17 abr. 2023.

DILÉLIO, Alitéia Santiago et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 28, p. 503-514, 2012. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300011. Acesso em 25 jan. 2024.

GUIMARÃES, Cátia. Atenção Primária à Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fiocruz. 01/05/2019. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/dicionario-jornalistico/atencao-primaria-a-saude>. Acesso em: 19 abr 2023.

GUIRADO, Gunther Monteiro de Paula; PEREIRA, Nathalia Mendrot Pinho. Uso do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para determinação dos sintomas físicos e psicoemocionais em funcionários de uma indústria metalúrgica do Vale do Paraíba/SP. Cadernos Saúde Coletiva, v. 24, p. 92-98, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1414-462X201600010103. Acesso em 08 abr. 2023.

GOLDBERG, David. A bio-social model for common mental disorders. Acta Psychiatrica Scandinavica, v. 90, p. 66-70, 1994. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05916.x. Acesso em: 28 abr. 2023.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Artes Medicas, 2018.

HARDING, Timothy W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. Psychological medicine, v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980. Disponível em: https://doi.org/10.1017/S0033291700043993. Acesso em: 13 abr. 2023.

LAGES, Sônia Regina Corrêa; DETONI, Carolina; SARMENTO, Sandra Carrato. O preço da emancipação feminina: uma reflexão sobre o estresse gerado pela dupla jornada de trabalho. Estação Científica, v. 1, n. JUL./DEZ., 2005.

LIMA, Amanda de Souza; FARAH, Beatriz Francisco; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, Maria Teresa. Análise da prevalência da síndrome de burnout em profissionais da atenção primária em saúde. Trabalho, Educação e Saúde, v. 16, p. 283-304, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00099. Acesso em 13 abr. 2023.

MARI, J. 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;148:23-6. DOI: http://dx.doi.org/10.1192/bjp.148.1.23

MIOT, Hélio Amante. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. Jornal Vascular Brasileiro, v. 10, p. 275-278, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1677-54492011000400001. Acesso em 11 dez. 2023.

MOREIRA I. J. B. et al. Perfil sociodemográfico, ocupacional e avaliação das condições de saúde mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Sul, RS. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-12. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)967. Acesso em 12 abr. 2023.

OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). 2022. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao. Acesso em: 06 mai. 2023.

PARREIRA, Bibiane Dias Miranda et al. Transtorno mental comum e fatores associados: estudo com mulheres de uma área rural. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 51, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016033103225. Acesso em 29 abr, 2023.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018. Acesso em: 14 abr. 2023.

RIBEIRO, Amanda Fróes et al. O impacto da estratégia saúde da família sobre os indicadores da atenção básica no Brasil. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 12, n. 11, p. e4730-e4730, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.25248/reas.e4730.2020. Acesso em: 12 abr. 2023.

RIBEIRO, Sandra Fogaça Rosa; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. Psicologia em Estudo, v. 16, p. 241-250, 2011. Disponível em: http://hdl.handle.net/11449/98449. Acesso em 12 abr. 2023.

ROCHA, Lucas. Cerca de 15% dos trabalhadores no mundo possuem transtornos mentais, diz OMS. CNN BRASIL, São Paulo, 28 set 2022. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/cerca-de-15-dos-trabalhadores-no-mundo-possuem-transtornos-mentais-diz-oms/>. Acesso em: 30, abr 2023.

SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Revista Baiana de Saúde Pública, v. 34, n. 3, p. 544-544, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.22278/2318-2660.2010.v34.n3.a54. Acesso em: 13 abr. 2023.

Saúde da Família: Prefeitura campinense apresenta a médicos ampliação de equipes: Paraíba Online; 2023. Disponível em: https://paraibaonline.com.br/saude-e-bem-estar/2023/12/19/saude-da-familia-prefeitura-campinense-apresenta-a-medicos-ampliacao-de-equipes/ . Acesso em 25 jan, 2024.

Saúde: Campina Grande vai ter 100% de cobertura na atenção básica: Blog do Max Silva; 2023. Disponível em: https://blogdomaxsilva.com.br/saude-campina-grande-vai-ter-100-de-cobertura-na-atencao-basica/ . Acesso em 25 jan. 2024.

TRINDADE, Letícia de Lima; LAUTERT, Liana. Syndrome of Burnout among the workers of the Strategy of Health of the Family. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 44, p. 274-279, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200005. Acesso em: 12 abr. 2023.

WHO.World Health Organization and International Labour Organization, 2022. Mental health at work: policy brief. Disponível em: https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/areasofwork/workplace-health-promotion-and-well-being/WCMS_856976/lang--en/index.htm. Acesso em 30 abr. 2023.

WHO. World Health Organization. (2003). Investing in mental health. World Health Organization. Disponível em: https://apps.who.int/iris/handle/10665/42823. Acesso em 26 abr. 2023.

WHO. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponível em: https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report. Acesso em 30 abr. 2023.