21. Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde

Ada Ávila Assunção

Antecedentes

Os trabalhadores da saúde ocupam posição-chave na sociedade, pois assistem os indivíduos e suas comunidades. No entanto, eles mesmos constituem um grupo vulnerável, pois as manifestações de insatisfação e de adoecimento convivem com as carências de medidas de proteção à saúde. Embora esparsos, incompletos e fragmentados, os dados sobre as condições de saúde e trabalho desse grupo indicam o aumento da frequência das doenças e dos acidentes ocupacionais, ambos evitáveis com a adoção de medidas preventivas (Smith, Leggat & Araki, 2007; WHO, 2006).

Existem evidências de que as diferenças em saúde estão relacionadas aos fatores sociais que configuram as condições de vida das populações (ONU, 2005; Marmot, 2005). Entre as condições gerais de vida, as de trabalho constituem-se em indicadores das desigualdades sociais geradas em contextos específicos.

As condições de trabalho incluem dois polos: 1) as condições de emprego – que dizem respeito à natureza da relação entre o empregador (ou a empresa) e o empregado; 2) as condições de trabalho propriamente ditas – que designam as pressões e os constrangimentos presentes no ambiente físico e organizacional em que as tarefas são desenvolvidas.

No mundo contemporâneo, a força de trabalho encontra-se distribuída desigualmente quanto às características contratuais do emprego. Os trabalhadores sem contrato de trabalho padrão estão sujeitos a longas jornadas, a menos acesso à informação sobre a exposição aos riscos ambientais e ao desamparo diante dos afastamentos por adoecimento, entre outras situações (Papadopoulos *et al.*, 2010).

cap21.indd 453 21/2/2011 16:57:27

As circunstâncias em que os processos de trabalho são desenvolvidos não se constituem, na maioria das vezes, objeto de debate e permanecem invisíveis para a gestão dos sistemas. O reconhecimento de determinadas circunstâncias como sendo condições de trabalho tem relação direta com o enfrentamento das forças sociais contraditórias que norteiam os processos produtivos, incluída a produção de serviços de saúde.

Por esse prisma, as circunstâncias de realização de determinada atividade são definidas e 'reconhecidas' (ou negadas) como condições de trabalho em um determinado contexto histórico-social. Por isso, as condições de trabalho não são dadas *a priori*, estão abertas a novos critérios e não são inerentes aos processos de trabalho, por serem marcadas pela sua historicidade.

Do ponto de vista dos trabalhadores em saúde, os relatórios do I Fórum Mundial sobre Recursos Humanos para a Saúde em Kampala (2008);[1] Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé (OMS, 2008); 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (Brasil, 2005); 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (2005)[2] sinalizam enfrentamentos cotidianos diante das condições inadequadas de trabalho. Várias queixas são relatadas: por um lado, eles nem sempre contam com os recursos e meios necessários para desenvolver as suas tarefas (faltam medicamentos, a equipe está incompleta, a referência não funciona, o laboratório está subdimensionado etc.); por outro, estão cansados, os salários são baixos, falta reconhecimento pelos investimentos pessoais no desenvolvimento das tarefas e as avaliações de desempenho levam em conta os números e não os resultados.

As inquietações expostas e as iniciativas dos governos e das agências provocaram, nos últimos anos, o debate sobre o trabalho no setor saúde, visando construir uma infraestrutura humana para os sistemas. Propõem-se ações para melhorar a saúde e a satisfação dos trabalhadores da saúde (OMS, 2008; UFMG, 2007).

Desde a Cúpula das Américas realizada no Quebec, em 2001, os representantes dos países têm reconhecido que o trabalho é a melhor via para vincular crescimento econômico e qualidade de vida dos cidadãos. Nessa perspectiva, impulsionada pelo apoio dos ministros do trabalho de 34 países membros da Organização dos Estados Americanos (OEA), a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) incorporou o tema da saúde dos trabalhadores no marco do Trabalho Decente da Organização Internacional do Trabalho e da Iniciativa

1 Disponível em: <www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr06/es/print.html>.
2 Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cadernos_rh.pdf>.

cap21.indd 454 21/2/2011 16:57:27

de Ambientes de Trabalho Saudáveis da Organização Mundial da Saúde (UFMG, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Opas dedicaram o ano de 2006 aos recursos humanos em saúde. Ações concretas marcaram o Dia Mundial da Saúde e a Semana Pan-Americana da Saúde, quando foi realizado um conjunto de eventos que divulgaram e promoveram a valorização dos recursos humanos que atuam em saúde (OMS, 2006).

Na mesma direção, o Ministério da Saúde do Brasil consagrou 2006 como o Ano dos Trabalhadores em Saúde. Juntamente com a Opas/OMS, elaborou-se uma proposta, cujo tema "Gente que faz saúde" sinaliza a necessidade de ampliação das ações em prol dos trabalhadores em saúde no país (OPS, 2006).

Iniciativas governamentais e de gestão buscam a proteção contra as situações de violência presentes nos estabelecimentos de saúde ou contra acidentes que provocam contato com fluidos corpóreos contaminados por vírus das hepatites ou síndrome da imunodeficiência humana. Ações diversas visam à elaboração de medidas que abarcam desde a fabricação de seringas até o seu descarte, com ênfase nas precauções universais (National Institute Occupational of Safety and Health, 2007).

Condições outrora desconhecidas ou consideradas inerentes aos processos são encaradas, na atualidade, como inadmissíveis pela gestão, pelos estados, pelos organismos internacionais e pela organização dos trabalhadores (Prüss-Üstün, Rapiti & Hutin, 2003). No entanto, os resultados obtidos até agora são insuficientes, a julgar pelo exposto nas pesquisas que serão apresentadas neste texto.

Vale ressaltar as transformações recentes nas práticas de saúde, entre elas a mudança de paradigma sobre o cuidado que introduz novos conceitos e técnicas com reflexos sobre os processos de trabalho. Paralelamente, a rápida expansão da tecnologia inova os procedimentos no cotidiano dos estabelecimentos de saúde, acentuando a complexidade das tarefas. Os custos para o funcionamento dos sistemas aumentaram e provocam desafios para a gestão orçamentária, implicando restrições quando o assunto se refere às condições de trabalho.

A dinâmica do perfil epidemiológico das populações atendidas nos estabelecimentos da saúde origina a justaposição dos riscos profissionais clássicos (químicos e físicos) aos riscos biológicos emergentes e aos relacionados ao excesso de demanda e à polivalência (riscos psicossociais), como se verá adiante. Exemplificando, na atualidade, mais de cem diferentes tipos de quimioterápicos

cap21.indd 455 21/2/2011 16:57:27

antineoplásicos (QA) estão em uso, e outros tipos estão sendo desenvolvidos a fim de melhorar a qualidade de vida dos pacientes com câncer até a cura total. A maior carga do câncer e o tipo de terapia (altas doses de QA, combinações de vários medicamentos, uso de QA para outros tipos de doenças) aumentarão o potencial de exposição ocupacional nos ambientes sanitários (Connor & McDiarmid, 2006). Chegam para o atendimento pacientes desconhecidos quanto à possibilidade de transmissão de doenças infecciosas; e mudanças demográficas explicam o aumento do número de pacientes com idade avançada e dependentes, demandando cuidados que exigem esforço (físico e emocional) dos profissionais para agirem diante das doenças crônicas, entre elas as neurológicas. Os sintomas psíquicos e a prevalência aumentada de doenças mentais em nível global acentuam o cenário de múltiplas demandas para os trabalhadores e para o trabalho em saúde (Mawn *et al.*, 2010).

Tudo isso significa que os objetivos das reformas sanitárias implicam satisfazer as demandas dos usuários. No entanto, os recursos materiais, técnicos e organizacionais disponíveis são, na maioria dos casos, insuficientes para responder de modo adequado e eficiente às diversas solicitações.

Apresenta-se aqui panorama multifacetado e, ainda, pouco conhecido das condições de trabalho no setor saúde.

As Condições de Emprego dos Trabalhadores da Saúde no Brasil

Múltiplas instituições, de caráter público ou privado, formadoras ou empregadoras, compõem o setor saúde. Escolas ou faculdades conferem diplomas, os quais são certificados pelas diferentes corporações específicas a cada profissão. São diferentes tipos de organizações, como hospitais, laboratórios, unidades de saúde, rede pública de serviços etc., as quais operam com diferentes lógicas e visões, baseadas em distintas regulamentações e vocações.

No Brasil, em 2007, foram registrados 2.566.694 empregos no setor saúde. Entre eles, 56,4% estão no setor público e 43,6%, no setor privado. Quanto à esfera administrativa, a distribuição dos empregos é a seguinte: 4,1% federais; 13,5% estaduais; 38,8% municipais; 24,9% privados, com fins lucrativos; e 18,6% privados, sem fins lucrativos. Cada esfera emprega com regime próprio – Consolidação das Leis Trabalhistas ou Regime Jurídico Único. As mulheres representam quase 80% da força de trabalho em saúde (Brasil, 2007).

A gama de profissionais contempla aqueles responsáveis pela atividade-fim e os inseridos no âmbito da gestão, do desenvolvimento e da manutenção dos

cap21.indd 456 21/2/2011 16:57:27

estabelecimentos de saúde. Essa diversidade impõe análises complexas, as quais são intensificadas pela constatação dos diferentes vínculos e contratos possíveis, como se verá adiante.

Estudando a geração dos novos postos de trabalho em consequência da ampliação da cobertura dos serviços de atendimento à saúde, fica nítido o potencial elevado de formalização do emprego no setor se comparado com a média do mercado de trabalho brasileiro. Analisando os dados obtidos, Dedecca e colaboradores (2005) concluem que: o impacto do gasto do setor saúde para a geração de ocupações extrapola a dimensão da sua atividade-fim; é ponderável o efeito da geração de ocupações do setor (4,2% da população economicamente ativa); há elevado potencial de formalização dessas ocupações.

Apesar das tendências de expansão e de formalização do emprego, a análise do banco de dados da pesquisa de Dedecca e colaboradores (2005) evidenciou que 23.862 do universo de 198.153 médicos estavam, em 2000, trabalhando sem carteira assinada, e que os demais estavam distribuídos nas categorias dos empregadores ou dos trabalhadores por conta própria e estagiários.

No universo dos atendentes de enfermagem (não diplomados), a distribuição encontrada dos profissionais foi a seguinte: 132.080 empregados com carteira assinada; 41.740 empregados pelo Estado; 32.305 empregados sem carteira de trabalho assinada; 7.230 estagiários; 766 não remunerados.

As condições básicas de trabalho são bastante diferenciadas entre as ocupações nucleares; a recorrência de mais de um emprego é específica para os médicos; o maior número de trabalhos tende a ser associado a uma remuneração/hora mais baixa.

Com base nos dados apresentados, pode-se dizer que a expansão do emprego em saúde se dá na ausência de um contrato de trabalho padrão, à semelhança do que já vem ocorrendo no Brasil, onde essa situação abrange em torno de 42% da força de trabalho metropolitana (Ramos & Ferreira, 2006).

Globalmente, proliferam o contrato não regulamentado, o contrato de trabalho por tempo parcial, o emprego por tempo determinado, a terceirização, a subcontratação e até contratos verbais estabelecidos entre prefeituras e médicos ou entre prefeituras e agentes comunitários de saúde. No setor público, há cargos comissionados, contratos temporários, terceirizados ou triangulados com as universidades (Brasil, 2007; Coelho, Assunção & Belisário, 2009). O cenário exposto explica a vigência de mais de uma conduta normativa para orientar os contratos nos estabelecimentos de saúde, dificultando a negociação de reivindicações entre as diferentes entidades de trabalhadores e gestores.

cap21.indd 457 21/2/2011 16:57:27

No Brasil, está constituída a Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), organizada em duas bancadas, designadas bancada governamental e sindical, cujo objetivo é estabelecer um fórum permanente de negociação entre empregadores e trabalhadores do SUS. Entre os protocolos assinados, estão as diretrizes nacionais para a instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do SUS (Brasil, 2006, Flegele *et al.*, 2010).

O panorama do emprego em saúde reflete os caminhos da reforma do setor no Brasil, o qual aumentou as responsabilidades sanitárias dos municípios, levando à necessidade de incremento da força de trabalho para a execução das novas políticas de saúde. Preocupados em atender às novas demandas dos modelos assistenciais (Programa de Saúde da Família, por exemplo) e diante dos limites legais para os gastos financeiros, os municípios optaram por contratar trabalhadores, utilizando alternativas ao contrato padrão (Machado, 2005; Cordeiro, 2001).

Em suma, identifica-se uma discrepância entre a expansão das contratações de recursos humanos e a criação de novos postos no mercado de trabalho e a insuficiência do volume orçamentário a elas destinado.

Vale lembrar que a proposta de reforma defendeu a substituição do modelo administrativo do Estado sem, contudo, atingir propriamente os problemas de fundo que geram a desigualdade no país, permanecendo, entre eles, o padrão de financiamento do Estado (Soares, 2000). Nesse quadro, a saída encontrada pelo sistema foi restringir o acesso aos direitos trabalhistas e sociais.

A iniciativa dos empregadores da saúde está em consonância com as tendências de desregulamentação do trabalho vigentes no mundo. O processo de precarização do emprego em saúde se dá à semelhança do ocorrido em outros setores da produção. A precarização é processo social constituído pela amplificação e pela institucionalização da instabilidade e da insegurança, expressas nas novas formas de organização do trabalho – em que a terceirização/subcontratação ocupa um lugar central – e no recuo do papel do Estado como regulador do mercado de trabalho e de proteção social por meio das inovações da legislação do trabalho e previdenciária (Thébaud-Mony & Druck, 2007).

Em Belo Horizonte, o emprego sem contrato de trabalho padrão predominou ao longo do período de 2002 a 2006, coincidindo com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Coelho, Assunção e Belisário (2009) evidenciaram a redução do poder de compra dos médicos, dentistas, técnicos de nível superior e agentes de saúde. Para as autoras, o quadro justificaria as políticas governamentais, visando à reversão da tendência assinalada.

cap21.indd 458 21/2/2011 16:57:27

No plano do trabalho, há efeitos agudos gerados na dinâmica das novas formas de empregos e de contratos. Entre tais efeitos, destaca-se a tendência de os trabalhadores sob regime precário estarem expostos a piores condições de trabalho. As opções de organização da produção interferem nas estratégias de gestão adotadas pelas empresas. Essas opções afetam as políticas de emprego, mas também influenciam e marcam a divisão de tarefas, a organização temporal do trabalho, os prazos e adoção das normas técnicas (Daubas-Letourneux & Thébaud-Mony, 2003).

Os resultados apresentados neste texto confirmam a tendência contemporânea assinalada por Antunes (2007). Para este autor, de forma geral, os trabalhadores sem contrato padrão vivem com menos segurança em seus ambientes ocupacionais , como será evidenciado nos estudos sobre prevalências de acidentes e de taxa de vacinação. Com este quadro de precarização estrutural, a flexibilização da legislação social trabalhista aumenta ainda mais os mecanismos de intensificação do trabalho e de seus efeitos sobre a saúde.

Quanto à formação e ao desenvolvimento de competências, problemas adicionais são impostos. Os profissionais sem contrato de trabalho padrão desempenham funções menos exigentes do que poderiam executar (Galeazzi, 2007) e teriam menos chance de aprendizagem ao longo da vida, o que é fundamental para atribuir sentido ao trabalho e para enfrentar os efeitos das transformações registradas no ambiente. No conjunto, essa realidade pode explicar as iniquidades em saúde do trabalhador evidenciadas nos estudos contemporâneos citados a seguir.

A Saúde dos Trabalhadores da Saúde

Trabalhar em saúde pode ser uma via para a autorrealização e para a construção de identidades, haja vista o objetivo central em assistir o outro que demanda cuidado. Na maioria dos casos, é um trabalho portador de sentido para os seus protagonistas. Porém, há sinais de insatisfação associados aos indicadores de adoecimento nas diversas categoriais profissionais que representam o setor.

Os efeitos psicológicos negativos gerados pelos contatos diretos com a dor e o sofrimento dos doentes e pelos níveis excessivos de responsabilidade exigidos são agravados nas situações em que o tempo para planejar e preparar o trabalho é insuficiente, as interrupções são constantes e o poder de decisão é mínimo (Demerouti *et al.*, 2000). Para Demerouti e colaboradores, tais efeitos são preditores do *burnout*.

cap21.indd 459 21/2/2011 16:57:27

A exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição da realização pessoal no trabalho são as três dimensões relacionadas ao *burnout*. A síndrome de *burnout* é uma reação emocional crônica do profissional por lidar constantemente com as demandas dos usuários (Maslach & Jackson, 1981).

Os trabalhadores da enfermagem relatam que, às vezes, são atacados fisicamente, outras vezes enfrentam os discursos hipersexualizados dos seus pacientes internados em enfermarias psiquiátricas. Escabiose e pediculose foram citadas pelos sujeitos entrevistados como resultantes da aproximação física durante os procedimentos clínicos ou de higiene. Hematomas, contusões, fraturas e edemas são destacados como consequências das agressões vivenciadas, mas, também, como marcas visíveis dessas agressões. Adicionalmente, são identificadas experiências psicológicas negativas expressas pelo sentimento de culpa dos profissionais diante dos episódios de agressividade dos pacientes (Carvalho & Felli, 2006).

Nos Estados Unidos, 34% dos auxiliares de enfermagem estudados por Tak e colaboradores (2010) sofreram lesões físicas (incluindo mordeduras) resultantes dos ataques de residentes em casas de repouso, no período de um ano que antecedeu ao inquérito. A chance de apresentar lesões relacionadas aos ataques dos residentes foi maior no grupo que realizava horas extras e também no grupo que informou não ter tempo para assistir aos residentes durante o desenvolvimento de atividades cotidianas. Os autores sugerem o treinamento dos trabalhadores da saúde para lidar com as situações nas quais os pacientes seriam propensos a atos violentos. O treinamento permitiria estancar os episódios, principalmente aqueles que são mais prováveis em certas condições clínicas (demência, por exemplo) e também beneficiaria o 'empoderamento' necessário para a satisfação no trabalho.

Vale, no entanto, lembrar as ponderações de Ramminger e Brito (2008) sobre os princípios da ergologia e da clínica da atividade. As pesquisadoras sinalizam as possibilidades de criação e de autoria, de uma sobrecarga, mesmo em casos de excessiva responsabilização do trabalhador por suas decisões e escolhas. O cuidado em saúde mental exigiria, na atualidade, um trabalhador implicado política e afetivamente com a transformação dos modos de cuidar e de se relacionar com a loucura. Vistos por esse ângulo, os âmbitos do trabalho em saúde mental guardariam oportunidades de construção de saberes, de experiências e de identidades.

Mas nem sempre as condições de trabalho críticas são conhecidas da gestão hospitalar, como sublinhado nos estudos apresentados neste texto. O desconhecimento pode ser entendido como um indicador de baixo suporte social

cap21.indd 460 21/2/2011 16:57:27

e ter implicações negativas no que diz respeito às oportunidades mencionadas por Ramminger e Brito (2008). O apoio da gestão é um fator importante nas situações em que as tarefas são ambíguas e definidas em uma zona de incerteza, como é o caso do setor saúde, porque não há precisão na definição das tarefas; elas 'fluem' de acordo com as necessidades particulares dos pacientes.

A satisfação e a segurança para a realização das tarefas assim caracterizadas dependem do apoio e do suporte social dos gestores e das possibilidades efetivas para se construir o trabalho coletivo e para se estabelecerem as relações sociais, as quais se revelam fundamentais em situações de trabalho cuja natureza implica satisfazer a necessidade de um usuário (Falzon & Lapeyriére, 1998).

Envolvidos em sua missão, às vezes sem as condições materiais para desenvolver as tarefas, os trabalhadores podem se sentir fracassados e impotentes para ajudar o usuário. Nessas situações, o suporte social (da gestão e dos colegas) pode conferir equilíbrios indispensáveis. No entanto, as pesquisas evidenciam fraco retorno dos gestores com relação aos resultados obtidos pelos trabalhadores, limitada participação dos sujeitos nas tomadas de decisão e enfraquecimento dos laços de cooperação horizontal e vertical (Falzon & Lapeyrière, 1998).

Os médicos de Salvador (BA) indicaram ausência de oportunidade para desenvolver habilidades especiais, falta de liberdade para tomar decisões e de poder para influenciar as decisões e ausência de decisões democráticas no trabalho (Sobrinho *et al.*, 2006). Em Salvador, houve crescimento do trabalho informal, subcontratação, terceirização e precarização do trabalho médico no setor público, mas principalmente no setor privado, com redução do trabalho assalariado. Quanto aos distúrbios psíquicos menores, a prevalência de 26% encontrada no grupo foi maior que a encontrada em outras categorias profissionais no Brasil.

O editorial da revista *Lancet* debateu, em 1996, o aumento do estresse e a diminuição da satisfação dos médicos nas reformas dos serviços de saúde na Inglaterra (Ramirez *et al.*, 1996). Por sua vez, Jonge, Mulder e Nijhuis (1999) focalizam a mudança da natureza do trabalho em saúde implicando aumento da carga emocional e mental. Para os autores, o ritmo de trabalho é cada vez mais ditado pelos usuários, tendo como consequência a sobrecarga de trabalho, que pode se expressar como efeito adverso à saúde, insatisfação e *burnout*.

Outro estudo realizado em um serviço de urgências em Belo Horizonte, Minas Gerais, objetivou, diante das queixas de esgotamento dos médicos, descrever fatores intervenientes no atendimento pediátrico, principalmente

cap21.indd 461 21/2/2011 16:57:28

aqueles ligados ao processo de trabalho (Melo, Assunção & Ferreira, 2007). Foram realizadas observações diretas do trabalho, entrevistas individuais e coletivas em uma amostra de 44 pediatras do serviço citado. Para os autores, os serviços de urgência do SUS destinados às crianças gravemente enfermas são também frequentados por crianças com doenças mais simples; e as famílias, por motivos ligados às deficiências na atenção básica, os utilizam como porta de entrada no sistema. As razões aventadas explicam a elevada procura pelos serviços de urgências, interferindo no atendimento aos pacientes agudos, que são obrigados a enfrentar as filas, embora cada serviço apresente um sistema de priorização mais ou menos eficiente.

Dilemas éticos foram manifestados pelos pediatras durante as entrevistas coletivas e parecem estar ligados à insatisfação com o trabalho, pois eles relataram perceber prejuízo na qualidade do atendimento quando a fila de espera aumenta. Viu-se que os casos especiais solicitam capacidade de escutar, decidir e agir. Muitas vezes, o acompanhante não entende as perguntas feitas, e os pediatras têm que explicar novamente. Esse ato torna-se complexo, uma vez que a mãe precisa de tempo para expressar as suas angústias, justificar o seu comportamento e assimilar uma orientação.

As crianças em observação são avaliadas periodicamente, demandando tempo do pediatra, enquanto a fila aumenta na recepção, principalmente nos meses de maior incidência de problemas respiratórios nas comunidades. O tempo de espera pelo atendimento pode variar muito, relacionando-se estreitamente com a demanda quantitativa e qualitativa das consultas efetivadas. Nos períodos de alta demanda, registrou-se tempo de espera de até sete horas, gerando quadro de angústia, desconforto e irritabilidade nos usuários, cuja face mais visível é a frequência de agressões físicas e verbais e a abertura de processos contra erros médicos.

No Reino Unido, a prevalência de morbidade psiquiátrica variou de 22% a 46% nas populações de médicos estudados (Coomber *et al.*, 2002). Estes autores lembram que a natureza dos fatores mencionados não diz respeito aos recursos materiais em si, mas à percepção sobre o reconhecimento social conferido à especialidade e às responsabilidades requeridas no trabalho das unidades de terapia intensiva (UTI).

Coomber e colaboradores (2002) evidenciaram associações entre insatisfação com a escolha da carreira de intensivista e os escores obtidos no inquérito sobre morbidade psiquiátrica. Os fatores estressores mais frequentes nas respostas foram: ocupação de leitos, sobrecarga de trabalho, alteração da vida

cap21.indd 462 21/2/2011 16:57:28

pessoal e familiar provocada pelos estressores ocupacionais e rotinas padronizadas quando os recursos são escassos.

As urgências não são o único foco dos estudos sobre as condições de trabalho no setor saúde. Um estudo de revisão encontrou, no período de 1990 a 2005, 279 publicações enfocando riscos ocupacionais no setor saúde. Os seguintes descritores foram utilizados: saúde pública, riscos ocupacionais, acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e enfermagem (Chiodi & Marziale, 2006). No conjunto das publicações encontradas, apenas 12 diziam respeito às unidades básicas de saúde (UBS), foco do interesse das autoras.

Temperatura ambiente desconfortável e ruído incômodo e irritante foram abordados em sete estudos da amostra selecionada pelas autoras. Dermatites em razão do uso frequente de sabão, álcool e luvas foram mencionadas em duas pesquisas. Posturas inadequadas para administração de vacinas e medicamentos e transporte manual de carga foram associadas ao elevado índice de absenteísmo, identificado em três investigações. Os acidentes perfurocortantes foram destacados em oito trabalhos, com ênfase na exposição dos trabalhadores aos líquidos corpóreos dos seus pacientes.

Em todos os estudos do subconjunto de artigos selecionados (12) foi identificada a exposição a riscos psicossociais nas UBS, com destaque para os seguintes: estresse, sobrecarga mental, violência sofrida pelos profissionais e agressividade dos usuários. Viu-se que os trabalhadores consideram o ambiente estressante, e eles destacaram a rapidez que é exigida no atendimento à semelhança do estudo realizado nas urgências pediátricas. Os sujeitos enfrentam situações perigosas (agressões e visitas a locais distantes) consideradas parte do seu cotidiano. Ademais, relataram que as tarefas são repetitivas e, constantemente, interrompidas.

O estudo ergonômico de Machado e colaboradores (2008) também identificou interrupções no trabalho desenvolvido pelas auxiliares de enfermagem em uma UBS de Belo Horizonte, Minas Gerais. As interrupções se explicaram pela necessidade de deslocamentos constantes na busca de alternativas para suprir a ausência de médicos, os quais não se fixam devido às características da área de risco. Diante da dificuldade de os usuários menos escolarizados entenderem as prescrições das receitas, viu-se a trabalhadora personalizar as caixas dos medicamentos: colar a foto do respectivo membro da família, quando vários deles usam medicamentos controlados; desenhar símbolos para identificar o horário e marcar (com letras garrafais) o número de comprimidos a ingerir em cada momento específico (D'Ávila, Assunção & Belisário, 2007).

cap21.indd 463 21/2/2011 16:57:28

Os recursos educativos adotados demandam tempo para a sua realização. Não sendo 'reconhecidos' pela gestão, não são considerados no planejamento do efetivo. Essas autoras sinalizam a importância das estratégias operatórias identificadas para os objetivos do sistema, mas alertam para a falta de tempo específico para a sua realização e para as consequências negativas no que se refere ao bem-estar no trabalho, em razão das interrupções, da sobreposição de tarefas, da pressão temporal etc. Todas as condições mencionadas são consideradas estressantes e estão associadas a eventos mórbidos.

A precariedade ou a ausência de espaços apropriados são referidas pelos profissionais de uma UTI como um dos fatores perturbadores da comunicação do estado do paciente internado aos seus familiares (Santos & Silva, 2006). Para os entrevistados, as constantes interferências auditivas e visuais, pessoas transitando com ou sem objetos e falando no momento em que o profissional está conversando com os familiares acentuam o desafio dos profissionais ao abordarem a família quando as condições clínicas do familiar internado são graves. Tensão e ansiedade são comuns diante desses impedimentos.

A mobilização dos doentes, os deslocamentos constantes, a permanência por longos períodos em pé, os movimentos finos e sustentados para realização dos pequenos cuidados prestados aos pacientes são constrangimentos físicos associados aos problemas musculoesqueléticos (Buckle & Devereux, 2002). O grupo dos fisioterapeutas é particularmente exposto aos riscos citados. Verificou-se relato de dor nas costas em 78% dos fisioterapeutas (n = 41) na cidade de Málaga, Espanha (Morales *et al.*, 2003).

É possível que as dores estejam relacionadas ao tipo de exigência física das tarefas dos fisioterapeutas, como cargas e aplicação de forças. Ademais, o grupo estudado trabalha, em média, sete horas por dia para tratar 21 pacientes. Estudando os períodos de descanso durante a jornada, constatou-se que apenas 54% das mulheres usufruem esses momentos contra 82% dos homens que o fazem rotineiramente. Em torno de 46% das mulheres realizam todas as atividades domésticas, ao passo que apenas 5,8% dos homens se ocupam desse tipo de afazeres.

Esses achados são consistentes com os estudos (Strazdins & Bammer, 2004) sobre a segregação da força de trabalho segundo o sexo e o persistente desequilíbrio das relações de gênero no trabalho doméstico, o qual leva as assalariadas à dupla exposição: fatores de risco ocupacionais e os da vida doméstica. Desfavorecidas pelas relações de gênero, as mulheres estão sobre-

cap21.indd 464 21/2/2011 16:57:28

carregadas pelas tarefas domésticas e têm menos tempo para as atividades de lazer. Sem repouso, a recuperação do organismo que responde às exigências do trabalho ficaria prejudicada, com mais chance de manifestação dos sintomas musculoesqueléticos, desencadeados nas atividades laborais.

No estado de São Paulo, 651 trabalhadores participaram do inquérito de Monteiro, Alexandre e Rodrigues (2006). A ocorrência de doença musculoesquelética com diagnóstico médico foi registrada 244 vezes no período de abril a junho de 2002. A prevalência foi maior entre indivíduos que desenvolvem trabalhos com demandas predominantemente físicas, como os auxiliares de serviço e oficiais da manutenção. Houve maior concentração de casos entre as mulheres, nos grupos com menos escolaridade, entre os que realizam atividade doméstica e entre os que executam as tarefas pesadas há mais tempo. Evidencia-se a pertinência de se abordar o trabalho em saúde na ótica das relações de gênero, entre outras razões porque nesse âmbito são geradas, pelo menos em parte, as iniquidades em saúde (Strazdins & Bammer, 2004).

Curiosamente, registrou-se menor prevalência de doenças musculoesqueléticas entre aqueles que trabalhavam mais de quarenta horas por semana. Não houve diferenças entre aqueles que trabalhavam em mais de um emprego quando comparados aos com emprego único. Strazdins e Bammer (2004) evocam o efeito trabalhador sadio para explicar os resultados, ou seja: os sujeitos possivelmente atingidos não conseguiram manter os seus postos, o duplo emprego ou o prolongamento da jornada de trabalho.

Sobre as condições relacionadas aos acidentes durante deslocamento, a pesquisa em um hospital de Campinas, São Paulo, evidenciou a ocorrência de 531 casos, sendo 37 (7%) acidentes típicos que acometeram a coluna vertebral. Houve diferença estatisticamente significativa na distribuição dos acidentes segundo a categoria profissional. Os atendentes de enfermagem foram os mais atingidos; o piso escorregadio foi referido como o principal responsável pelos acidentes (32,1%). O estado do piso e a utilização de protetores de tecidos nos pés explicaram as quedas importantes e consequente lesão dorsal (Parada, Alexandre & Benatti, 2002).

A esse respeito, há convergência no tocante aos principais riscos de acidentes mencionados pelos sujeitos da amostra em um hospital de Campinas, São Paulo: material perfurocortante, principal risco (76,8%), seguido por chão molhado e escorregadio (51,8%) e esforço físico ou postura não ergonômica (35,7%) (Benatti & Nishide, 2000). Todos os fatores mencionados são passíveis de controle por meio de programas de vigilância.

cap21.indd 465 21/2/2011 16:57:28

Outras profissões em saúde também são atingidas pelas doenças do aparelho musculoesquelético. As lombalgias são mais frequentes no grupo dos trabalhadores da enfermagem em comparação a outros grupos profissionais. Quanto aos médicos, os obstetras/ginecologistas durante a prática clínica e cirúrgica estão expostos a posturas estereotipadas e à manutenção de esforço muscular estático prolongado, ambas consideradas condições de risco de lombalgias ocupacionais (Dolan & Martin, 2001).

O inquérito realizado na Irlanda obteve o retorno de 93,9% (107/114) questionários enviados aos obstetras/ginecologistas. A maioria dos respondentes (72%) relatou episódios de lombalgia. Encontrou-se diferença estatisticamente significativa da prevalência dos sintomas de acordo com o tipo de posição que o paciente assume para permitir ao obstetra/ginecologista realizar o procedimento cirúrgico indicado. O agravamento das lombalgias foi associado à realização dos seguintes procedimentos: cirurgia abdominal, cirurgia ginecológica e exame pélvico. Dolan e Martin (2001) sugerem medidas ergonômicas visando melhorar os constrangimentos posturais a que os sujeitos dessas especialidades estão expostos.

Foi descrita a prevalência de sintomas musculoesqueléticos entre ultrassonografistas na Colúmbia Britânica, Canadá (Russo *et al.*, 2002). Dos 211 respondentes ao questionário, 192 (91%) relataram dor ou desconforto, principalmente nos membros superiores, pescoço e dorso. Mais da metade referiu sintomas graves e frequentes relacionados ao número de horas trabalhadas por dia e ao número de jornadas dedicadas ao trabalho com o equipamento. A maioria (65%) procurou consulta médica em razão do problema; entre eles, 62% receberam tratamento e a doença foi declarada, indicando a gravidade do quadro.

Russo e colaboradores lembram o caráter estressante da atividade, dada a importância do resultado do exame ultrassonográfico para o diagnóstico e a conduta do médico que o solicitou. A técnica ultrassonográfica solicita desempenho sensório-motor dos especialistas, pois para manipular o equipamento são adotadas posturas estereotipadas na aplicação de pressão contra os tecidos examinados, no posicionamento do paciente e na manutenção de postura sentada ou de pé durante períodos prolongados. Tais atividades podem provocar carga muscular estática e dinâmica da musculatura dos membros superiores, ombros, pescoço e dorso.

Desajustes ergonômicos são notados, uma vez que nem sempre há coerência entre as dimensões do leito do paciente, plano de trabalho do especialista que manipula o equipamento e outros dispositivos associados ao posto de trabalho.

cap21.indd 466 21/2/2011 16:57:28

Outros tipos de procedimentos de diagnóstico também trazem efeitos ocupacionais. Os equipamentos radiológicos portáteis são frequentemente utilizados nas unidades de terapias intensivas, unidades de internações, centros cirúrgicos e unidades coronarianas, entre outras. Do ponto de vista ocupacional, alerta-se para a exposição dos trabalhadores não diretamente envolvidos nos exames radiológicos dos recém-nascidos em uma unidade de terapia neonatal de Florianópolis, Santa Catarina (Flor & Kirchhof, 2006). Os resultados das observações diretas do trabalho evidenciaram a exposição sem proteção à radiação durante a atividade de apoio ao procedimento radiológico realizado no leito do recém-nascido.

Contrariamente aos trabalhadores da unidade de terapia neonatal, os técnicos em radiologia do mesmo hospital demonstraram conhecer os princípios básicos de proteção radiológica e relataram existir atitude descuidada dos profissionais da enfermagem, mesmo quando estes são avisados para se afastar do ambiente.

Vários aspectos foram problematizados pelos autores, merecendo destaque os seguintes: permanência no local sem usar os equipamentos de proteção individual quando o exame radiológico está sendo realizado no leito do recém-nascido; demonstração de pouco conhecimento sobre os mecanismos deletérios associados à exposição à radiação ionizante; escassez de equipamentos de proteção individual plumbíferos; volume expressivo de procedimentos realizados na unidade neonatal analisada. Finalmente, menciona-se a ausência de formação no âmbito da segurança em ambientes com forte carga de radiação ionizante.

Essa pesquisa deixa margens para questionarem-se os limites do que eles nomeiam de "descaso quanto à exposição à radiação ionizante por parte de alguns profissionais" (Flor & Kirchhof, 2006: 277). Os extratos das entrevistas reproduzidas no artigo mencionam razões como envolvimento com os recém-nascidos no momento do procedimento e necessidade de conter o recém-nascido para garantir a qualidade do exame, ambas indicadoras do lócus ético da atividade, ou seja: é plausível supor a existência de contradições entre o objetivo da atividade de cuidar do outro e o cuidar de si.

Diversas substâncias químicas são utilizadas no setor saúde com finalidades distintas, como esterilização, medicação, desinfecção, manutenção dos equipamentos. Quatro categorias abarcam o conjunto das principais substâncias empregadas (Costa & Felli, 2005): 1) substâncias químicas de modo geral: óxido de etileno, glutaraldeído, formaldeído, hipoclorito de sódio, sabões, éter, benzina; 2) substâncias de uso medicamentoso: gases anestésicos, qui-

cap21.indd 467 21/2/2011 16:57:28

mioterápicos, antibióticos, antissépticos; 3) poeiras e fumaças; 4) substâncias protetoras fabricadas com borracha: luvas, por exemplo.

A falta de rotulagem adequada de tais substâncias dificulta a informação dos trabalhadores expostos (Flor & Kirchhof, 2006). As autoras alertam para o escasso conhecimento no país acerca da exposição e dos efeitos, os quais dizem respeito a uma gama de doenças, como processos alérgicos, infertilidade, câncer. A frequência de abortos espontâneos é mais elevada em enfermeiras que trabalham em salas de cirurgia durante a gravidez. Aventa-se a hipótese sobre a exposição aos gases anestésicos estar influenciando a ocorrência de malformações congênitas, abortos espontâneos e diminuição da capacidade para o trabalho. Cita-se a possibilidade de transferência de produtos químicos para o leite materno das enfermeiras expostas.

A variedade de riscos químicos presente nos hospitais pode provocar intoxicações agudas ou estados crônicos pré-patogênicos de várias doenças ocupacionais, segundo afirmam Flor e Kirchhof (2006). Há menção aos problemas de anencefalia, espinha bífida, defeitos no sistema urinário e genital em descendentes de trabalhadores expostos ocupacionalmente a gases anestésicos, gases esterilizantes, mercúrio e radiações X.

Entre 1979 e 2000, foram publicados 37 artigos sobre os riscos ocupacionais químicos a que se submetem os profissionais da enfermagem (Xelegati & Robazzi, 2003). Viu-se que a ocorrência de troca de cromátides irmãs é mais elevada em enfermeiras expostas ao manuseio de drogas antineoplásicas do que naquelas não expostas.

O inquérito realizado no Hospital da Universidade de São Paulo contou com a participação de 430 trabalhadores da enfermagem (64,66% – 665). Encontrou-se média de seis substâncias químicas utilizadas por trabalhador. Os trabalhadores de enfermagem que relataram contato com os produtos químicos mencionaram problemas de pele e sintomas respiratórios.

Sobre as medidas de proteção passíveis de aprimoramento e implantação, a porcentagem das respostas obedeceu à seguinte ordem: uso de equipamento de proteção individual, desenvolvimento ou implantação de novos produtos, cuidados na manipulação, medidas de proteção coletiva, medidas administrativas e de recursos humanos, manipulação na farmácia ou local adequado (Costa & Felli, 2005).

As doenças transmissíveis e incuráveis, cuja prevalência tem aumentado em todos os estabelecimentos de saúde, alertam para a necessidade de habilitar os trabalhadores da saúde para atuarem preventivamente em seu cuidado. No

cap21.indd 468 21/2/2011 16:57:28

entanto, os escassos estudos disponíveis na literatura atual não são animadores, pois predominam, ao menos nos casos estudados, baixa taxa de vacinação contra hepatite B e baixa adesão às práticas padrão.

As hepatites virais, por exemplo, são importante problema de saúde pública no mundo e no Brasil. Para a OMS, cerca de dois bilhões de pessoas já tiveram contato com o vírus da hepatite B. No mundo, são aproximadamente 325 milhões de portadores crônicos da hepatite B e 170 milhões da hepatite C (Brasil, 2002).

Os casos crônicos de hepatite B e C devem corresponder a cerca de 1,0% e 1,5% da população brasileira, respectivamente. O vírus da hepatite C predomina em adultos jovens, mas não se conhece a distribuição da prevalência-incidência no Brasil (Ciorlia & Zanetta, 2007), reforçando a importância da adesão às práticas padrão.

Estudo realizado em São José do Rio Preto, São Paulo, evidenciou maior prevalência de anti-HCV entre os trabalhadores da saúde quando comparados aos seus colegas do setor administrativo do hospital universitário e ao grupo dos doadores de sangue que fizeram parte da amostra. Observou-se que os trabalhadores da saúde com sorologia positiva tinham mais tempo de serviço no hospital e 50% mais de chance de ser anti-HCV positivo a cada cinco anos de atividade. Segundo os autores, os resultados obtidos sugerem que os cuidados diários com os pacientes podem contribuir para o aumento de infecção pelo HCV (Ciorlia & Zanetta, 2007).

A prevalência de vacinação completa contra a hepatite B foi de 64,61% no estudo em uma população de 1.249 trabalhadores de unidades da saúde na cidade de Florianópolis, Santa Catarina (Garcia & Facchini, 2008). Contudo, as taxas não são as mesmas se comparadas por categoria profissional ou por tipo de contrato de trabalho.

A maior prevalência de vacinação foi encontrada entre enfermeiros (85,19%), seguidos pelos dentistas (84,48%). Quanto aos vínculos, observou-se prevalência de vacinação significativamente menor entre os trabalhadores com formas de contratação mais precárias (terceirizados ou estagiários). Ao lado do número expressivo de trabalhadores não protegidos, Garcia e Facchini (2008) relataram que 20,9% da amostra não receberam treinamento sobre saúde e segurança no trabalho.

Verificou-se cobertura vacinal completa contra hepatite B em 72,8% dos acidentados (379) com exposição a líquidos corpóreos na rede estadual de saúde de São Paulo (Almeida & Benatti, 2007). Alerta-se para a gravidade do quadro, uma vez que para 43,5% dos acidentados foi indicada a quimioprofilaxia com

cap21.indd 469 21/2/2011 16:57:28

antirretroviral; para 32,1% foram indicadas quimioprofilaxia e vacina contra hepatite B; e 1,2% recebeu imunoglobulina humana contra hepatite B.

O paradoxo exposição *versus* proteção também está presente no estudo em uma população de dentistas de Montes Claros, Minas Gerais. No conjunto de 296 dentistas entrevistados, 28 (9%) não tinham recebido nenhuma dose da vacina contra hepatite B, seis (2%) apenas uma dose, quarenta (14%) relataram duas doses e 221 (75%) profissionais apresentaram esquema completo da vacina. A necessidade de mais informações foi alegada por 37% dos dentistas que responderam sobre a não vacinação ou vacinação incompleta (Martins & Barreto, 2003).

O quadro não é animador, pois uma porcentagem expressiva não foi vacinada de maneira adequada e está reconhecidamente exposta, a julgar pelas respostas de 13% dos sujeitos, indicando já terem atendido pacientes com sorologia positiva para o HIV; 15% afirmaram assistência a pacientes sabidamente portadores do HBV. A prevalência de acidentes com instrumento perfurocortante foi de 26% nos seis meses anteriores à pesquisa e 75% durante a vida profissional.

A OMS estima em torno de 2,5% os casos de HIV e 40% os casos de HBV ou HCV entre os trabalhadores da saúde resultantes de acidentes perfurocortantes em situações de trabalho. A transmissão do HCV após acidente com agulha pode ocorrer com risco aproximadamente dez vezes mais alto do que a transmissão pelo HIV, sem a possibilidade de prevenção após a exposição. A ocorrência de HCV entre os trabalhadores da saúde varia de 2% a 10%, associando-se o risco de contágio com o tempo de serviço, realização de procedimentos invasivos e ocorrência de acidentes percutâneos.

Não reencapar agulhas é uma prática padrão, pois protege contra os acidentes perfurocortantes relacionados à exposição aos vírus citados. Em Abeokuta (Nigéria), 31,9% dos respondentes a um questionário admitiram reencapar agulhas rotineiramente. A adoção da prática aconselhada de não reencapar agulhas foi maior entre os trabalhadores da enfermagem formados (58,2%) do que na categoria médica (28,3%) (Sadoh *et al.*, 2006).

A maioria dos 515 profissionais de enfermagem de um hospital universitário no Brasil relatou reencapar agulhas pelo menos alguma vez (74,4% – 312). Aqueles trabalhadores com menos de dois anos de experiência estiveram mais aderentes à adoção da prática de não reencapar agulhas (Brevidelli & Cianciarullo, 2001). Uma parcela da amostra não recebeu treinamento sobre as práticas padrão (38,4% – 300).

cap21.indd 470 21/2/2011 16:57:28

No estudo realizado em seis hospitais de Brasília, Distrito Federal, foram descritos acidentes com material biológico em 39,1% (223/570) dos sujeitos que participaram do inquérito (Caixeta & Barbosa-Branco, 2005). As categorias relacionadas à maior prevalência foram: cirurgiões-dentistas, médicos e técnicos de laboratório. A categoria dos farmacêuticos-bioquímicos apresentou o mais baixo coeficiente de acidentabilidade, mas, para esses autores, o risco de exposição é mais baixo entre esses profissionais quando comparados às outras categorias estudadas.

O grupo de respondentes que afirmou conhecer todas as normas de biossegurança foi o que mais se acidentou. De acordo com os autores, provavelmente eles devem estar mais expostos do que os seus colegas, por isso são mais informados. Aludiu-se também à hipótese de possível desvalorização da exposição relacionada aos anos vivenciados no hospital.

Entre os profissionais do estudo de Caixeta e Barbosa-Branco (2005), houve predominância dos acidentes entre os trabalhadores do sexo masculino. A prática de reencapar agulhas é mais frequente entre os homens, podendo explicar, segundo os autores, a diferença encontrada.

Ao contrário do que foi evidenciado no estudo de Caixeta e Barbosa-Branco (2005), os homens estiveram 28% mais protegidos contra os acidentes de trabalho perfurocortantes quando comparados às mulheres no estudo de Ciorlia e Zanetta (2007). Segundo esses autores, a diferença seria explicada pela divisão do trabalho entre os sexos, uma vez que os homens teriam menos contato com os objetos perfurocortantes, por estarem mais envolvidos com as tarefas que exigem força física.

Entre 412 funcionários de um hospital em Cuba, 28,2% relataram ter sofrido lesão por objetos perfurocortantes. Do total de acidentados, 95,7% não foram avaliados periodicamente após a lesão, e a maioria (95,7%) não informou o acidente aos seus superiores (Díaz *et al.*, 2003). Evidenciam-se nos dois últimos casos a ausência de formação e o sub-registro de informações, os quais podem ser encarados como indícios de um ambiente desprotegido e frágil quanto aos mecanismos de vigilância da saúde dos seus trabalhadores.

Avaliando-se 35 casos de acidentes com material potencialmente contaminado pelo HIV em funcionários do Hospital Universitário da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, encontraram-se, entre os profissionais de saúde, os auxiliares de enfermagem como a categoria mais atingida, provavelmente porque eles estão em contato direto com os pacientes (Machado *et al.*, 1992). Em coerência com outros estudos, os mais experientes foram mais atingidos do

cap21.indd 471 21/2/2011 16:57:28

que os novatos na profissão. As partes do corpo mais lesionadas foram mãos e dedos, evidenciando a necessidade de formação e de proteção, tendo em vista o conhecimento prévio sobre a vulnerabilidade dos membros superiores em situações de preparo e administração de medicação, curativos, tratamento de feridas, punção venosa para exames etc.

Os trabalhadores da limpeza também são vítimas de acidentes perfurocortantes, apesar de não realizarem os procedimentos citados anteriormente. No estudo empreendido na rede estadual de saúde de São Paulo, 13,2% dos acidentes ocorreram entre os agentes da limpeza, antecedidos, em termos de prevalência, pelos trabalhadores da equipe de enfermagem (71,5% dos acidentes) (Almeida & Benatti, 2007).

Na amostra do estudo, a agulha foi o principal agente causador dos acidentes (74,7%). No entanto, há diferenças quanto ao tipo de objeto que provoca a lesão de acordo com a categoria profissional. Entre os profissionais da limpeza, os principais objetos foram agulhas e lâminas abandonadas no ambiente, evidenciando mais uma vez a precariedade da vigilância e de seus mecanismos de prevenção e de promoção da saúde dos trabalhadores.

No estudo referido, não foi possível identificar o paciente-fonte, limitando as abordagens previstas nos protocolos de controle pós-exposição (OPS, 2005). É plausível supor que os acidentes ocorreram fora do momento da realização do procedimento, indicando carência de medidas educativas sobre o armazenamento de objetos cortantes após a sua utilização nos procedimentos de rotina.

A diferença na distribuição dos acidentes diz respeito não somente ao tipo, à ocupação ou ao objeto envolvido na lesão. Há subsetores mais vulneráveis. Em Passo Fundo, Rio Grande do Sul, uma pesquisa (Jorge *et al.*, 2000) revelou a seguinte distribuição espacial da ocorrência de 226 acidentes com material biológico: centro cirúrgico (17,3% – 39), seguido pela enfermaria pediátrica (9,3% – 21) e pela emergência geral (6,2% – 14).

Considerações Finais

Há convergências quanto aos resultados encontrados no tocante aos distúrbios psicológicos, queixas musculoesqueléticas, dermatites, acidentes, taxas de vacinação, ignorância sobre os efeitos das substâncias químicas e radiações, medo de agressões físicas e psicológicas, baixos salários. A distribuição das frequências não é homogênea; ela depende da ocupação, do conteúdo da tarefa, do setor, refletindo a riqueza e complexidade do trabalho em saúde.

cap21.indd 472 21/2/2011 16:57:28

Os resultados dos estudos indicam iniquidades relacionadas ao gênero e ao contrato de trabalho. Diferenças de exposição aos riscos conhecidos foram largamente mencionadas pelos autores.

Apesar do reconhecimento do papel fundamental dos recursos humanos para os objetivos dos sistemas de saúde produzidos no seio das reformas sanitárias no mundo todo (Fritzen, 2007), permanecem desafios para as políticas de saúde, pois, independentemente da heterogeneidade quanto aos arcabouços conceituais e metodológicos e dos efeitos estudados por diferentes autores, está claro existir uma situação insegura aliada a frágeis mecanismos de vigilância à saúde dos trabalhadores da saúde nos estabelecimentos do setor.

As condições de trabalho citadas são indicadoras do fraco reconhecimento social quanto aos investimentos pessoais dos trabalhadores da saúde para dar conta de suas tarefas (Reinhardt & Fischer, 2009). Pouca ou nenhuma informação sobre os riscos a que estão expostos, fragilidade dos mecanismos de assistência para os acidentados e doentes, ausência de comunicações diretas com a gestão, avaliação de desempenho exclusivamente quantitativa, sem levar em conta as estratégias inéditas para resolver os problemas e aliviar o paciente, entre outros fatores, confirmam as tendências mundiais e podem atingir o sentido do trabalho.

Contudo, não há trabalho sem trabalhadores, e eles buscam sentido naquilo que fazem. O sentido diz respeito ao modo de um indivíduo relacionar seus atos profissionais à construção de seu próprio futuro (Zarifian, 2001). A utilidade social daquilo que estão fazendo e as ocasiões de aprendizagem e de se desenvolver no trabalho são fatores preponderantes para o sentido do trabalho (Morin, 2008).

Por esse prisma, o trabalho em saúde pode ser visto, desde uma primeira aproximação, como sendo repleto de sentido porque seu objeto é a saúde das pessoas; portanto, configura-se um ato essencialmente humano. É lúcido esperar que seja fonte de satisfação. Mas os trabalhadores em sua maioria se encontram insatisfeitos e esgotados.

A qualidade do cuidado à saúde depende também da maneira pela qual o sistema encara as necessidades e a subjetividade dos trabalhadores no exercício de suas tarefas. Seria saudável buscar políticas para resgatar o valor do trabalho e proteger a saúde dos protagonistas dos sistemas de saúde.

cap21.indd 473 21/2/2011 16:57:28

Referências

ALMEIDA, C. A. F. & BENATTI, M. C. C. Exposições ocupacionais por fluidos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão à quimioprofilaxia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1): 120-126, 2007.

ANTUNES, R. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. *In*: FRANCO, T. & DRUCK, G. (Orgs.) *A Perda da Razão Social do Trabalho: terceirização e precarização.* São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

BENATTI, M. C. C. & NISHIDE, V. M. Elaboração e implantação do mapa de riscos ambientais para a prevenção de acidentes do trabalho em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 8(5): 13-20, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Hepatites Virais: avaliação da assistência às hepatites virais no Brasil.* Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.* Relatório final. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/trabalhador/pdf/coletanea_textos_econf.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartmesa06.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Indicadores de Gestão em Trabalho em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Manual de apoio para Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS).

BREVIDELLI, M. M. & CIANCIARULLO, T. I. Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. *Revista de Saúde Pública*, 35(2): 193-201, 2001.

BUCKLE, P. & DEVEREUX, J. The nature of work-related neck and upper limp musculoskeletal disorders. *Applied Ergonomics*, 33: 207-217, 2002.

CAIXETA, R. B. & BARBOSA-BRANCO, A. M. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3): 737-746, 2005.

CARVALHO, M. B. & FELLI, V. E. A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(1): 61-69, 2006.

CHIODI, M. B. & MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2): 212-217, 2006.

cap21.indd 474 21/2/2011 16:57:28

CIORLIA, L. A. S. & ZANETTA, D. M. T. Hepatite C em profissionais da saúde: prevalência e associação com fatores de risco. *Revista de Saúde Pública*, 41(2): 229-235, 2007.

COELHO, M. C. R. V.; ASSUNÇÃO, A. A. & BELISÁRIO, S. A. Employment and sociodemographic characteristics: a study of increasing precarity in the health districts of Belo Horizonte, Brazil. *Human Resources for Health*; 1(1), 2009.

CONNOR, T. H. & MCDIARMID, M. A. Preventing occupational exposures to antineoplastic drugs in health care settings. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 56: 354-365, 2006.

COOMBER, S. *et al.* Stress in UK intensive care unit doctors. *British Journal of Anaesthesia*, 89(6): 873-881, 2002.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 319-328, 2001.

COSTA, T. F. & FELLI, V. E. A. Exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas químicas em um hospital público universitário da cidade de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(4): 501-508, 2005.

DAUBAS-LETOURNEUX, V. & THÉBAUD-MONY, A. *Work Organization and Health at Work in the European Union: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.* Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003.

D'ÁVILA, L. S.; ASSUNÇÃO, A. A. & BELISÁRIO, S. A. Fatores relacionados à atividade de dispensação de medicamentos em uma UBS de Belo Horizonte. *In*: SIMPÓSIO CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRABALHO NO SETOR SAÚDE, 1. Belo Horizonte: Nescon, 2007. CD-ROM.

DEDECCA, C. S. *et al.* A dimensão ocupacional do setor de atendimento à saúde no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 3(1): 123-142, mar. 2005.

DEMEROUTI, E. *et al.* A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2): 454-464, 2000.

DÍAZ, R. L. A. J. *et al.* Riesgo ocupacional por exposición a objetos cortopunzantes en trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 41(1), 2003.

DOLAN, L. M. & MARTIN, D. H. Backache in gynaecologists. *Occupational Medicine*, 51(7): 433-438, 2001.

FALZON, P. & LAPEYRIÈRE, S. L'usager et l'opérateur: ergonomie et relations de services. *Le Travail Humain*, 6(1): 69-88, 1998.

FLEGELE, D. S. *et al*. Trabalhadores de saúde e os dilemas das relações de trabalho na Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 12(2): 5-11, 2010.

FLOR, R. C. & KIRCHHOF, A. L. C. Uma prática educativa de sensibilização quanto à exposição à radiação ionizante com profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(3): 274-278, 2006.

cap21.indd 475 21/2/2011 16:57:28

FRITZEN, A. S. Strategic management of the health workforce in developing countries: what have we learned? *Human Resources for Health*, 5(4), 2007. Disponível em: <www.human-resources-health.com/content/5/1/4>. Acesso em: 22 nov. 2010.

GALEAZZI, I. M. S. O trabalho por conta própria num contexto de precarização laboral. *In*: BASTOS, R. L. A. (Org.) *Dimensões da Precarização do Mercado de Trabalho na Região Metropolitana de Porto Alegre*. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística (FEE), 2007.

GARCIA, L. P. & FACCHINI, L. A. Vacinação contra a hepatite B entre trabalhadores da atenção básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(5): 1.130-1.140, 2008.

JONGE, J.; MULDER, M. J. G. P. & NIJHUIS, F. J. N. The incorporation of different demand concepts in the job demand-control model: effects on health care professionals. *Social Science & Medicine*, 8: 1.149-1.160, 1999.

JORGE, R. *et al*. Acidentes biológicos em hospital universitário. *Revista Médica do Hospital São Vicente de Paulo*, 11(26): 19-22, 2000.

MACHADO, A. A. *et al.* Risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em profissionais da saúde. *Revista de Saúde Pública*, 26(1): 54-56, 1992.

MACHADO, A. P. *et al.* O trabalho em uma Unidade Básica de Saúde: uma abordagem da ergonomia. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 15, Porto Seguro, Bahia, 2 a 6 de novembro de 2008. CD-ROM.

MACHADO, M. H. Trabalhadores de saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. *In*: LIMA, N. T. (Org.) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365: 1.099-1.104, 2005.

MARTINS, A. M. E. B. L. & BARRETO, S. M. Vacinação contra hepatite B entre cirurgiões dentistas. *Revista de Saúde Pública*, 37(3): 333-338, 2003.

MASLACH, C. & JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2: 99-113, 1981.

MAWN, B. *et al*. Health disparities among health care workers. *Qualitative Health Research*, 20(1): 68-80, 2010.

MELO, E. M. C.; ASSUNÇÃO, A. A. & FERREIRA, R. A. O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgências: fatores intervenientes no atendimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(12): 3.000-3.010, 2007.

MONTEIRO, M. S.; ALEXANDRE, N. M. C. & RODRIGUES, C. M. Doenças musculoesqueléticas, trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de uma instituição pública de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1): 20-25, 2006.

MORALES, N. M. *et al*. Estudio transversal de las algias vertebrales en los fisioterapeutas. *Fisioterapia*, 25(1): 23-28, 2003.

MORIN, E. *Sens du Travail, Santé Mentale et Engagement Organisationnel*. Québec: Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité du Travail, 2008. (Rapport R-543)

cap21.indd 476 21/2/2011 16:57:29

NATIONAL INSTITUTE OCCUPATIONAL OF SAFETY AND HEALTH. *Health Care Workers,* 2007. Disponível em: <www.cdc.gov/niosh/topics/healthcare/>. Acesso em: 18 dez. 2007.

OMS (Organización Mundial de la Salud). *Colaboremos por la Salud*, 2006. Disponível em: <www.who.int/world-health-day/previous/2006/es/index.html>. Acesso em: 22 nov. 2010.

OMS (Organisation Mondiale de la Santé). *Directives: mesures incitatives pour les professionnels de la santé.* Genéve: Organisation Mondiale de la Santé, 2008.

ONU (Organización de las Naciones Unidas). *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe.* Santiago del Chile: Naciones Unidas, 2005.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). *Salud y Seguridad de los Trabajadores del Sector Salud: manual para gerentes y administradores.* Washington, D.C: OPS, 2005.

PAPADOPOULOS, G. *et al.* Occupational and public health and safety in a changing work environment: an integrated approach for risk assessment and prevention. *Safety Science*, 48(8): 943-949, 2010.

PARADA, E. O.; ALEXANDRE, N. M. C. & BENATTI, M. C. C. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(1): 64-69, 2002.

PRÜSS-ÜSTÜN, A.; RAPITI, E. & HUTIN, Y. *Sharps Injuries: global burden of disease from sharps injuries to health-care workers.* Geneva: World Health Organization, 2003. (Environmental Burden of Disease Series, 3)

RAMIREZ, A. J. *et al.* Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *The Lancet*, 347: 724-728, 1996.

RAMMINGER, T. & BRITO, J. C. O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 33(117): 36-49, 2008.

RAMOS, L. & FERREIRA, V. Padrões espacial e setorial da evolução da informalidade no período 1991-2005. *Pesquisa e Planejamento Econômico*, 36(3): 471-488, 2006.

REINHARDT, E. L. & FISCHER, F. M. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(5): 411-417, 2009.

RUSSO, A. *et al.* The prevalence of musculoskeletal symptoms among British Columbia sonographers. *Applied Ergonomics*, 33(5): 385-393, 2002.

SADOH, W. E. *et al.* Practice of universal precautions among healthcare workers. *Journal of the National Medical Association*, 98(5): 722-726, 2006.

SANTOS, K. M. A. B. & SILVA, M. J. P. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(1): 61-66, 2006.

SMITH, D. R.; LEGGAT, P. A. & ARAKI, S. Emerging occupational hazards among health care workers in the new millennium. *Industrial Health*, 45(5): 595-597, 2007.

cap21.indd 477 21/2/2011 16:57:29

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: o risco do desmonte neoliberal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53: 17-24, 2000.

SOBRINHO, C. L. N. *et al*. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(1): 31-140, 2006.

STRAZDINS, L. & BAMMER, G. Women, work and musculoskeletal health. *Social Science & Medicine*, 58(6): 997-1.005, 2004.

TAK, S. *et al*. Workplace assaults on nursing assistants in US nursing homes: a multilevel analysis. *American Journal of Public Health*; 100(10): 1.938-1.945, 2010.

THÉBAUD-MONY, A. & DRUCK, G. Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil. *In*: FRANCO, T. & DRUCK, G. (Orgs.) *A Perda da Razão Social do Trabalho: terceirização e precarização.* São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.

UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais). Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. *Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde.* Belo Horizonte: UFMG, 2007. (Cadernos Série Técnica 1). Disponível em: <www.nescon.medicina.ufmg.br/pdf/[2008]nescon_informes_tecnicos_1.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2010.

WHO (World Health Organization). *The Global Shortage of Health Workers and its Impact.* Fact sheet, n. 302. Geneva: World Health Organization, 2006.

XELEGATI, R. & ROBAZZI, M. L. C. C. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão de literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3): 350-356, 2003.

ZARIFIAN, P. *Objetivo Competência: por uma nova lógica.* São Paulo: Atlas, 2001.

cap21.indd 478 21/2/2011 16:57:29