

15

Vulnerabilidade em profissionais de saúde

Monica Maria de Oliveira Melo
Vinícius Sousa Pietra Pedroso
Marco Túlio de Aquino
Enio Roberto Pietra Pedroso

Introdução

A interação entre as condições biológicas, psicológicas, sociológicas, culturais e espirituais na vida da pessoa, de sua família e da comunidade é o que determina o bem-viver, o bem-estar, a sua saúde. Expressa-se por intermédio da forma como a pessoa interage consigo e com as outras pessoas; pela reflexão sobre suas dúvidas, impressões, atitudes e preocupações, o que permite entender sobre seu corpo, seus sentimentos e sua expectativa social¹⁻⁴.

A obtenção deste bem-estar biopsicossocial, cultural e espiritual depende de muitos fatores, desde a percepção crítica, transformadora e transgressora do ser humano sobre si mesmo e a natureza, até o entendimento do limite expresso na dinâmica planetária em reciclar-se e permitir as condições propícias para a manutenção do equilíbrio desejável para a vida. Isto é, na homeostasia implícita nas necessidades de todos os seres vivos e da disponibilidade limitada da Terra na obtenção da matéria.

A vida humana caracteriza-se, na contemporaneidade, pelas incertezas crescentes e a sensação de fragilidade diante dos fatores de risco e vulnerabilidade aos quais todas as pessoas e a sociedade, direta ou indiretamente, estão expostas. Essas características repercutem-se no trabalho de cada pessoa e, especialmente, em relação aos profissionais da saúde, pela exposição usual a múltiplos e variados agentes químicos, físicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos^{5,6}.

O conceito epidemiológico de risco representa a possibilidade de grupos populacionais modificarem a sua relação entre saúde e doença e se tornarem doentes, mas também de se prevenirem apropriadamente e impedirem o adoecimento, de forma que o seu bem-estar e de sua comunidade sejam obtidos e mantidos. O risco representa o cálculo da probabilidade e das chances maiores ou menores de grupos populacionais adoecerem ou morrerem por algum agravo de saúde. O risco ocupacional pode ser ou estar oculto em decorrência de ignorância, desconhecimento ou desinformação; situação em que o trabalhador nem suspeita da sua existência. Pode permanecer latente ou se manifestar e provocar lesão em momento especial ou de estresse; ou, ainda, ser real, conhecido de todos, mas impossível de controle, dado o custo para a instituição ou por falta de vontade política^{7,8}.

A vulnerabilidade permite entender as práticas de saúde em sua trajetória histórico-social e atuar inter e transdisciplinarmente para conhecer as condições que deixam cada pessoa exposta ao adoecimento pela soma do seu comportamento individual e coletivo, pelas condições socioambientais em que se situa, pelas formas como as políticas públicas apresentam soluções para as suas necessidades de saúde. Pode estimular a determinação da prevenção e de cuidado eficaz e seu encaminhamento para a recuperação plena de seu bem-estar. Pode ser compreendida como o conjunto de fatores que aumentam ou diminuem o risco de se expor ao adoecimento em todas as situações da vida, mas também como a forma de avaliar as chances de que cada pessoa possa contrair doenças. Essas chances variam e dependem de fatores biológicos, sociais e culturais e envolvem os do ambiente de trabalho e de cada atividade profissional. A vulnerabilidade compreende a perspectiva:

a) profissional - que se refere à quantidade e qualidade da informação que cada pessoa dispõe sobre sua atividade, à sua capacidade de elaborar informações e as aplicar em sua vida prática;

b) social - que se constitui nos fatores sociais que determinam o acesso às informações, serviços, bens culturais; nas restrições ao exercício da cidadania, exposição à violência, nível de prioridade política ou de investimentos dados à saúde e condições de moradia, educação e trabalho;

c) programática - depende das ações, do compromisso, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção à saúde, que o estado, a iniciativa privada e as organizações da sociedade civil empreendem para o enfrentamento das condições que proporcionam o adoecimento e diminuem as chances de ocorrência das enfermidades⁹⁻¹³.

A intervenção sobre todos esses fatores deve considerar não só o trabalhador, mas também as situações que interferem em seus comportamentos privados, políticos, econômicos, culturais e dos gestores das instituições de saúde, que podem determinar mais proteção e considerar que o cuidado do outro significa também o cuidado de si mesmo¹⁴⁻²⁹.

Qual é a percepção dos profissionais de saúde sobre o risco e a vulnerabilidade a que estão afeitos? Quais estratégias podem ser empreendidas visando à adoção de práticas seguras no trabalho em saúde?

Intervenção para a busca de melhores condições de saúde

É preciso atuar em vários níveis para modificar as condições pessoais e sociais que impedem o bem-estar^{1-4,9,10,28,29}.

A educação representa o ponto central em que a informação e sua transformação em conhecimento, de forma crítica, reflexiva e libertária, alteram o padrão de comportamento e sua ação sobre as transformações pessoais e sociais. A educação para a saúde amplia o conhecimento sobre o bem-viver, a consciência individual e social e incita o desenvolvimento de ações preventivas, o reconhecimento de doenças prevalentes e o equilíbrio com a natureza, impedindo a exploração do trabalhador¹⁶⁻²¹.

É necessário respeitar as diferenças individuais determinadas pelos valores culturais sobre a doença, a saúde, a tolerância à dor e a legitimidade de reações ao mal-estar e perceber que a dimensão dos incidentes e eventos críticos que influenciam a vida de cada pessoa pode prever a probabilidade de início de doenças físicas e mentais^{13,29-31}.

A intervenção para obtenção de bem-estar, portanto, constitui-se em missão de cidadania e pode ser realizada em todos os seus níveis de complexidade do sistema hierarquizado de saúde¹⁶⁻¹⁹.

Risco e vulnerabilidade em educação e saúde

O conceito de vulnerabilidade em saúde relaciona-se ao esforço de superar as práticas preventivas apoiadas no conceito de risco. O risco constitui-se em instrumento de quantificação das possibilidades de adoecimento de pessoas ou populações, a partir da identificação de possíveis relações entre eventos e condições patológicas e não patológicas. As aplicações desse conceito às práticas de saúde pública associaram-se à sua operacionalidade, à ampliação da capacidade preditiva e de controle ou eliminação de determinados fatores de risco e redução de probabilidade da ocorrência de agravos e danos. No entanto, quando a interpretação das variáveis selecionadas não leva em conta a variabilidade e a dinâmica de seus significados sociais reais e o risco aferido passa de uma análise abstrata

para a intervenção prática sem as mediações necessárias para que ganhe significado real, a sua contribuição para orientar a prática preventiva é insuficiente ou até prejudicial, ao reduzir os fenômenos de adoecimento a alguns de seus componentes que podem ser isoladamente mensuráveis.

Os estudos de risco de adoecimento determinam, em geral, decomposição do todo em partes, associadas entre si por relações lineares e fixas de causa-efeito e lidam com a positividade que abstrai a variabilidade, a complexidade e a dinâmica dos significados e das práticas sociais em que as possibilidades de adoecer são vivenciadas e experimentadas. Essas relações de causa-efeito explicam, em parte, as chances de adoecimento e permitem, quando aplicadas ao comportamento relacionado à saúde, determinar o risco devido à ignorância, irresponsabilidade ou livre-arbítrio^{13,16,17,27-29}.

É essa compreensão que orienta os modelos educativos que visam a convencer a pessoa a agir de modo diferente com base em estratégias educacionais dirigidas ao alerta e à transmissão de informações técnico-científicas. Esses modelos orientam também o domínio dos profissionais de saúde, priorizam a sabedoria técnico-científica e desprezam a vivência do cuidado popular e tradicional, que não tem a pretensão de universalidade da ciência, nem de reprodutibilidade da técnica, mas que utiliza juízos que associam aprendizado e experiência, de valor para a construção do processo educacional de cada grupo populacional. É importante, portanto, incorporar aos projetos educativos em saúde a dimensão do processo saúde-doença, considerando sua complexidade e sua multiplicidade de interferências, como é a proposta do estudo de vulnerabilidade. Isto é: considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como o resultado de condições individuais, coletivas e contextuais implicadas na maior suscetibilidade ao adoecimento e, concomitantemente, na maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção e, portanto, reconhecendo a vulnerabilidade de alguém, de quê e de quais circunstâncias ou condições¹⁻⁸.

Os componentes da vulnerabilidade também agem sobre os profissionais da saúde e pode-se considerar que dependem das características:

a) profissional-indivíduos - decorrentes de seu desenvolvimento

i) cognitivo, devido à quantidade e qualidade de informação disponível e em sua transformação em conhecimento;

ii) comportamental, na capacidade, habilidade e interesse em transformar a informação e o conhecimento em atitudes e ações de proteção contra o adoecimento, no controle de comportamentos que criam oportunidades para o adoecimento. O comportamento de maior vulnerabilidade não decorre, necessariamente, da ação voluntária das pessoas, mas relaciona-se, especialmente, às condições ambientais, culturais e sociais em que o comportamento ocorre e à consciência das pessoas sobre seu comportamento e à sua efetiva capacidade de modificá-lo;

b) sociais - envolve o acesso e a possibilidade de refletir sobre a informação e de sua capacidade de provocar mudança que melhore sua vida, o que se associa ao acesso aos recursos materiais, à escola e ao serviço de saúde, ao poder de influenciar decisões políticas e à possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de todas as coerções;

c) programático-institucionais - associam os componentes individual e social ao grau e à qualidade de compromissos e recursos; gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado; que são decisivos para definir necessidades, orientar e otimizar o uso dos recursos sociais existentes. Depende do entendimento da presença, multiplicidade, interconexão, instabilidade e inconstância, momento, história,

dos fatores profissional-sociais e programáticos que determinam a possibilidade de adoecer¹⁰⁻¹³.

Determinantes da saúde

A busca do bem-estar biopsicossocial cultural e espiritual, e não apenas a ausência de doença, constitui-se no conceito contemporâneo de saúde e revela a busca por esse bem-estar, que se constitui no bem maior do ser vivo, portanto, do ser humano.

É fácil ser definido? Não. Depende de cada um, da percepção sobre si e o outro, sobre a natureza e a vida. Os fatores biopsicossociais culturais e espirituais promovem e, ao mesmo tempo, protegem a pessoa de doença e dependem, essencialmente, da forma como a pessoa se comporta, como comporta sua família, como a sociedade atua, considera e valoriza a saúde e a educação e da forma, portanto, como todos exercem a cidadania e distribuem bens sociais com equanimidade e justiça social, direitos e deveres^{1-4,12,13}.

Determinantes da doença

Vários fatores podem desencadear modificações da relação saúde-doença com predomínio maior de uma sobre a outra e da possibilidade da perda do equilíbrio entre elas, como se observa com:

a) Mudanças ecológicas e relacionadas às alterações que acompanham o tempo geológico, não modificáveis pela ação humana, ao desenvolvimento econômico e uso da terra, devidas ao manejo da agricultura e irrigação da terra e transposição da água, represamento de rios para a construção de represas e geração de eletricidade; às mudança nos ecossistemas hídricos, com des e reflorestamentos de monoculturas. Essas intervenções podem resultar em enchentes, secas, fome e mudança climática e favorecer esquistossomose e outras zoonoses, febre hemorrágica, expansão da leishmaniose, disseminação de arbovírus (mayaro, oropouche, ródio, sabiá), catástrofes, inundações de cidades;

b) Demografia e comportamento humano - devido ao crescimento e migrações populacionais, às guerras, conflitos civis e étnicos, deterioração de centros urbanos, adensamento populacional, modificações no comportamento sexual, uso de drogas ilícitas (venosas ou não), pobreza e miséria, fome e perda de perspectiva de vida para muitas tribos e nações que permitem a introdução e disseminação do vírus da imunodeficiência humana e outras doenças sexualmente transmissíveis, de dengue e ressurgência da tuberculose, cólera, febre tifoide, ebola e vírus hemorrágicos e o agravamento das condições de nutrição, educação, imunidade, controle social, disputa por trabalho e poder, com resultados catastróficos e desencadeadores de ansiedade, tensão, agonia, depressão, insônia, intolerância e desajuste de atitudes, e guerras;

c) Comércio e viagens internacionais - que possibilitam o movimento de bens e pessoas, a sua rapidez permitida pelas viagens aéreas, o que contribui para a disseminação da malária e influenza, mosquitos vetores, introdução de cólera e dengue em regiões desprotegidas de vigilância sanitária adequada;

d) Indústria e tecnologia: responsáveis pela globalização em relação à oferta de alimentos, com mudanças em seu processamento e empacotamento, à técnica de transplan-

tes de órgãos e tecidos, ao uso de imunossupressores, à antibioticoterapia irracional em seres humanos e em animais fontes de alimentos, que se relacionam a encefalite bovina, síndrome hemolítica urêmica (*E. coli*), doenças transfusionais (hepatites virais, chagas), infecções em imunossuprimidos e hospitalares;

e) Adaptação e mudança de agentes - que demarcam a evolução de microrganismos, a pressão seletiva e desenvolvimento de resistência aos antibacterianos e antivirais e que determinam variações naturais e mutações em vírus (vírus da imunodeficiência humana, vírus influenza), bactérias (febre purpúrica brasileira por *H. influenzae*, infecções hospitalares) e resistência a antibióticos, antivirais, antimaláricos, pesticidas e herbicidas e impulsionam o desenvolvimento de transgênicos e as suas possibilidades de interferirem no equilíbrio da natureza;

f) Colapso de medidas de saúde pública que determinam a inadequação do saneamento e do controle de vetores, cortes em programas de prevenção de doenças e que se relacionam a cólera, dengue, difteria, desnutrição, supernutrição, aterosclerose e doenças degenerativas^{32,33}.

O modelo econômico baseado na exploração do trabalho, competição, solidão, menos capacidade afetiva, estresse, ação predatória sobre o meio, desvios da nutrição (sub e supernutrição), desemprego, condições insalubres de moradia, urbanização sem planejamento, saneamento inadequado, em detrimento da solidariedade e distribuição justa e digna de bens sociais aliado à falta de financiamento para a educação e a saúde favorece a variabilidade de comportamento de vetores e do ser humano. Essa variabilidade abrange fome, tuberculose, tuberculose multirresistente, hanseníase, cólera, febre amarela, dengue, imunodeficiência adquirida, hantavirose, hepatites virais, papilomavirose, leishmaniose, doença de Chagas, malária, estresse, esquistossomose, violência, pesticidas, uso indevido de antibióticos e de herbicidas, desequilíbrio ecológico, infecção pelo *H. pylori* e *Chlamydia*, exploração inadvertida de nichos ecológicos, uso de transgênicos, saúde e educação não priorizadas nas políticas públicas e uso de drogas lícitas e ilícitas. O neoliberalismo tecnocratiza decisões, centraliza riquezas, justifica o desemprego e a desigualdade social, exclui o cidadão do destino de seu país e incita o consumismo e a competição excessiva, que desagregam e promovem pressões psíquicas insuportáveis.

Observa-se na trajetória humana que a prevalência da ganância e a luta pela manutenção do poder e do dinheiro associam-se à acentuada possibilidade de desequilíbrio social e à insensibilidade na percepção do outro. Esse comportamento, ou modelo, possui grande probabilidade de promover onipotência, desconfiança, paralisia afetiva, intolerância, incapacidade em lidar com a realidade, vazio existencial, individualismo, violência, delinquência, falta de moradia, indefinição de políticas sobre a terra e sobre a produção de alimentos, ausência de água potável e esgotos, deficiência de imunizações, descaso com a saúde, destruição planetária, desenvolvimento falcioso, temporário, limitado, busca de poder e manipulação social. O que adoece e mata são menos os microrganismos e mais a criminalidade, violência, acidentes, solidão, angústia, depressão, estresse, deterioração ambiental, intoxicantes químicos, drogas lícitas e ilícitas, sedentarismo, má-alimentação, ignorância, miséria, desonestidade, fisiologismo e impunidade.

O que faz, portanto, o adoecimento ocorrer? Em quase dois terços das vezes, o comportamento humano, o que significa como a pessoa e a sociedade agem, seja em relação

ao que alimenta e bebe, o que respira e aspira, como exercita ou se mantém sedentário e, especialmente, no que pensa e como age!

Este é um assunto contemporâneo? Não; eterno, desde sempre. Simples? Não; complexo e da própria existência humana. Fácil de resolução? Não; depende de vontade, coragem e cidadania. Está relacionado aos valores sociais da contemporaneidade? Sem dúvida, especialmente de ganância, da busca de patrimônio rápido, de juventude, de eternidade, da estética, do poder e da incapacidade do estado em garantir bens sociais equânimes e de valorizar com justiça e dignidade a vida humana^{32,33}.

Saúde e sua transdisciplinaridade

A interação entre as condições biológicas, psicológicas, sociológicas, culturais e espirituais na vida da pessoa, de sua família e da comunidade é o que determina o bem-viver, o bem-estar, a sua saúde. Essa interação se expressa por intermédio da forma como a pessoa interage consigo e com as outras pessoas, na reflexão sobre suas dúvidas, impressões, atitudes e preocupações e que permite entender seu corpo, seus sentimentos e sua expectativa social e se resume na forma como se comporta. Esse bem-estar biopsicossocial cultural e espiritual, que define o estado de bem-estar ou de saúde, depende, portanto: da percepção crítica, transformadora e transgressora do ser humano sobre si mesmo e a natureza; do autoconhecimento; do entendimento do seu limite vital, o que inclui o da sociedade em que está inserido e o do próprio planeta; do sentimento de finitude material e de como se interpreta em relação à morte e ao mistério da transcendência e como lida com suas limitações e a sua finitude^{1,2,32,33}.

A saúde pressupõe, portanto, estabelecer projetos de cidadania, harmonia com a natureza, solidariedade com tudo e todos, que potencializa o afeto e distribui equanamente bens sociais renováveis, que reconhece a importância dos ecossistemas para a vida e promove dignidade e prazer, com justiça social e paz^{32,33}.

Visão dos profissionais da área da saúde sobre seu papel profissional e a vulnerabilidade em seu exercício

O trabalho dos profissionais envolvidos na área da saúde, na maioria das vezes, representa desafio que não se limita ao diagnóstico e à abordagem terapêutica, mas implica perceber a pessoa em sua total dimensão, o que extrapola a objetividade e pressupõe a percepção subjetiva e integrada da pessoa na família e sociedade, plena e em intercâmbio com implicações resultantes de sua opinião, atitude e crença^{1-5,34-37}.

A visão unilateral e restrita em relação ao ser humano determina o que se observa quando se fixa algum parâmetro como variável dependente ou apenas independente, no estudo de um fenômeno físico-químico, o que incita ao risco de transformar o ser humano em objeto ou peça; e aferir o paciente e a comunidade a partir de partes e não como pessoa ou de seu todo “corpo e alma”.

Esse risco pode considerar que a saúde humana depende eminentemente da tecnologia, o que implica a possibilidade de reducionismo e de expressar parte da matéria, e não necessariamente o seu todo. A ampla visão da pessoa, sem limites de órgãos ou sistemas, do corpo e alma, indivíduo e coletivo, permite transgredir e ultrapassar conhecimentos

e habilidades técnicas e ampliar a capacidade de criar relacionamento consigo e com o outro e como valoriza sua vida e a dos outros e se percebe coletivamente capaz de trocas de tolerância e complacência com o improvável, o erro, o desafio, a solidariedade, a justiça e a equanimidade³⁴⁻³⁷.

A capacidade que todos os profissionais que atuam na área da saúde têm de entender o seu próprio potencial de intervenção em busca do bem-estar e de utilizá-lo com juízo, equilíbrio e sem aproveitar da boa-fé das pessoas constitui-se na chave de todo relacionamento com a pessoa doente e com sua família, com respeito, confiança e esperança. Isso beneficia a motivação, aliança e enlevo, de forma integral, em que o paciente se integra como espécie respeitosa com as outras em seu contexto planetário. Não é a tecnologia que impõe confiança e confiança, mas a ação empreendida pelos profissionais da área da saúde em sua capacidade de ausculta e ação. “A tecnologia não é boa ou ruim, mas boa ou ruim é a sua forma de aplicação”.

O profissional da área da saúde, por isso mesmo, deve aprender a se conhecer o suficiente para impedir que seus preconceitos e problemas naturais perturbem sua relação com a pessoa doente, sua família e a sociedade e se aplique na obtenção de relacionamento adequado para evitar que essa interação conduza a erros que decorram de sua visão unilateral e preconceituosa^{32,33,37}.

A dimensão completa da vida e do trabalho dos profissionais da área da saúde, portanto, desdobra-se em todos os níveis em que é vivida, desde o compromisso irrestrito com a inovação, que pressupõe a coragem de criar e transformar o seu trabalho cotidiano, até se envolver e participar em movimentos e lutas justas e necessárias ao desenvolvimento humano. Constitui-se na procura de meios de atingir, pelo exercício profissional, lugares e experiências que se espalham e recriam por onde se encontram com as pessoas. Por isso mesmo, requer participar efetivamente do seu encontro com a experiência humana que puder acumular e entender, que se realiza em todos os momentos e locais, em sua interação com a vida e com as coisas. É preciso perscrutar a alma em todos os seus recônditos para reconhecer os limites próprios e de cada um. Esse processo busca entender a singularidade de cada pessoa e de sua harmonia com a própria natureza, em cada momento.

A interação e o papel dos profissionais da área da saúde são perceptíveis na busca pelo bem-estar de todos e caracteriza-se pela percepção de que para cada 1.000 problemas de saúde que ocorrem usualmente no ambiente doméstico, 750 são resolvidos no próprio ambiente domiciliar, por medidas populares milenares, como observação, repouso, limpeza, banho, ventilação, tomar sol, dormir; ou uso de água, chá ou compressa. Dessa forma, a própria natureza se encarrega de resolver adequadamente e revelam-se observação e vigilância, tradição, vivência, impressão, cujo cuidado principal é não impedir que a natureza cuide de si ou que seja maltratada.

O restante dos problemas recorre à atenção primária à saúde sem influência de ato médico, recebendo medidas como hidratação oral, limpeza de feridas, orientação dietética, exercício adequado, sendo, desses pacientes, 100 encaminhados para consulta médica. Entre os pacientes sob avaliação médica, em 10 eventualidades a primeira consulta é suficiente para identificar o problema e ajudar na sua resolução; em 35 é necessário retorno para controle e vigilância, sem a necessidade de exame complementar; e em 40 o acompanhamento médico ocorre por mais de seis meses, sendo 14 encaminhados para a observação de especialista e um para a internação hospitalar. Na atenção primária à saúde com resolubilidade médica de quase 85%, ocorrem, em geral, oito grupos nosológicos,

sendo necessários 11 exames complementares e 14 medicamentos para a sua abordagem.

Essa observação decorre, em sua essência, de que “o que é raro é raríssimo, e o comum é comuníssimo”. Revela que há na prática a necessidade de ruptura com o consumismo e a valorização de bens sociais para qualidade de vida, aliadas da saúde, como: educação, trabalho, seguridade social; e da atenção e cuidado com a pessoa e sua família. É preciso entender que os avanços da biologia molecular-estrutural, imunologia, genética não podem impedir o valor da Psicologia, Antropologia e Sociologia sobre o entendimento da vida e da morbimortalidade^{32,33,37}.

A ciência requer muito mais do que aplicar o conhecimento do último segundo, é preciso conhecer e aplicar o padrão do pensamento científico, desenvolver mente inquisitiva, crítica, independência; projetar experimentos; obter dados; analisar sua validade e especificidade; questionar e responder no limite da precisão definida; estabelecer medidas de limite do que é adequado ou não, sem decisão fútil ou inútil, e ajuizar com equilíbrio o que deve e não deve ser feito. Os resultados falso-positivos podem sujeitar-se a algum procedimento desnecessário. O exame complementar que confirma o diagnóstico já feito constitui desperdício de recursos. É preciso avaliar se o exame complementar pode modificar a escolha da estratégia de tratamento. A compreensão da alma, entretanto, ultrapassa todos esses dados objetivos, e sem a sua perscrutação não se consegue perceber o pedido de ajuda, de auxílio, do encontro com o ser que está em cada pessoa.

A obtenção de saúde nem sempre significa diagnóstico ou tratamento no sentido de que é preciso aplicar alguma fórmula físico-química industrializada. Muitas vezes caracteriza-se por aliviar o impacto da enfermidade, ajudar a pessoa a se integrar nela mesma, em sua família e comunidade; por perceber o esforço da pessoa em se adaptar à perda de sua saúde e a conviver com limitações; e pelo compromisso com o bem-estar biopsicossocial cultural e espiritual. As enfermidades tendem a ocorrer em situações de excessiva exigência pessoal ou diante de necessidade de vida não resolvida de forma satisfatória. As doenças incuráveis inspiram desesperança, sofrimento e angústia. A morte pode devastar o paciente e sua família, o que inclui ansiedade, medo, pânico, enigma sobre o futuro, responsabilidade pela família, trabalho, dívidas. É preciso ajudar a pessoa doente a entender o correto para si, sentir-se valorizado, assumir com esperança recursos existentes para reduzir sofrimento, cooperar para a cura e o controle da doença.

É preciso, portanto, conhecer-se para impedir que a primeira impressão, não adequadamente reflexiva, afete a relação ou promova erros na interação com o paciente.

O interesse e o bem-estar do paciente devem superar os de qualquer dos profissionais da área da saúde e impulsionar a transcender a capacidade técnica, o conhecimento científico e o interesse e distinguir o que é ou não supérfluo, a atingir a compaixão. A cura orgânica não significa, necessariamente, sentir-se satisfeito; e a tecnologia aplicada não representa melhor assistência e pode inclusive descaracterizar e despersonalizar o profissional da área da saúde ou torná-lo minimizador da tensão social. É preciso respeito, confiança, solidariedade desde o nascer até experimentar-se, ajuizar a experiência, entender a existência, viver a sabedoria do juízo, buscar bem-estar na própria essência, conscientizar-se da própria morte, transcender a matéria, ajudar a pessoa doente a se sentir melhor com ou sem a doença e perceber o seu limite ou a doença em paz^{1-4,12,13,32,33,37}.

Perspectivas atuais do trabalho dos profissionais da área da saúde e sua influência sobre o estado de saúde

A impressão de que a tecnologia pode deixar o profissional da área da saúde mais disponível para se dedicar ao seu paciente não se confirmou. O pressuposto de atuação de todo profissional da área da saúde, entretanto, baseia-se na sensibilidade do cuidado das pessoas.

A luta pela sobrevivência incita à competição desenfreada, à perda da solidariedade, à concessão de uso de todo artifício para a manutenção de vantagens pessoais que mantenham a sua posição social e econômica, com prevalência do individualismo que nega a solidariedade, a espontaneidade, o respeito, a confiança, pressupostos essenciais para o acolher e cuidar de pessoas³⁷⁻⁴¹.

A sensibilidade de olhos, ouvidos, mãos, sentidos, sentimentos, coração, como a essência para a compreensão da pessoa não pode ser substituída pela razão, racionalidade, evidência, programa, protocolo e técnica, que veem a pessoa doente como doença, peça, órgão, sistema, técnica cirúrgica, protocolo computadorizado.

A complexidade da atuação de todos os profissionais da área da saúde e a responsabilidade implícita em seu trabalho exigem, portanto, formação humanística e humanitária que requer também que tenha reconhecimento justo, condições de trabalho adequadas, educação continuada e proteção em sua função de forma a propiciar condições dignas para sua execução. É isso que se observa em sua prática? Não; ao contrário, as condições de trabalho são precárias, sendo o Brasil o país que menos aplica recursos em saúde, proporcionalmente a outras economias semelhantes em todo o planeta. Os profissionais da área da saúde são deixados ao seu próprio destino e sua dignidade exige múltiplos empregos, muitos sob sistema de produtividade, sob regime de trabalho exaustivo e sob tensão imensa. Esse ambiente é por si salutar?

O exercício profissional que não privilegia a pessoa passa a se resguardar por guias, regras e diretrizes definidas muitas vezes por conflito de interesse, medo de demanda judiciária e de ser considerado obsoleto. Esse comportamento conduz à solicitação de mais exames complementares, em confiança mais em equipamentos do que na própria sensibilidade e capacidade de discernimento, o que mantém o lucro das indústrias, distanciando o profissional da área da saúde da pessoa^{32,33,42}.

Busca de melhores condições de saúde

É preciso atuar em vários níveis para modificar as condições pessoais e sociais que impedem o bem-estar.

A educação é essencial, em que a informação e o conhecimento consequentes, reflexivos, críticos e libertários, aliados à experiência, ajudam a estabelecer melhor o padrão de comportamento frente às prerrogativas pessoais e sociais transformadoras e a obter a sabedoria que amplifica a vida humana. A educação para a saúde amplia o conhecimento sobre o bem-viver, a consciência individual e social, incita às ações de prevenção, ao reconhecimento de doenças prevalentes, ao equilíbrio com a natureza e impede a exploração do trabalhador.^{1-4,9,10,12,13}

É necessário respeitar as diferenças individuais determinadas pelos valores culturais sobre a doença, a saúde, a tolerância ao sofrimento, a legitimidade de reações ao mal-estar

e perceber que a dimensão dos eventos de influência sobre a vida de cada pessoa pode prever, com muita certeza, a probabilidade de ocorrência de doenças físicas e emocionais^{32,33,37,42}.

A intervenção para obtenção de bem-estar é tarefa de cidadania e pode ser feita em todos os seus níveis de complexidade.

A transferência de responsabilidades de serviços básicos para o setor privado, sem garantia de equidade na sua oferta; a instituição do usuário-consumidor, na lógica do custo-benefício, não no cidadão que possui um bem, a saúde; a competição pela lucratividade, não como benefício para as pessoas e o planeta; a centralização da conceituação de saúde na doença e no indivíduo, baseada na tecnologia, sem favorecer o uso ajuizado de serviços adequados ou apropriados; os gastos indevidos com a atenção médica, medicamentos, exames, equipamentos; tornam impossível pensar em preservar a pessoa e o planeta. A lógica do individualismo não preserva o planeta para todos, nem privilegia o equilíbrio e a harmonia do corpo e da alma e de sua interação com a natureza, que é dinâmica e materialmente finita!

A decisão política de privilegiar o ser humano e não o capital como o substantivo de todas as decisões, portanto, significa como pressuposto de bem-estar da humanidade: educação para todos; financiamento adequado para o cuidado com as pessoas e o meio ambiente; valorização do trabalho como princípio fundamental da organização social; estrutura social com oportunidades igualitárias para todas as pessoas, incluindo a reflexão sobre estigmas; condições físicas dos serviços de atenção à saúde e à doença, em especial, para o setor saúde, como tipo de consultório, privacidade do paciente; proximidade do médico e de outros profissionais de saúde com o paciente e sua família, incluindo atendimento domiciliar, noturno, nos fins-de-semana e feriados; disponibilidade de recursos diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação^{20-23,42}.

Essa perspectiva profissional requer visão interdisciplinar e multiprofissional, com respeito não só entre os vários profissionais que compõem a equipe de saúde, mas com a pessoa doente, que é o substantivo de todas as ações, na preservação da sua dignidade e de seus familiares.

É possível, diante da complexidade das relações biopsicossociais culturais e espirituais o trabalho solitário dos profissionais da saúde?

O trabalho transdisciplinar e multiprofissional é a base da atenção completa à saúde.

A interação dos vários profissionais que compõem a equipe de saúde diminui algum dos seus membros? A participação da Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Serviço Social, Psicologia e tantas quantas forem as profissões e as ações cidadãs são bem-vindas na tarefa de proteger a vida e o planeta.

De que dependem as relações profissionais? Dependem da discussão do processo de trabalho, da organização do conhecimento a ser alcançado e da participação de cada um, do limite que se associa ao convívio com respeito e confiança. Da integração em busca da plenitude de todos e da obtenção do pressuposto de cada atividade profissional é que conflui a busca do bem-estar que todos almejam e merecem.

A distinção das ações na área da saúde diz respeito especialmente a: amizade, respeito, e solidariedade, em que – “tudo vale a pena se a alma não for pequena”.

A saúde é dos bens mais significativos da expressão humana e da vida. Ela vale o esfor-

ço, gana e trabalho para a busca do bem-estar que todos merecem^{32,33,37,42}.

Preparo para a prática

A prática dos profissionais da área da saúde depende das condições que moldam a todos para a sua missão compartilhada e se relacionam ao estilo de vida, ao local escolhido para o trabalho, ao tamanho e às características da comunidade escolhida para o exercício profissional de cada um. Não é tarefa fácil.

O conceito de vulnerabilidade contém algumas especificidades que abrangem: o indivíduo ou a compreensão do comportamento pessoal à qualidade da informação de que cada pessoa dispõe sobre os problemas de saúde, sua reflexão e a aplicação na prática; o social, que avalia a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições; e os programáticos, estabelecidos para responder ao controle de enfermidades, o nível e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção^{12,32,33,37}.

Esses objetivos têm sido obtidos?

A vulnerabilidade do profissional da área da saúde

Observam-se, no Brasil, algumas características que são comuns a todos os profissionais da área da saúde, como: grande aumento do número de graduados em todas as áreas; concentração predominante nas áreas metropolitanas e região Sudeste; aumento da participação feminina; rejuvenescimento da força de trabalho, mais intensa entre os profissionais de nível universitário e na terceira década de vida; aumento de absorção de empregos no setor privado; extensão da jornada de trabalho de 46% dos médicos para mais de 50 horas por semana.

O trabalho nunca é neutro em relação à saúde do trabalhador, isto é, pode favorecer em maior ou menor grau a doença, influenciar ou não a sua autorrealização e satisfação, determinar relacionamentos que podem ser conflituosos, que requerem desenvolvimento de inter e intrassubjetividades e seu reconhecimento e valorização social^{1,34-37}.

A Constituição Federal de 1988, no Capítulo II, determina a necessidade de redução dos riscos próprios do trabalho por intermédio de normas de saúde, higiene e segurança; de forma equânime, independentemente da área de atuação do trabalhador. A proteção aos riscos que o trabalho pode determinar à saúde do trabalhador é inerente a cada tipo de atividade, o que requer vigilância para a sua insalubridade potencial e a instituição de controle, prevenção, tratamento e recuperação das situações em que o trabalho submete o trabalhador à instabilidade e à perda de sua integridade individual, coletiva, orgânica e psíquica.

Os trabalhadores da área da saúde são continuamente expostos a riscos que rompem com sua estabilidade biopsicossocial cultural e espiritual e que requerem atenção, reconhecimento e propostas decisivas para que sejam impedidos de exercerem influência deletéria sobre a sua vida. Todos são afetados pelo sofrimento psíquico próprio de seu trabalho, sendo que em algumas delas se soma a predominância da população feminina, o que adiciona ao desgaste profissional a superposição da dupla jornada de trabalho e a desvalorização do trabalho feminino.

A hegemonia médica pode também exercer efeito intimidador nas relações interdisciplinares e multiprofissionais, com o risco de desencadear dificuldades de relacionamentos, o que requer o entendimento do limite pessoal e o respeito com cada uma das profissões que compõem a equipe de saúde.

É essencial que as políticas públicas em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS) sejam consequentes, dignas com o cidadão e com seus trabalhadores, como pressuposto para que seja eficiente e capaz de atender ao desejo das Assembleias Nacionais de Saúde que lutaram por décadas para que a saúde se transformasse em direito de cidadania e dever do estado. O SUS, em verdade, não é único, nem igualitário, nem democrático e com incoerências e desigualdades que representam desafios a serem resolvidos em sua construção e desenvolvimento. Esses fatores exercem efeito devastador sobre profissões que cuidam diretamente do descaso ao cidadão brasileiro, o que é aplicado a todos os profissionais da saúde. As profissões que são predominantemente exercidas por mulheres têm acrescido ao desgaste profissional a dupla jornada de trabalho e a pouca valorização do trabalho feminino na sua família; e as mulheres médicas ainda sofrem preconceitos, obstáculos familiares e sociais para o seu exercício profissional.

O risco da transmissão da síndrome de imunodeficiência adquirida, nos Estados Unidos da América, foi mais comum, em ordem decrescente, em: enfermeiros, técnicos de laboratório e médicos não cirurgiões^{1-9,12-20}.

Vulnerabilidade do profissional de saúde do hospital das clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais nos anos de 2010 a 2014

Foram analisados dados disponibilizados pelo Departamento de Atenção à Saúde do Trabalhador (DAST) referentes às condições que favoreceram o adoecimento dos servidores do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG) no quinquênio compreendido entre 2010 e 2014, por meio dos registros de afastamentos por motivo de saúde e dados de acidentes de trabalho notificados.

Foram analisados dados de assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem e terapeutas ocupacionais, totalizando 10 categorias profissionais. Observou-se que, nesses cinco anos analisados, em média, 66,5% dos profissionais de saúde do HC/UFMG tiveram algum afastamento por motivo de saúde, incluindo afastamentos devidos a algum problema clínico ou psiquiátrico e de durações variadas. Apesar do alto percentual de servidores afastados em cada ano, a subnotificação dos dados ainda é realidade em serviço hospitalar onde, por motivos diversos, muitas vezes o servidor recorre a folgas ou trocas de plantão sem comunicar oficialmente sobre o seu adoecimento (Tabela 1).

Tabela 1: Número total de servidores ativos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais afastados do serviço por motivo de adoecimento no período entre 2010 e 2014

Ano	Servidores ativos do HC/UFMG				Servidores afastados (%)
	Valor Absoluto		Motivo do Afastamento (Número Absoluto e %)		
	Total	Afastados	Psiquiátrico	Clínico	
2010	1208	790	95 (12%)	695 (88%)	65,30%
2011	1193	807	106 (13,1%)	701 (86,9%)	67,60%
2012	1243	794	93 (11,7%)	701 (88,3%)	63,80%
2013	1223	847	108 (12,7%)	739 (87,3%)	69,20%
2014	1216	813	111 (13,7%)	702 (86,3%)	66,80%

Fonte: Departamento de Atenção a Saúde do Trabalhador (DAST) da Universidade Federal de Minas Gerais.

Os afastamentos por motivo clínico corresponderam a 87% do total de absenteísmos nos cinco anos analisados, sendo o motivo psiquiátrico responsável por 13%, em média, dos adoecimentos, com destaque para as doenças osteomusculares entre os motivos de adoecimento clínico (Tabela 2).

Tabela 2: O número total de afastamentos em relação às diversas categorias profissionais ativas anotadas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais no período entre 2010 e 2014

Profissional	Número (absoluto/%) Total de Afastamentos (ano)					
	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Assistente Social	11/1,4%	12/1,5%	16/2%	13/1,5%	6/0,7%	58/1,4%
Enfermeiro	83/10,5%	95/11,8%	90/11,3%	103/12,2%	98/12%	469/11,5%
Farmacêutico	20/2,5%	19/2,3%	18/2,2%	19/2,2%	17/2%	73/1,8%
Fisioterapeuta	9/1,1%	13/1,6%	17/2,1%	15/1,7%	14/1,7%	68/1,7%
Fonoaudiólogo	1/0,1%	1/0,1%	2/0,2%	0/0%	3/0,3%	6/0,14%
Médico	55/7%	57/7%	74/9,3%	68/8%	77/9,4%	331/8,1%
Nutricionista	7/0,8%	9/1,1%	9/1,1%	8/1%	9/1,1%	42/1,0%
Psicólogo	4/0,5%	1/0,1%	7/0,8%	12/1,4%	9/1,1%	33/0,8%
T/A Enfermagem	595/75,3%	597/74%	552/69,5%	603/71,1%	574/70,6%	2921/72,1%
TO	5/0,6%	3/0,3%	6/0,7%	6/0,7%	6/0,7%	26/0,6%
Total	790/100%	807/100%	794/100%	847/100%	813/100%	4051/100%

T/A: técnico/auxiliar; TO: terapeuta ocupacional

O número total de afastamentos, no período de cinco anos, foi em ordem decrescente de frequência relacionado aos técnicos e auxiliares de enfermagem (2.921/72,1%), seguidos pelos enfermeiros (469/11,5%) e médicos (331/8,1%), correspondendo a 91,7% do total.

A análise do afastamento do trabalho entre os servidores ativos dessas três categorias

profissionais que mais quiseram esse benefício, nos últimos cinco anos, revela:

a) técnicos e auxiliares de enfermagem, com 72% do total de afastamentos, representaram, respectivamente, em 2010, 2011, 2012, 2013, 2014; o afastamento de 80,6%, 82,4%, 73,9%, 81,1% e 77,7% da força de trabalho em sua própria categoria;

b) enfermeiros, com 11,5% do total de afastamentos, representaram, respectivamente, em 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 62%, 72,5%, 64,7%, 76,2% e 73,6% da força de trabalho em sua própria categoria;

c) médicos: com 8,1% do total de afastamentos, representaram, respectivamente, 23,3%, 24,1%, 30%, 27,6% e 31,5% da força de trabalho em sua própria categoria (Tabela 3).

Tabela 3: A análise do afastamento do trabalho entre os servidores ativos das categorias profissionais que mais quiseram esse benefício, nos últimos cinco anos, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais no período entre 2010 e 2014

Ano	Técnico/Auxiliar de Enfermagem			Enfermeiro			Médico		
	Total	Afastamento		Total	Afastamento		Total	Afastamento	
		Nº Absoluto	%		Nº Absoluto	%		Nº Absoluto	%
2010	738	595	80,6	134	83	62	236	55	23,3
2011	724	597	82,4	131	95	72,5	236	57	24,1
2012	746	552	73,9	139	90	64,7	246	74	30
2013	743	603	81,1	135	103	76,2	246	68	27,6
2014	738	574	77,7	133	98	73,6	245	77	31,5

Fonte: Departamento de Atenção a Saúde do Trabalhador (DAST) da Universidade Federal de Minas Gerais.

Tabela 4: Análise do número de dias e duração dos afastamentos do trabalho entre os servidores ativos das categorias profissionais, nos últimos cinco anos, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais no período entre 2010 e 2014.

Ano	Total de Afastamentos						Média Dias/Ano
	Causa Psiquiátrica		Causa Clínica		Total		
	Absoluto/%	Dias no Ano/%	Absoluto/%	Dias no Ano/%	No Ano	Dias no Ano	
2010	95/12	4160/21	695/88	15684/79	790	19844	25,1
2011	106/13,1	4822/20,6	701/86,9	18529/79,4	807	23351	28,9
2012	93/11,7	3697/19,2	701/88,3	15630/80,8	794	19327	24,3
2013	108/12,7	3284/17,5	739/87,3	15562/82,5	847	18846	22,2
2014	111/13,7	4934/27,3	702/86,3	13157/72,7	813	18091	22,2

A análise dos dias e duração dos afastamentos dos profissionais de saúde lotados no HC/UFMG (Tabela 4) revela que as licenças por adoecimento clínico, apesar de corresponderem a quase 90% do número total de afastamentos em todos os anos, foram responsáveis por cerca de 80% dos dias de afastamento. E as licenças por adoecimento psíquico, apesar de corresponderem a pouco mais de 10% dos afastamentos anuais, foram respon-

sáveis por cerca de 20% dos dias de trabalho perdidos, atingindo quase 30% dos dias de afastamento em 2014. Isso realça a influência do adoecimento mental, com licenças mais prolongadas em relação aos afastamentos por doenças clínicas. Na duração média dos afastamentos (número total de dias de afastamento no ano/número total de afastamentos), observa-se que o adoecimento dos profissionais de saúde gerou licenças prolongadas, de 24 dias por ano, em média, o que significa que a cada ano um mês é consumido pela ausência do trabalhador em seu posto de trabalho em decorrência de alguma doença.

Esses dados são altamente relevantes e exigem a reflexão sobre como o trabalho, que representa a sustentação do indivíduo e sua família, a idealização da missão de cada pessoa, sua participação social e, especialmente na área da saúde, que cuida e acolhe o próximo, retorna com o adoecimento do seu trabalhador de forma constante e significativa. É possível conviver com essas questões sem serem avaliadas e enfrentadas em sua origem e convenientemente prevenidas?

Aspectos relacionados à vulnerabilidade do profissional de saúde em cada categoria profissional

Assistentes sociais

Os assistentes sociais convivem continuamente com questões que envolvem a marginalidade e transgressão sociais, associadas à ausência no SUS e privado de estrutura que acolha pacientes em várias situações de riscos e vulnerabilidades individuais e sociais. Inclui a desorganização do Estado para o atendimento de pacientes com limitações socioeconômicas, insuficiência familiar, no limite da vida, sob cuidados paliativos, com dificuldades de cognição ou doença mental e que perderam a autonomia e não conseguem viver sozinhos, com crianças e adolescentes sem família e sem encontrar alternativas dignas para todos.

Seu envolvimento emocional é intenso e por vezes não resolutivo, o que obriga os assistentes sociais a conviver com ineficiência institucional, que é introspectada, e gera sentimentos de incapacidade, depressão, angústia e vazio existencial. A maioria nessa profissão é exercida por mulheres, o que adiciona as questões próprias de jornada dupla de trabalho, o cuidado da própria família, os salários depreciados e a dificuldade de sobrevivência pessoal. Esse conjunto de fatores possui elevado poder de promover adoecimento psicossocial deletério e que pode impedir a perspectiva de vida de bem-estar¹².

Agentes comunitários de saúde

Os agentes comunitários de saúde (ACS) apresentam importante vulnerabilidade ao sofrimento, determinada, especialmente, pela tensão entre o seu ideário profissional e a real prática de sua missão e que inclui as limitações do modelo assistencial determinado pelo Programa de Saúde da Família (PSF) na Atenção Básica à Saúde (ABS)^{1,2,13,29,35,36,40,41}.

O trabalho na ABS no Brasil baseia-se, predominantemente, em modelo relacionado à doença e à intervenção médica individual. A equipe básica do PSF é constituída por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis ACS e, dependendo do município e sob regime referencial, com profissionais de saúde bucal, mental e de reabilitação. O PSF propõe a assistência integral, com ações preventivas, de

promoção da saúde e curativas. É a busca da qualidade de vida e da cidadania em cada etapa do processo de sua atenção, com visão interdisciplinar, e de seu trabalho baseia-se na supervisão contínua do ACS pelo enfermeiro. O PSF enfatiza a universalização e descentralização de suas ações, com a participação da comunidade; a substituição do modelo de atenção primária centrado na relação médico-paciente e no atendimento individual; a integralidade e hierarquização da atenção à saúde, com referência e contrarreferência interdisciplinar e multidisciplinar; a territorialização na atenção a todas as pessoas; e a ação de equipe multiprofissional^{36,38,39}.

Os cidadãos buscam, inicialmente, diante de sua necessidade, o ACS para informação, reclamação ou solução de um problema de saúde e dele esperam a resposta em relação às cobranças e exigências, nem sempre obtida de forma simples. Espera-se que o trabalho do ACS seja bem-aceito pela comunidade e consiga ultrapassar preconceitos e sigilo, com ética, comunicação fácil e capacidade de se integrar à equipe interdisciplinar para a obtenção da vigilância à saúde, de forma organizada e planejada. Sua função inclui a identificação e observação contínuas dos problemas que afetam a saúde de cada pessoa e da população em geral, em sua região de trabalho, inclusive por intermédio da visita domiciliar; com a supervisão individual, coletiva e contínua de grupos especiais de vulnerabilidade, para entender a sua necessidade, implícita ou não, e ajudar a superar essas dificuldades em busca de condições adequadas de saúde; além de esclarecer sobre educação para a saúde; envolvendo em todas as suas ações a participação do indivíduo e sua comunidade e de toda a equipe de saúde, desde a identificação dos problemas até propostas para sua resolução e o controle adequado dos fatores que desencadeiam a morbimortalidade reconhecida.

É necessário, em sua função, o desenvolvimento das ações básicas, como incentivo ao aleitamento materno, acolhida precoce das gestantes ao pré-natal, prevenção das doenças prevalentes, busca ativa de portadores de doenças crônico-degenerativas sem acompanhamento de seu estado de saúde, identificação precoce de doenças de notificação compulsória, além do desenvolvimento do conceito de participação popular como corresponsável nas ações e controle da qualidade da assistência à saúde. Espera-se que o ACS em sua missão seja capaz de realizar: observação, identificação, difusão de conhecimentos, integração, incorporação de valores, juízo profissional, iniciativa e produtividade. Esses objetivos nem sempre são obtidos, o que faz o ACS buscar esforços para se superar e se mostrar capaz, para a sua equipe e a comunidade, de que é útil na missão do PSF. Esse processo resulta em apreensão e sofrimento para o ACS, com riscos de depressão, angústia, frustração e desamparo^{32,40,41}.

O modelo de supervisão do ACS, sob responsabilidade do enfermeiro, foi se adaptando às condições precárias de sua implementação e condução, sendo hoje fundamental que supere o desafio de obter capacitação, educação continuada e resolução das suas demandas psicoafetivas. O cumprimento da excepcional missão do ACS requer o comprometimento de políticas públicas com os pressupostos constitucionais do SUS, a começar pelo seu financiamento adequado; valorização e o respeito pelo trabalho de todos os membros do PSF; e a participação multi e interdisciplinar na ABS dentro do limite de atuação de cada profissional de saúde.

A sociedade brasileira permanece sob condições precárias de educação baseada na domesticação, sem a perspectiva de libertação; atrelada à dependência colonialista e com economia dependente das potências industriais, mantida pelos produtos gerados pela agricultura e criação de gado e aves; submetida ao mercado sob pouca influência dos seus

interesses; com corrupção em todos os seus níveis de organização; com políticas públicas imediatistas e sem projeção para o desenvolvimento sustentável e sem comprometimento com a preservação da natureza; com as relações sociais valorizadas constituídas na ganância, rápida obtenção de patrimônio, estética e juventude. Esses fatores geram isolacionismo, tensão, violência, uso de drogas lícitas e ilícitas, tráfico de influências de toda natureza, desagregação social, guerra civil velada. É nesse contexto que se situa o trabalho do ACS.

O trabalho do ACS apresenta-se, portanto, com características que determinam riscos:

a) Biológicos: representados pelo uso de material perfurocortante e contato com fluidos corpóreos;

b) físicos e organizacionais: dependentes de várias circunstâncias que ultrapassam a sua capacidade de controle, como: vinculação direta e diária com cada pessoa e a população, o que pode gerar conflitos devidos à imposição de normas e regras para a proteção da saúde individual e coletiva, sem a natural discussão de sua utilidade e limites; questões administrativas devidas ao distanciamento entre o projeto do PSF e seus objetivos originais; o modelo de supervisão do seu trabalho relacionado ao enfermeiro; as relações intraequipes e interdisciplinares inadequadas, que podem desgastar o trabalho;

c) emocionais: devidos ao desgaste emocional, violência e irresolutividade do trabalho. A vulnerabilidade à violência na UBS depende do processo de trabalho, da necessidade de saúde das pessoas e da comunidade, da exposição à agressão e ao agressor, da gestão em saúde; das condições sociais, econômicas e culturais da realidade em que o trabalho está inserido. A vulnerabilidade relaciona-se à probabilidade de atuação do ACS criar e desencadear conflitos baseados, especialmente, na incoerência e no confronto com a realidade, isto é, se autodelega defensor da comunidade que assiste, com a tomada de decisões que podem ser desafiadoras para as pessoas e a comunidade. A carga psíquica envolvida no trabalho do ACS, portanto, decorre da dificuldade em:

i) atingir os pressupostos do PSF, em sua totalidade, e quanto à responsabilidade que possui em sua área de atuação, o que provoca, em geral, sentimento de culpa, de isolamento e tomada de decisões sem apoio de sistema de referência e contrarreferência;

ii) relacionar-se adequadamente, de forma interdisciplinar e multiprofissional, à equipe do PSF;

iii) responder, sem dificuldades, aos questionamentos da comunidade em que atua e em estabelecer as reais necessidades de cada pessoa;

iv) entender o seu papel no PSF, que se constitui na porta de entrada para o SUS^{1,7,34,37,39}.

Enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem

A enfermagem é profissão com muita responsabilidade, devido à sua natural atuação caracterizada pelo cuidar do ser humano doente e que apresenta, usualmente, instabilidade orgânica e mental, sofrimento e agonia, no limite da sua existência. Suas tarefas incluem o trabalho assistencial, de ensino e pesquisa; administrativo geral, em relação ao gerenciamento de serviço, assistência, ambiente, maquinários e equipamentos; planejamento das ações do cuidado de enfermagem; e de recursos humanos (gerenciamento de funcionários); condições que interferem decisivamente na sua qualidade de vida, por exigir contínuo esforço físico e mental; além de equilíbrio, juízo, retidão de conduta, equilíbrio

emocional e conflitos diretos em sua equipe de trabalho. Essas responsabilidades exigem conhecimento científico para a prática, atenção, destreza, raciocínio rápido para planejamento e tomada de decisões, equilíbrio emocional e exigência de doação pessoal ao paciente mesmo diante de situações pessoais críticas, sem receber condições favoráveis, incluindo salariais e de regime de trabalho, para o desenvolvimento de suas atividades^{38,42,43}.

A equipe de enfermagem torna-se vulnerável em função de ser o maior grupo individual da saúde prestador de assistência ininterrupta, por executar cerca de 60% das ações de saúde, realizar o maior volume de cuidado direto por intermédio de contato físico com o doente e executar rotineiramente procedimentos invasivos, principalmente administração de medicação injetável. Os acidentes de trabalho ocorrem devido ao uso inadequado ou resistência ao uso de equipamentos de proteção individual (EPI), mas, especialmente, em decorrência de sobrecarga de trabalho, autoconfiança, autodescuido, falta de capacitação e insuficiência de medidas de prevenção e reduzido número de caixas coletoras para material perfurocortante.

A vulnerabilidade da equipe de enfermagem decorre também da organização do trabalho, dos conflitos e ambiguidades nos papéis da equipe que gerencia, da falta de participação da equipe nas decisões administrativas superiores; de longas jornadas de trabalho, do rodízio de horários (perda de contato familiar e social), da sobrecarga de trabalho; do número insuficiente de pessoal e de recursos materiais; da mudança constante das regras do trabalho e excesso de burocracia; de conflitos com a equipe médica e da falta de reconhecimento profissional; da alta competitividade, dos baixos salários, da pressão por mais produtividade, da falta de confiança e companheirismo. Alguns fatores físicos podem ser realçados, como os que decorrem de trabalho em que existem riscos relacionados aos produtos químicos (para a limpeza hospitalar, medicamentos, produtos para limpeza de equipamentos, antiblásticos), biológicos (bactérias, fungos, vírus, resistência microbiana), físicos (ruídos, radiações, radiosótopos), mecânicos (transporte e/ou movimentação de pacientes; acondicionamento e preparo de materiais), psicossociais (pacientes agitados, descontrolados, agressivos, com contaminação pelo contato ou pela via aérea). Na UBS, os riscos e vulnerabilidades relacionam-se à deficiência de recursos para o trabalho, à violência física e ao desgaste emocional. No contexto hospitalar, destacam-se os acidentes com material biológico relacionados ao seu uso inadequado e não adesão às medidas de proteção, a sobrecarga de trabalho e a autoconfiança de que é capaz de fazer todas as tarefas⁴³⁻⁴⁶.

O trabalho do enfermeiro suscita, em relação aos pacientes, sentimentos intensos e contraditórios, como: piedade, compaixão e amor, culpa e ansiedade e ódio e ressentimento. E podem ter, em relação e às instituições onde trabalham, angústia e dúvidas sobre seus objetivos. O paciente e seus familiares podem também expressar em relação ao enfermeiro: apreço, gratidão, afeição, respeito, solidariedade e preocupação; e ao hospital, a crença de que funciona bem. O paciente relata, usualmente, dependência, má-vontade em relação à disciplina imposta pelo tratamento e rotina hospitalares e inveja o enfermeiro pela sua saúde e competência, sendo exigentes, possessivos e ciumentos.

Os baixos salários obrigam o enfermeiro a ter mais de um emprego, o que multiplica sua sobrecarga de trabalho, seu esforço físico e mental; a simultaneidade de múltiplas funções, o tempo exíguo para o planejamento de suas ações; as condições inadequadas do ambiente de trabalho (iluminação, temperatura, ruído), de maquinário e equipamentos. Esses problemas promovem: insatisfação, improdutividade, absenteísmo e abandono da sua tarefa, acidentes, doenças ocupacionais, sentimento de fracasso e exaustão, alto grau

de tensão, angústia e ansiedade, mudanças de emprego. Observa-se que até cerca de 50% dos enfermeiros de hospital-escola apresentam distúrbios psicoemocionais, com repercussões sobre a qualidade do serviço prestado, a sua rotina de trabalho e a sua vida pessoal e social⁴⁶⁻⁵².

É preciso reconhecer esses problemas para repensar as práticas de forma crítica e transformadora, para a busca de mudanças políticas, culturais, cognitivas e tecnológicas, capazes de influenciar as mudanças que proporcionem melhores condições de trabalho e de vida⁵⁰⁻⁵².

Médico

As qualidades do médico dependem de sua formação moral e ética e do equilíbrio emocional que desenvolve em sua experiência de vida. É demonstrável pelo interesse real e que expressa pelo paciente. Depende do conhecimento da natureza humana, da equanimidade de que trata as questões em que participa, sem preconceitos nem interesse pessoal (conflito de interesse), do entendimento e envolvimento com as lutas justas e necessárias para solução dos complexos problemas individuais e sociais, que marginalizam e subjagam o ser humano. Torna-se mais exigente a tarefa médica quando se sabe que toda pessoa, quando sente a perda da saúde delega, como em pacto, ao seu médico a luta em defesa de sua vida, com todas as suas forças. Os riscos representados pelos médicos refletem a luta histórica profissional em vencer as doenças e a morte dos pacientes^{7,32,33,37,53-56}.

No Brasil, são mais de 200.000 médicos, sendo que em torno de 65% vivem nas regiões metropolitanas das grandes capitais (vocação urbana); 50% têm parentes médicos, o que revela estreita relação entre escolha matrimonial e profissões da saúde (linhagem médica e afinidade profissional); 75% são adultos jovens (têm menos de 45 anos de idade); apresentam aumento rápido do contingente feminino (32,8%), revelando sua feminização; remuneração assalariada e diminuição da sua atividade liberal e da sua autonomia profissional (50% possuem três a quatro atividades; 50% são plantonistas; 80% dos que trabalham em consultório particular possuem convênio); com formação baseada em 71% na residência médica; sendo 57,6% especialistas, especialmente 14% em Pediatria, 12% em Ginecologia-Obstetrícia, 8% em Clínica Médica, 6% em Cirurgia Geral, 4% em Cardiologia; 80% consideram sua atividade desgastante; e suas perspectivas de incerteza e pessimismo.

O exercício profissional está sob intensa influência de novos recursos diagnósticos e terapêuticos, da indústria farmacêutica e de equipamentos e da presença das empresas compradoras de serviços médicos, o que tem repercutido com perda da autonomia e da remuneração profissional, comprometimento do estilo de vida médico tradicional, grande influência no estado de saúde do médico e comportamento ético nas relações médico-pacientes e seus familiares. O tratamento jornalístico insistente e sensacionalista das agruras relacionadas à obtenção de assistência médica pela população brasileira, com pouca reflexão sobre as suas reais causas, incita a impressão negativa da atuação médica. A divulgação de informações sobre os avanços tecnológicos em Medicina também ajuda a produzir intensa influência emocional, sendo considerado, em geral, que os novos recursos tecnológicos resolvem todos os problemas, o que os torna desejados e buscados pelos pacientes e familiares, muitas vezes baseado em perspectivas irrealistas ou tendenciosas.

As leis (código de defesa do consumidor), normas e regulamentações que acompanham o desenvolvimento da bioética e o exercício da cidadania têm levado, muitas vezes, pa-

cientes e seus familiares a processarem juridicamente, e de forma indevida, médicos e hospitais por imperícia, imprudência e negligência. Todos esses fenômenos tornaram o relacionamento médico-paciente, médico-médico, médico-organizações públicas ou privadas permeado de desconfiança e tornando a Medicina atividade desgastante, defensiva, não espontânea e com elevado risco de não ter vínculo. Os principais fatores de desgaste são:

- excesso de trabalho;
- baixa remuneração;
- más-condições de trabalho;
- responsabilidade profissional;
- relação médico-paciente-família;
- conflito-cobrança da população e perda da autonomia.

O grau de idealização da profissão pode gerar elevadas expectativas que, se não correspondidas, tendem a produzir decepções e frustrações, com repercussões na saúde dos estudante, dos residentes e dos médicos^{32,33,60,61}.

O caráter altamente ansiogênico da profissão associa-se ao contato contínuo com: dor, sofrimento, intimidade corporal e emocional; cuidado de pacientes terminais, de difícil relacionamento, rebeldes, não aderentes ao tratamento, hostis, reivindicadores, autodestrutivos e cronicamente deprimidos, associado à incerteza e limitação do conhecimento médico e do sistema assistencial que se contrapõe às demandas e expectativas dos pacientes e familiares que desejam certeza e garantia de que se tornarão saudáveis. A síndrome do estresse profissional surge nesse âmbito e se caracteriza por: embotamento emocional, isolamento social, exaustão, fadiga, cefaleia, distúrbios gastrintestinais, dispnéia, humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo, desinteresse, realização de consultas rápidas e rótulo depreciativo a todos os pacientes, evitando os pacientes e, inclusive, o contato visual com eles. Na residência médica, o estresse atinge o seu máximo e decorre de responsabilidade profissional, isolamento social, fadiga, privação do sono, sobrecarga de trabalho, pavor de cometer erros, depressão, ideação suicida, consumo excessivo de álcool, adição às drogas lícitas ou ilícitas, raiva crônica, desenvolvimento de ceticismo amargo e humor irônico. O resultado é a alta prevalência de suicídio, depressão, uso de drogas, distúrbios conjugais, disfunções profissionais⁶²⁻⁶⁵.

Observam-se, em Minas Gerais, algumas características que prenunciam a vulnerabilidade médica e que incluem: quase a metade é jovem (48%), possui menos de 40 anos de idade; com formação pós-graduada (96,2%), baseada na residência médica (74%), mestrado (7,7%), doutorado (3,7%) e no exterior (10,8%); concentra-se nas regiões metropolitana de Belo Horizonte e na Zona da Mata; com mais de dois empregos; e melhor remuneração entre 41 e 60 anos de idade; e atividade realizada principalmente em consultório (84,4%), sendo 66,2% no setor privado e 58,7% no setor público. Os médicos com menos de 30, entre 30 até 40, mais de 40 até 60 e mais de 60 anos de idade possuem, em sua maioria, respectivamente: residência médica, trabalho em instituição pública, dois a três empregos, remuneração entre 20 e 40 salários mínimos; residência médica, trabalho em hospital privado, dois a três empregos remuneração entre 20 e 40 salários mínimos; residência médica, trabalho em consultório e em hospital privado, remuneração de mais de 40 salários mínimos; formação por outros meios que não a residência médica, trabalho em consultório e em hospital privado e remuneração de mais de 40 salários mínimos^{32,33,37,66}.

Registram-se, entre os estudantes de Medicina, riscos especiais, como: a prevalência de acidentes de 27,4%, sendo que 47,5% deles ocorrem ao cursarem o oitavo período, especialmente devido à perfuração de pele íntegra. Em 349 acidentes de trabalho acompanhados no início da década de 2010, foram verificados aumentos progressivos dos acidentes em sua prática, de 33,9 para 52,3% entre o quinto e o 11o períodos, sendo 63% deles determinados por agulhas ou objeto cortante, 18,3% afetando mucosas, 16,6% a pele e 17% pele e mucosa. Os principais contaminantes foram: sangue (88,3%) e secreção vaginal (1,7%). As regiões mais afetadas foram: mãos (67%), olhos (18,9%) e boca (1,7%). Os procedimentos no momento do acidente eram a realização de sutura (34,1%), administração de anestesia (16,6%), participação em cirurgia como observador (8,9%), punção de veia com agulha (8,6%) e observação de parto (6,3%). O setor de biossegurança foi procurado em 49% dos casos, o que representa como o acidente foi banalizado, pois de todos os estudantes, 29,2% não receberam assistência médica, 87% receberam antirretrovirais, 86% descontinuaram os antirretrovirais após determinação de que a sorologia do paciente-fonte era negativa para o vírus da imunodeficiência humana, 6,4% não conseguiram tomar a medicação e 16% completaram o tratamento^{30,32,33,39,67,68}.

Todos esses fatos revelam a vulnerabilidade da atividade médica, inclusive de alunos de Medicina, e como, mesmo se tratando de profissional de elevado nível intelectual e de sensibilidade e que se submetem à seleção árdua e formação intensa e demorada, estão expostos a sérios riscos em seu trabalho que podem resultar em várias consequências, inclusive graves e irreversíveis^{31,69,70}.

Dentistas e técnicos de laboratório odontológico

A prática odontológica associa-se, especialmente, aos riscos associados ao ruído excessivo determinado pelo uso de motores com altíssima frequência; às posturas incorretas e duradouras, em pé ou assentada, à rotação da coluna, aos movimentos dos membros superiores dos punhos e dedos das mãos; e à transmissão de doenças infecciosas pelo contato com saliva e sangue. O trabalho individualizado, usualmente presente entre os dentistas, propicia solidão e estresse em relação à incerteza do futuro, ao desgaste físico e à competitividade do mercado de trabalho.

Os acidentes de trabalho, por intermédio de material biológico, são mais frequentes entre profissionais de nível médio, mais frequentes com técnicos de laboratório^{7,34,71}.

A síndrome do túnel carpal (STC) tem incidência maior em dentistas, principalmente periodontistas, endodontistas, exodontistas e em higienistas dentais. As mulheres são mais suscetíveis, em proporção variável de 3:1 a 10:1 em relação aos homens. A STC é a principal responsável pela perda de horas de serviço de trabalhadores que desenvolvem movimentos repetitivos ou que submetem as mãos à vibração contínua, sendo mais incidente na faixa etária entre 39 e 40 anos. O desconforto musculoesquelético é notado em até 81% dos dentistas, com mais intensidade nas regiões da coluna cervical, ombro, pescoço, mão (dedos polegar, indicador médio e anular em ordem decrescente) e punho. Decorre da compressão do nervo mediano, no nível do canal do carpo, formado por rígidas e estreitas estruturas por onde passa o nervo mediano, na altura do punho. O nervo mediano é, nessa região, vulnerável à compressão e lesão. Manifesta-se, em geral, depois de trabalho intenso e repetitivo, com queixas desde vagas até associadas a dor difusa, adormecimento e fadiga muscular; e evolução para alterações sensitivas, motoras ou tróficas limitadas ao

território do nervo mediano.

O adormecimento e a parestesia geralmente localizam-se na porção distal do braço ou punho, com irradiação para os dedos médios (indicador, médio e metade radial anular) e polegar, mais frequentemente o indicador. É comum determinar, à noite, hipoprestesia nas mãos. A dor ou desconforto pode se irradiar até o ombro e ser contínua, intermitente ou paroxística e exacerbada pelo movimento, força ou uso excessivo da mão. É comum ocorrer transtornos do tato superficial ou discriminação tátil defeituosa, entretanto, raramente, provoca transtornos tróficos. Em casos mais graves pode haver hipotrofia ou atrofia tenar. O primeiro sinal de alteração motora é a lentidão de movimentos tenares pela manhã, que pouco a pouco melhoram durante o dia. À medida que evoluem a hipotrofia e a parestesia, os movimentos de coordenação do polegar e do indicador tornam-se débeis, rígidos e entorpecidos; e a força de preensão fica cada vez menor^{7,34,71-78}.

Fisioterapeutas

Os distúrbios musculoesqueléticos (distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho ou lesões por esforço repetitivo) podem ocorrer em todos os profissionais de saúde, durante a sua prática laboral. Os fisioterapeutas constituem profissão, especialmente exposta aos riscos de distúrbios musculoesqueléticos ocupacionais, havendo necessidade de conscientização sobre a utilização adequada do próprio corpo, dos riscos da profissão com objetivo de prevenir futuras limitações físicas^{73,79,80}.

A sobrecarga do sistema musculoesquelético associa-se a: condições ergonômicas, muitas vezes precárias no local de trabalho; movimentos repetitivos de suas atividades; esforço em realizar a transferência de pacientes; postura estática e os movimentos repetitivos das mãos durante as práticas fisioterapêuticas; e frequente exposição à sobrecarga mental⁸¹⁻⁸³.

Os distúrbios musculoesqueléticos são relatados por 85,4% dos fisioterapeutas, especialmente por: 80,5% das mulheres, 41,4% daqueles com 24-30 anos de idade; com cinco ou menos anos de profissão; 70,7% e 63,4% dos que trabalham em hospitais e em clínicas, respectivamente. A ocorrência desses distúrbios parece relacionada à carga de trabalho e ao número de atendimentos diários. As lesões localizam-se predominantemente na coluna cervical e lombar e membros superiores (punhos, mãos e dedos)⁸³⁻⁸⁷.

Em 65,7% dos fisioterapeutas acometidos pelos distúrbios musculoesqueléticos observa-se modificação da sua prática, desde a adoção de preocupação com a biomecânica corporal até o abandono da profissão. Entretanto, ressalta-se, em alguns, a falta de autocuidado e prevenção. É importante o conhecimento das possíveis repercussões da prática profissional sobre a qualidade de vida, de forma a permitir ações de prevenção, o que inclui medidas ergonômicas e de valorização profissional^{79,81,82,86,87}.

Fonoaudiólogos

Os principais fatores de desgaste são: excesso de trabalho, baixa remuneração, más condições de trabalho, responsabilidade profissional, relação conflituosa com o paciente e sua família. O grau de idealização profissional pode gerar elevadas expectativas e, caso não sejam correspondidas, tendem a produzir decepções e frustrações com repercussões em sua saúde e dificuldades de relacionamento multiprofissional^{7,88}.

O caráter ansiogênico profissional associa-se à convivência que desenvolve ao lidar com a dor, sofrimento, intimidade corporal e emocional; cuidado de pacientes terminais, de difícil relacionamento, rebeldes, não aderentes ao tratamento, hostis, reivindicadores, autodestrutivos, cronicamente deprimidos, em uso de sondas nasogástricas, nasoentéricas ou ostomias. São aspectos que impedem a vida de relacionamento dos pacientes e o prazer do sabor dos alimentos associado à dificuldade de resposta de seus pacientes às manobras usadas para lhes dar alívio, que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes e familiares que desejam certeza e garantia de que se tornarão saudáveis⁸⁸.

Os seus riscos são semelhantes, potencialmente, aos de médicos com embotamento emocional, isolamento social, exaustão e fadiga.

Farmacêuticos

Os farmacêuticos que trabalham em ambiente de laboratório convivem com os riscos, que podem ser físicos e químicos, variados, que refletem a contaminação bioquímica, radioisotópica e radiológica. E os que trabalham na prática clínica, seja ambulatorial ou hospitalar, sofrem toda a agonia de receberem os reflexos da dificuldade social de seus pacientes como da dificuldade das instituições em oferecerem condições adequadas de trabalho. Sofrem ainda a pressão representada pela influência do poderoso sistema econômico-financeiro representado pelas indústrias químico-farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares para que seus produtos sejam mercadologicamente viáveis e recomensem seus investimentos.

Todos esses fatos podem repercutir de forma deletéria sobre o relacionamento individual e social que precisa enfrentar em sua atividade e a conduta ética e solidária, isenta e digna com seu paciente⁷.

Assim como ocorre com os médicos, sofrem potencialmente o desgaste de excesso e más-condições de trabalho, baixa remuneração, responsabilidade profissional, conflito-cobrança da população, perda da autonomia. O grau de idealização da profissão pode gerar expectativas não correspondidas que podem produzir decepções e frustrações com repercussões na sua saúde^{7,89}.

Psicólogos

O grau de idealização da profissão pode gerar elevadas expectativas que devem ser avaliadas em sua realidade ao tratar da complexidade profissional que remete ao comportamento humano.

A profissão pode assumir caráter altamente ansiogênico, como ocorre com os médicos, e decorre do contato contínuo com: dor, sofrimento, intimidade emocional; cuidado de pacientes de difícil relacionamento, rebeldes, não aderentes ao tratamento, hostis, reivindicadores, autodestrutivos, cronicamente deprimidos, associado à incerteza e limitação do conhecimento e do sistema assistencial, que se contrapõem às demandas e expectativas dos pacientes e familiares que desejam garantia de que se tornarão saudáveis⁷.

A síndrome do estresse profissional pode assumir proporções de adoecimento intenso, em que prevalece: embotamento emocional, isolamento social, exaustão, fadiga, distúrbios psicofuncionais, irritabilidade, ansiedade, ceticismo, desinteresse.

Estratégias para adoção de práticas seguras no trabalho em saúde

A compreensão dos riscos e da vulnerabilidade profissional começa com a educação formal, desde o ensino fundamental, pelo conhecimento sobre as profissões, e seu aprofundamento no ensino médio, para que a opção profissional seja feita não só pela vocação e talento, mas também pelo entendimento de seu limite pessoal no seu enfrentamento e pela forma mais adequada de exercê-la no futuro, com a real compreensão de seus deveres e dificuldades^{7,14,90,91}.

É preciso também que as representações sociais dos profissionais da área da saúde, como sindicatos, associações e conselhos, exerçam seu papel de forma a que as leis de exercício profissional atuem em seu propósito de ordenar de forma ética o trabalho e defendam a profissão e seus profissionais quanto ao bem social que exercem de forma digna, com condições de organização e estrutura que permitam o acolhimento e a consideração, de forma respeitosa, das pessoas que buscam seus serviços^{45,57,92,93}.

É fundamental que os profissionais da área da saúde tenham a possibilidade de discussão de sua condição de trabalho desde a graduação e possam se manter atualizados por intermédio de reciclagem instrucional e reflexiva sobre seu propósito de trabalho em toda a sua vida profissional, de forma institucionalizada, em instituições públicas ou privadas e com participação de seus órgãos representativos. As ações de educação permanente ou de capacitação são essenciais como estratégia para a adoção de boas práticas em seu trabalho. Essas atividades contribuem para que os trabalhadores tenham consciência das consequências de suas práticas para a saúde e da importância das precauções e medidas de biossegurança no exercício profissional, entre as quais se incluem a prevenção de acidentes com material perfurocortante, a prevenção de doenças infecciosas, o entendimento das dificuldades de seus pacientes e de sua família e como lidar com a frustração e o limite da ciência. A educação continuada (treinamentos, seminários temáticos, reuniões clínicas) deve ocorrer regularmente, no próprio horário de trabalho, com a participação de toda a população e de todos os profissionais na definição dos temas a serem discutidos, assim como nas campanhas para o autocuidado, com importância especial para a higienização das mãos e adoção e uso de equipamento de proteção individual^{22,25,66}.

As instituições de saúde precisam mostrar para toda a sociedade os riscos de seus profissionais, para que sejam valorizados em seu comprometimento com o serviço que prestam.

É um desafio para todos os profissionais de saúde a adoção de medidas que visam a mudanças de comportamento e à ampliação de estratégias para a prática segura de trabalho. Essa mudança não é tarefa fácil e requer esforços conjuntos dos serviços de saúde e dos próprios trabalhadores na promoção da saúde e prevenção de seus agravos.

Na busca pela adoção de mudanças para evitar exposições ocupacionais, o enfermeiro, elo da equipe e formador de opinião, pode desempenhar importante papel, pois suas ações são referenciadas em toda a sua equipe^{14,90,91}.

A prevenção da saúde precisa ainda ser considerada de responsabilidade não só do Estado e do setor privado, mas de toda a sociedade, para que as mudanças necessárias sejam obtidas diante da realidade sanitária do Brasil. Torna-se relevante o fortalecimento de ações interdisciplinares e intersetoriais em relação ao planejamento e às ações, em respeito aos direitos humanos, individuais e sociais, para que sejam obtidas mudanças de valor nas práticas de cuidado à saúde. A implementação de medidas de prevenção de acidentes

de trabalho e promoção à saúde do trabalhador deve ser institucionalizada e trabalhada em conjunto com o serviço de Engenharia, Medicina e Segurança do Trabalhador, das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes, assim como de todas as demais estruturas organizacionais que se encarregam de educação e vigilância em saúde.

Algumas medidas que podem tornar as condições de trabalho mais seguras são: estabelecimento de plano de gerenciamento de resíduos com critérios bem-definidos, de forma a contemplar todos os requisitos das legislações vigentes; imunização adequada dos trabalhadores; estabelecimento de protocolos de uso de EPI; planejamento de estruturas físicas que favoreçam a adoção de práticas corretas, como, por exemplo, lavatórios com recursos necessários para higienização das mãos e com acionamento de pedal, caixas de descarte de agulhas em locais de fácil acesso e não somente nos postos de enfermagem; utilização de dispositivos e agulhas com mecanismos de segurança. É importante estabelecer o fluxograma para atendimento do trabalhador vítima de acidentes de trabalho e que permita conhecer as suas características epidemiológicas.

A avaliação da maneira como o trabalho é dividido e organizado também é fundamental para a adoção de práticas seguras, especialmente para os acidentes de trabalho típicos envolvendo trabalhadores que desempenham funções sujeitas aos altos riscos profissionais. É preciso conhecer a forma de inserção social do trabalhador e como os processos de trabalho provocam desgastes. A gama de variáveis que compõem o trabalho hospitalar exige a preservação e promoção da saúde daqueles que se dedicam a cuidar da saúde de outros, e por isso não pode perder a sua própria situação de higidez^{22,25,90,91}.

As estratégias para a adoção de práticas seguras relacionadas a riscos ocupacionais, acidentes de trabalho e vulnerabilidade vão além de medidas de segurança, de mudanças estruturais e organizacionais. Requer de todos a postura voltada para a complexidade do problema, de forma a conscientizar todos sobre a importância do seu autocuidado. A educação em saúde é a essência do problema, com posicionamentos interdisciplinares e intersetoriais, envolvendo gestores, profissionais, estudantes, sociedade, de forma a olhar para o autocuidado, cuidado do outro e do ambiente de trabalho^{22,25}. É preciso incluir a compreensão da dimensão psicológica na formação de todos os profissionais da saúde, o que inclui: a motivação para a profissão, a idealização do seu papel e de suas reações vivenciais durante a graduação, para a reflexão e trocas de experiências; a criação de serviços de orientação psicopedagógica para estudantes e de serviços de orientação psicológica e psiquiátrica.

Considerações finais

Os riscos e a vulnerabilidade presentes na prática dos profissionais de saúde são variáveis de acordo com a categoria profissional e a forma de sua atuação.

Os riscos ocupacionais associam-se, entre os médicos, à responsabilidade que têm para com seus pacientes em relação à vida e à morte, o que pode desencadear desajustes psicossociais; entre enfermeiros, em relação ao risco de contaminação biológica, além do contato contínuo com o sofrimento e agonia de seus pacientes; entre cirurgiões-dentistas, pelo risco de contaminação biológica e isolacionismo; entre todos os profissionais de saúde, pelos sentimentos de angústia, solidão e reflexão sobre sua capacidade de resolutividade e a recepção psíquica de toda a agonia de seus pacientes para a obtenção de higidez e para a compreensão da finitude da vida.

Acrescem aos fatores pessoais aqueles relacionados à estrutura organizacional do sistema de saúde, predominando na atenção ambulatorial aqueles relacionados, principalmente, à deficiência de recursos para realização do trabalho, à violência física e moral e ao desgaste emocional presente no contexto socioeconômico-cultural em que se insere. E no ambiente hospitalar destacam-se os acidentes de trabalho com material biológico. Acrescentam-se em todos os locais de trabalho o uso inadequado ou resistência de EPI, a sobrecarga de trabalho e a autoconfiança. Percebe-se baixa adesão às medidas de proteção à saúde, apesar do conhecimento, pelos trabalhadores, sobre a prevenção ao risco biológico^{37,91,92}.

A estratégia para o trabalho mais seguro requer educação permanente visando à capacitação e à conscientização para a boa prática profissional. E ressalta-se a necessidade de ampliar a discussão sobre os riscos ocupacionais, os acidentes de trabalho e a vulnerabilidade nas práticas profissionais, com o objetivo de elaborar políticas de saúde para o trabalhador que tornem adequadas as suas condições de trabalho e mais satisfação profissional.

É preciso, portanto, a promoção de avaliações seguras sobre os processos de trabalho e o conhecimento sobre a subjetividade do trabalhador para identificar resistências e possibilitar a adesão às medidas de autoproteção. O exercício da autonomia em forma de decisões ativas pode diminuir os riscos ao evidenciar a vulnerabilidade dos profissionais da área da saúde como ser humano, seja ela estrutural, individual ou social; e a necessidade de que respondam à transformação das práticas no sentido pessoal, mas também com a sua responsabilidade social.

Agradecimento: ao Departamento de Atenção a Saúde do Trabalhador (DAST) da Universidade Federal de Minas Gerais, que forneceu dados atuais sobre a saúde dos profissionais da área da saúde do Hospital das Clínicas e que enriqueceram a discussão aqui apresentada.

Referências

1. ADAY LA. Economic and non-economic barriers to the use of needed medical services. *Med. Care*, 13: 447, 1975;
2. AMESTOY SC, SCHVEITZER MC, MEIRELLES BHS, BACKES VMS, ERDMANN AL. Paralelo entre educação permanente em saúde e administração complexa. *Rev Gaucha Enferm*.2010;31(2): 383-87.
3. AYRES JRCM. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec; 2002.
4. BARROS IP, TIPPLE AFV, SOUZA ACS, PEREIRA MS. Resíduos biológicos nos Institutos de Medicina Legal de Goiás: implicações para os trabalhadores. *Rev Eletr Enferm* 2006; 8(3): 317-25.
5. CAIXETA RB, BARBOSA-BRANCO A. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(3):737-46.
6. CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 2ª ed. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 1978: 270 pág.
7. CIORLIA LAS, ZANETTA DMT. Hepatite C em profissionais da saúde: prevalência e associação com fatores de risco. *Rev Saude Publica*.2007;41(2):229-35.
8. CODO W. Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. In: JACQUES MG, CODO W, organizadores. Saúde mental e trabalho. Petrópolis: Vozes;

2002. p. 173-90.

9. DEJOURS C. A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez; 1992.

10. DEJOURS C. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS C, ABDOUCHELI E, JAYET C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 1994. p. 21-32.

11. ERDMANN AL, MELLO ALSF, MEIRELLES BHS, MARINO SRA. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. Rev Bras Enferm.2004;57(4):467-71.

12. FARINHA KO, ALMEIDA MS, TRIPPO KV. Avaliação da Qualidade de Vida de Docentes da Cidade do Salvador/Bahia. Rev Pesqui. Fisioter. 2013; 3(1): 13-35.

13. FOUCAULT. O Nascimento da Clínica. . Rio de Janeiro. Forense Universitária, 1977: 241 pág.

14. GUILARDE AO, OLIVEIRA AM, TASSARA M, OLIVEIRA B, ANDRADE SS. Acidentes com material biológico entre profissionais de Hospital Universitário em Goiânia. Rev Patol Trop. 2010;39(2):131-36.

15. JUNGES JR. Vulnerabilidade e saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. In: Barchifontaine CP, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética, vulnerabilidade e saúde. Aparecida: Ideias & Letras, Centro Universitário São Camilo; 2007. p.139-57.

16. KOERICH MS, SOUSA FGM, SILVA CRLD, FERREIRA LAP, CARRARO TE, PIRES DEP. Biossegurança, risco e vulnerabilidade: reflexões para o processo de viver humano dos profissionais de saúde. On-line Braz J Nurs [Internet]. 2006 [cited 2010 dec 20]; 5(3). Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/564/129>.

17. MEYER DEE, MELLO DF, VALADÃO MM, AYRES JRCM. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad. Saúde Pública vol.22 n.6 Rio de Janeiro Jun. 2006.

18. NOGUEIRA-MARTINS LA. Saúde Mental dos Profissionais de saúde. Rev Bras Med Trab 2003; 1(1): 56-68.

19. OLIVEIRA JDAS, ALVES MSCF, MIRANDA FAN. Occupational risks in a hospital environment: a challenge for workers' health. Rev Salud Publica. 2009;11(6): 909-17.

20. OLIVEIRA JDS, FERREIRA AAA, FEITOSA, MSC, MOREIRA MASP. Representações sociais sobre o risco ocupacional na perspectiva do trabalhador da saúde. Rev Gaucha Enferm 2009; 30(1): 99-105.

21. RISSI MRR, MACHADO AA, FIGUEIREDO MAC. Health care workers and AIDS: a differential study of beliefs and affects associated with accidental exposure to blood. Cad Saude Publica 2005;21(1):283-91.

22. RIBEIRO LCM, SOUZA ACS, NEVES HCC, MUNARI D, MEDEIROS M, TIPPLE A. Influência da exposição a material biológico na adesão ao uso de equipamentos de proteção individual. Cienc. Cuid. Saúde. 2010; 9(2): 325-32.

23. SANTOS JLG, VIEIRA M, ASSUITI LFC, GOMES D, MEIRELLES BHS, S SMA. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. Rev gaúch enferm; 33(2): 205-212, 2012.

24. SÊCCO IAO, ROBAZZI MLCC, GUTIERREZ PR, MATSUO T. Acidentes de trabalho e riscos ocupacionais no dia-a-dia do trabalhador: desafio para a saúde do trabalhador. Espaço para a Saúde 2002; 4(1): 68-81.

25. SÊCCO IAO, ROBAZZI MLCC, SHIMIZU DS, RÚBIO MMS. Acidentes de trabalho típicos envolvendo trabalhadores de hospital universitário da região sul do Brasil: epidemiologia e prevenção. Rev Latino-Am Enferm.2008;16(5):824-31.

26. SEFFNER F. O conceito de vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório [texto na Internet]. Canoas: UNILASALLE; 2005. [citado 2005 abr. 12]. Disponível em: <http://www.unilasalle.edu.br/seffner/artigo4.htm>.
27. SEIDL EMF, ZANNON CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. saúde pública*. 2004; 20(2): 580-588.
28. VASCONCELOS EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.
29. WHITTEMORE R, KNAFL K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.
30. TÄHKA, V. O Relacionamento Médico-Paciente. Artes Médicas, Porto Alegre, 1988;
31. TAKEMURA YC, ATSUMI R, TSUDA T. Which medical interview behaviors are associated with patient satisfaction? *Fam Med* 2008; 40: 253.
32. PEDROSO, ERP. O Médico Generalista. In: PEDROSO, ERP; ROCHA, MO; SILVA, OA. Clínica Médica. Os Princípios da Prática Ambulatorial. Atheneu. Rio de Janeiro, 1994, Cap. 2. pág. 9.
33. PEDROSO ERP. Princípios Gerais do Atendimento Ambulatorial. In: PEDROSO, ERP, ROCHA MO, SILVA OA. Clínica Médica. Os Princípios da Prática Ambulatorial. Atheneu. Rio de Janeiro, 1994, Cap. 2. pág. 13.
34. ATTILIO L, VILLANACCI NETO R. A síndrome do túnel carpal: um risco profissional para o cirurgião-dentista. *Revista da APCD*, v.48, n. 6, nov./des. 1994.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2001.
36. CEZAR-VAZMR, SOARESJFS, FIGUEIREDDOP, AZAMBUJA EP, SANT'ANNA CF, COSTA VZ. Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no Sul do Brasil. *Rev Latino-Am Enferm*. 2009; 17(6):961-67.
37. PEDROSO ERP. A MEDICINA E SUA TRANSDISCIPLINARIDADE. IN. POLIGNANO MV, GOULART EMA, MACHADO ATGM, LISBOA AH. Abordagem Ecosistêmica da Saúde, 2012 Belo Horizonte: Instituto Guaicuy, pág. 163-178, 200 p.
38. REIS JMB, LAMOUNIER FILHO A, RAMPINELLI CA, SOARES ECS, PRADO RS, PEDROSO ERP. Training-related accidents during teacher-student-assistance activities of medical students. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2004; 37(5): 405-408.
39. MARTINES WRV, CHAVES EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(3): 426-33.
40. FREITAS BE, VENTURA AL, FREITAS RMC, PEDROSO ERP. O perfil dos Médicos em Minas Gerais: O Processo de Profissionalização da Medicina Mineira. *Rev Méd de Minas Gerais* 2002; 11(4): 230-234.
41. BAPTISTA PCP, MERIGHI MAB, SILVA A. Angústia de mulheres trabalhadoras de enfermagem que adoecem por distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(3): 438-44.
42. CROSSETTI MGO, ANTUNES M, ANZILIERO F. Revisão integrativa da literatura: referenciais metodológicos de pesquisa na enfermagem. In: Anais do 15o Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 2009 jun 08-11; Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: ABEn/ RJ; 2009. p. 1618-20;
43. DALAROSA MG, LAUTERT L. Acidente com material biológico no trabalhador de enfermagem em um hospital de ensino: estudo caso-controle. *Rev Gaucha Enferm*. 2009; 30(1): 19-26;
44. MAFRA DAL, FONSECA IC, VIANA JX, SANTANA JCB, SILVA MP. Percepção dos en-

- fermeiros sobre a importância do uso dos equipamentos de proteção Individual para Riscos biológicos em um serviço de atendimento móvel de urgência. *Mundo Saúde*. 2008; 32(1): 31-38;
45. MARZIALE MHP, ROBBAZZI MLCC. O trabalho de enfermagem e a ergonomia. *Rev Latino-Am de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 124-127, dezembro 2000;
46. MUROFUSE NT, MARZIALE MHP. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005; 13(3): 364-373;
47. NICHIAITA LYI, BERTOLOZZI MR, TAKAHASHI RF, FRACOLLI LA. A utilização do conceito vulnerabilidade pela enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm* 2008;16(5):923-28;
48. PAULINO DCR, LOPES MVO, ROLIM ILTP. Biossegurança e acidentes de trabalho com perfuro-cortantes entre os profissionais de enfermagem de hospital universitário de Fortaleza-CE. *Cogitare Enferm*.2008;13(4):507-13;
49. ROSA AFG, GARCIA PA, VEDOATO T, CAMPOS RG, LOPES MLS. Incidência de LER/DORT em trabalhadores de enfermagem. *Acta. Sci. Health. Sci*. 2008; 30 (1):19-25;
50. SADEGHIAN F, HOSSEINZADEH S, ALIYARI R. Do Psychological Factors Increase the Risk for Low Back Pain Among Nurses? A Comparing According to Cross-sectional and Prospective Analysis. *Saf Health Work*. 2014; 5: 13-16;
51. VIEIRA M, PADILHA MICS. O HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material perfuro-cortante. *Rev Esc Enferm USP*.2008; 42(4):804-10;
52. APPELBAUM PS. Clinical Practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med* 2007; 357:1834;
53. BAGGIO MA, MONTICELLI M, ERDMANN AL. Cuidando de si, do outro e “do nós” na perspectiva da complexidade. *Rev Bras Enferm*.2009;62(4):627-31;
54. CANTOR MD, BRADDOCK CH 3rd, Derse AR et al. Do-not-resuscitate orders and medical futility. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2689;
55. COPELAND, RB; NOBLE, I. On entering the practice of medicine. A guide to transition. In: NOBLE. J. *Textbook of General Medicine and Primary Care*. Boston, Toronto, Little, Brown and Co. 1987: XXVII-XXXIII;
56. HELUANE R, HATEM TORRES S. Acidentes por contacto con material biológico: análisis de sus determinantes. *Cienc. Trab*. 2007;9(25):129-34;
57. HIPPOCRATES APHORISMS, In: *The Genuine Works of Hippocrates*. Translated from Greek by Frank Adams. New York. William Wood and Company, 1849: 192;
58. HIPPOCRATES, The Oath. In: *The Genuine Works of Hippocrates*. Translated from Greek by Frank Adams. New York. William Wood and Company, 1849: 278;
59. LAMOUNIER FILHO A, RAMPINELLI CA, REIS JMB, PEDROSO ERP. Abordagem do paciente com exposição accidental no trabalho a material biológico potencialmente contaminando pelo vírus da imunodeficiência humana. *Rev Méd Minas Gerais* 2000; 10(3):169-171;
60. LATIMER EJ. Ethical care at the end of life. *CMAJ* 1998; 158: 1741;
61. LYNN J. Conflicts of interest in medical decision-making. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36:945;
62. MACK JW, WEEKS JC, WRIGHT AA, et al. End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. *J Clin Oncol* 2010; 28: 1203;
63. NOGUEIRA-MARTINS LA. A atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. *Rev Braslín Terap* 1991; 20: 355-64;
64. NOGUEIRA-MARTINS LA. A residência Médica: um estudo prospectivo sobre as dificuldades na tarefa assistencial. [Tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina;

1994;

65. OLIVEIRA AC, CARDOSO CS, MASCARENHAS D. Conhecimento e comportamento dos profissionais de um centro de terapia intensiva em relação à adoção das precauções de contato. *Rev Latino-Am Enferm* 2009; 17(5):625-31;
66. ROSÁRIO MB, ANDRADE MB, BARRETO TP, PEDROSO ERP. Risco Ocupacional de Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana entre Estudantes de Medicina da UFMG. *Revista Médica de Minas Gerais* 2005; 15(2): 83-86;
67. SALLES JA, PRADO RS, SOARES ES, PEDROSO ERP. Avaliação do período cursado do comportamento sexual do estudante de medicina em relação à síndrome de imunodeficiência adquirida. *Rev Soc Bras Med trop* 1999; 32 (Supl 1):350;
68. TRUOG RD, BRETT AS, FRADER J. The problem with fertility. *N Engl J Med* 1992; 326:1560;
69. YUN YH, KWON YC, LEE MK, et al. Experiences and attitudes of patients with terminal cancer and their family caregivers toward the disclosure of terminal illness. *J Clin Oncol* 2010; 28:1950;
70. BAUER ME. Carpal tunnel syndrome. An occupational risk to the dental hygienist. *Dent Hyg*, p.218-221, may, 1985;
71. GARCIA LP, BLANK VLG, BLANK N. Aderência a medidas de proteção individual contra a hepatite B entre cirurgiões-dentistas e auxiliares de consultório dentário. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(4): 525-35;
72. GERWATOWSKI LJ, et al. Carpal tunnel syndrome: risk factors and preventive strategies for the dental hygienist. *Journal of Dental Hyg* 1992; 66(2):89-94;
73. MICHELI CF, LOUREIRO CA. Estudo epidemiológico dos distúrbios osteomusculares e ergonômicos em cirurgiões-dentistas. *Rev. Fac. Odontol. Univ. Passo Fundo*; 5(2): 61-7, jul./dez., 2000;
74. KUMAR SP, KUMAR V, BALIGA M. Work-related musculoskeletal disorders among dental professionals: An evidencebased update. *Indian Journal of Dental Education*. 2012; 5(1): 5-12;
75. ROSA MRD, COELHO AEL, ALBUQUERQUE SSL. Atitude dos cirurgiões-dentistas de João Pessoa-PB frente a AIDS. *Odontol Clín-Cient*. 2006;5(2):123-28;
76. SANTOS FILHO SB, BARRETO SM. Atividade Ocupacional e prevalência de dor osteomuscular em cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: contribuição ao debate sobre os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. *Cad. Saúde Pública*. 2001; 17(1): 181-93;
77. TAGLIAVINI RL, POI WR. Prevenção de doenças ocupacionais em odontologia. São Paulo: Livraria Santos, 1998;
78. CARREGARO RL, TRELHA CS, MASTELLARI HJZ. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em fisioterapeutas: revisão da literatura. *Fisioterapia & Pesquisa* 2006; 13(1):53-59;
79. D'ÁVILA LS, SOUSA GAF, SAMPAIO RF. DMRT em fisioterapeutas da Rede SUS-BH. *Revista bras. fisioter*. 2005; 9(2): 219-225;
80. FARINHA KO, ALMEIDA MS, TRIPPO KV. Avaliação da qualidade de vida de docentes fisioterapeutas da cidade do Salvador/Bahia. *Rev Pesqui Fisioter* 2013; 3(1):13-35;
81. LEAL GMA, OLIVEIRA MRT, VCS, BARROS MFA, CARVALHO AGC, CAMPOS SL, GUERINO MR, MONTE-SILVA KK, TENÓRIO AS, ARAÚJO MG. Estudo dos distúrbios musculoesqueléticos em fisioterapeutas: correlação com a rotina do trabalho. *Man Ther Posturology Rehabil J* 2014; 12: 202-207;
82. NUNES PC, OUVENEY LB, VENÂNCIO L, VEIGA JÚNIOR FV, MELLO CAV. Dores e

- lesões na coluna vertebral, hábitos e costume em acadêmicos de fisioterapia. *Fisioter Bras* 2005; 6(3): 198-203;
83. PERES CPA. Estudo das sobrecargas posturais em fisioterapeutas: uma abordagem biomecânica ocupacional. *Fisioterapia em Movimento*. 2004; 17(3):19-25;
84. PIVETTA AD, JACQUES MA, AGNE JE, LOPES LF. Prevalência de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em fisioterapeutas. *Rev. Digit.* 2005; 10(80);
85. SHEHAB D et al. Prevalence of Low Back Pain among Physical Therapists in Kuwait. *Med Princ Pract*. 2003:224-230;
86. SIQUEIRA GR, CAHÚ FGM, VIEIRA RAG. Ocorrência de lombalgia em fisioterapeutas da cidade de Recife, Pernambuco. *Revista bras. fisioter.* 2008;12(3): 222-227;
87. NOGUEIRA-MARTINS MCF. A transição estudante-fonoaudiólogo: estudo qualitativo sobre a vivência dos primeiros atendimentos [Tese]. Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina; 1997;
88. PRADO-PALOS MA, CANINI SRMS, GIR E, MELO LL, MATA DH; SANTANA RMT; SOUZA LR; SOUZA, ACS. Acidentes com material biológico ocorridos com profissionais de laboratórios de análises clínicas. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2006;18(4):231-34;
89. ALMEIDA CAF, BENATTI MCC. Exposições ocupacionais por fluidos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão à quimioprofilaxia. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1): 120-26;
90. BREVIDELLI MM, CIANCIARULLO TI. Fatores psicossociais e organizacionais na adesão às precauções-padrão. *Rev Saude Publica*. 2009; 43(6):907-16; 91;
91. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Avaliação qualitativa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília; 1994;
92. KAISER DE, BIANCHI F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. *Rev Gaucha En- ferm*.2008;29(3):362-66.

