

An abstract painting featuring a central figure in a vibrant blue hue, rendered with visible brushstrokes. The background is a complex composition of various colors including red, yellow, green, and purple, with some darker, more textured areas. The overall style is expressive and modern.

UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina

Departamento de Medicina
Preventiva e Social

PANORAMA DA SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

Jorge Huet Machado &
Ada Avila Assunção
(Orgs.)

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Preventiva e Social

PANORAMA DA SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

Jorge Huet Machado & Ada Avila Assunção (Orgs.)

Belo Horizonte, agosto de 2012



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora

Prof^a. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitora de Extensão

Prof^a Efigênia Ferreira e Ferreira

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

Coordenação Geral

Jorge Mesquita Huet Machado
(Fiocruz)

Ada Avila Assunção (UFMG)

Apoio

Rose Elizabeth C. Barbosa (UFMG)

Auxílio Administrativo

Mateus Silva Elias (UFMG)

Supervisão Editorial

Janaina de Souza Silva

Capa e Projeto Gráfico

Genial Box Propaganda

P195

Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde / Jorge Mesquita Huet Machado, Ada Avila Assunção (organização). – Belo Horizonte : UFMG/Faculdade de Medicina, 2012.
164p. : il.

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-60914-09-8

1. Indicadores de saúde. 2. Saúde e trabalho. I. Machado, Jorge Mesquita Huet. II. Assunção, Ada Avila.

CDD:658.38

CDU:613.6

| | |
|---|------------|
| APRESENTAÇÃO | 4 |
| 1. VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE | 6 |
| 1. Aspectos teóricos e conceituais da vigilância em saúde do trabalhador | 8 |
| 2. Instrumentos legais e normativos que referenciam as ações de vigilância em saúde do trabalhador | 12 |
| 3. Identificando os desafios | 24 |
| 4. Referências | 25 |
| 2. ALGUNS CONCEITOS ARTICULADOS NA DISCUSSÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE | 28 |
| 1. Processo de trabalho e de produção de saúde-doença | 32 |
| 2. O trabalho em saúde e suas características como setor de serviços | 35 |
| 3. A reestruturação produtiva, a incorporação tecnológica e os modelos tecnoassistenciais em saúde | 38 |
| 4. Concepção ampliada de saúde, meio de vida e de trabalho | 40 |
| 5. Política de Humanização: articulando conceitos de transversalidade, coletivo e subjetividade na compreensão do trabalho em saúde | 45 |
| 6. Da transversalidade e transdisciplinaridade no processo de trabalho | 48 |
| 7. Ampliando o conceito de subjetividade e de gestão do/no processo de trabalho | 50 |
| 8. Do conceito de transversalidade e coletivo no processo de trabalho | 53 |
| 9. Conclusão: reafirmando a potência dos conceitos na análise do trabalho em saúde | 55 |
| 10. Referências | 62 |
| 3. A SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE: FOCOS, ABORDAGENS E ESTRATÉGIAS DE PESQUISA | 66 |
| 1. Metodologia | 67 |
| 2. Resultados e Discussão | 71 |
| 3. Considerações Finais | 97 |
| 4. Referências | 101 |
| 4. NATUREZA E CONDIÇÕES ATUAIS DO TRABALHO EM SAÚDE: O QUE DIZ A LITERATURA SOBRE O ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES? | 106 |
| 1. Antecedentes | 107 |
| 2. Metodologia | 108 |
| 3. A percepção de fazer bem-feito e autoavaliação de saúde dos trabalhadores da saúde | 115 |
| 4. Acidentes de trabalho e exposição a material biológico | 123 |
| 5. Exposição a agentes infecciosos e prevalência de infecção | 130 |
| 6. Situação de saúde e morbidades | 134 |
| 7. Lições aprendidas. E o futuro? | 139 |
| 8. Referências | 145 |
| 5. PROPOSTA DE UMA MATRIZ DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE | 150 |
| 1. Saúde | 155 |
| 2. Atividade | 157 |
| 3. Território | 157 |
| 4. Vulnerabilidade | 158 |
| 5. Considerações finais | 159 |
| 6. Referências | 160 |
| AUTORES | 162 |
| LISTA DE SIGLAS | 164 |

APRESENTAÇÃO

O avanço e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) se evidenciam, *grosso modo*, no crescimento da cobertura das áreas pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF), no aumento da expectativa de vida ao nascer e na diminuição da mortalidade infantil e em menor grau da mortalidade materna em todos os 26 estados e respectivos municípios e no Distrito Federal.

Contudo, este mesmo progresso não é observado em outros indicadores.

Entre eles, especificamente em relação à saúde dos trabalhadores, estudos localizados evidenciam ocorrência elevada de acidentes de trabalho nos serviços de saúde, adoecimento mental, absenteísmo-doença, queixas de dores musculoesqueléticas e insatisfação dos profissionais do SUS.

A insatisfação tem sido objeto de pautas dos sindicatos, associações, federações de trabalhadores da saúde. No âmbito das negociações

sociais, destaca-se o papel da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) que, ao desenvolver uma experiência inédita e inovadora no Estado, vislumbra a criação de condições para uma nova relação de trabalho ao favorecer a pactuação e gestão dos conflitos.

As ações da MNNP articuladas aos trabalhos do Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador da Saúde permitiram a elaboração das Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde. No âmbito do Ministério da Saúde o trabalho foi coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES).

A abrangência e o objeto da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS vinculam-se às áreas de Saúde do Trabalhador e da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, estabelecendo uma articulação estratégica para o desenvolvimento do SUS e o compromisso dos gestores, trabalhadores e empregadores com a qualidade do trabalho e com a valorização dos trabalhadores.¹

O documento *Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde* apre-

senta elementos conceituais, metodológicos e operacionais que constituem as bases para aplicação e desenvolvimento das diretrizes expostas no Protocolo n. 008/2011 da MNNP-SUS. Busca-se contribuir para a formulação de um modelo de vigilância em saúde do trabalhador de saúde que venha subsidiar os profissionais da área, suas organizações e os demais envolvidos com a atenção em saúde do trabalhador na implantação de processos de intervenção para transformação das condições de trabalho em saúde, considerando os riscos e situações críticas do setor, tanto na esfera pública quanto privada.

Fundamentar ações claramente destinadas à valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde faz parte dos princípios do SUS. Esperamos que o *Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde* seja o marco para a visibilidade de mais indicadores positivos de saúde, desta vez relacionados ao plano das condições de trabalho e de saúde dos trabalhadores do SUS.

Dr. Guilherme Franco Netto

Diretor do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Protocolo Nº 008 /2011 da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

1

VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE

Simone Santos Oliveira
Jorge Mesquita Huet Machado
Luciana de Assis Amorim
Roberta Alamonica de Oliveira

A perspectiva do *Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde* é contribuir para a formulação de um modelo de vigilância em saúde do trabalhador da saúde. Tal modelo busca subsidiar as ações de implantação de processos de intervenção visando à transformação das condições de trabalho no setor sanitário, considerando os riscos e as situações críticas identificadas tanto na esfera pública quanto na privada.

No Brasil, a saúde do trabalhador surge no processo histórico de lutas sociais da década de 1970, no movimento pela redemocratização do país. Este novo campo de práticas e saberes originou-se na luta dos trabalhadores pelo direito à saúde, no bojo da Reforma Sanitária Brasileira, com inspiração no Movimento Operário Italiano, tendo como premissa a valorização da experiência e do conhecimento do trabalhador por melhores condições de trabalho (Oddone *et al.*, 1986; Brito, 1997).

Baseada também no conceito ampliado de saúde oriundo da medicina social latino-americana, a saúde do trabalhador busca romper com as concepções hegemônicas, uni ou multicausais, que desconsideram a dimensão social e histórica do trabalho e da saúde/doença (Minayo-Go-

mez & Thedim-Costa, 1997; Laurell & Noriega, 1989; Lacaz, 1996).

Entre as características do campo de saberes e práticas da saúde do trabalhador destacam-se: a busca pela compreensão das relações entre trabalho, saúde e doença, visando à promoção, proteção, prevenção, assistência e reabilitação; a necessidade de transformação dos ambientes e dos processos de trabalho; a incorporação da humanização do trabalho; a abordagem multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, para que a relação saúde-trabalho seja entendida em toda a sua complexidade; a participação dos trabalhadores como sujeitos no planejamento e na implementação do trabalho; e a articulação com o componente ambiental, já que os riscos dos processos de trabalho afetam o meio ambiente e a população geral (Lacaz, 1996; Machado, 1996, 2005; Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997).

Baseada também no conceito ampliado de saúde oriundo da medicina social latino-americana, a saúde do trabalhador busca romper com as concepções hegemônicas, uni ou multicausais, que desconsideram a dimensão social e histórica do trabalho e da saúde/doença.

1. ASPECTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

A vigilância em saúde do trabalhador (Visat), devido a seu potencial transformador, busca a superação da dicotomia existente entre a assistência individual e coletiva, entre as ações preventivas e curativas e a falta de articulação das vigilâncias. Como campo de atuação, distingue-se da vigilância em saúde em geral e de outras disciplinas por delimitar seu objeto específico na relação do processo de trabalho com a saúde, e tem como pressuposto de atuação a articulação entre os controles de exposição e efeito (Machado, 1997).

A concepção de vigilância da saúde do trabalhador surge com a perspectiva de combinar os componentes das vigilâncias sanitária e epidemiológica e das inspeções em ambientes de trabalho, de forma a facilitar uma abordagem interdisciplinar da relação processo de trabalho e saúde, ressaltando aspectos como tecnologias utilizadas nos processos de produção; epidemiologia para a avaliação de risco; elementos sociais, por exemplo, as condições econômicas e de organização dos trabalhadores. Essa concepção requer abordagem ampliada e deve ser exercida pelos diferentes atores

que tenham envolvimento com a questão, extrapolando o setor saúde (Balista, Santiago & Corrêa-Filho, 2011). Portanto, a vigilância em saúde do trabalhador é um processo social contínuo que engloba vários atores em níveis distintos de ação (Machado, 2005).

A regionalização tem sido apontada, por diversos autores, como a possibilidade de se avançar na consolidação da vigilância em saúde do trabalhador de acordo com as experiências locais advindas de diversos pontos do país (Santos & Rigotto, 2011; Machado, 1996, 1997; Vasconcellos & Ribeiro, 1997).

No âmbito municipal e microrregional, o maior desafio, de acordo com o estudo de Teixeira (2002), seria envolver os diversos atores (secretários de saúde, prefeitos municipais, gestores e a sociedade civil organizada) em um movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde que se desdobre em ações intersetoriais de promoção e de melhorias das condições de vida, ao lado da reorganização da atenção básica e da regulação da assistência de média e de alta complexidade.

O controle social é outra premissa básica para a discussão das ações de vigilância em saúde do trabalhador. De acordo com Vasconcellos, Almeida e Guedes (2010), a participação do trabalhador adiciona um ingrediente facilitador na institucionalização da vigilância justamente por legitimar a inclusão dos sujeitos, no caso os trabalhadores, como atores do processo metodológico para atuar na vigilância em saúde do trabalhador.

Portanto, na prática, essas questões ainda não estão incorporadas em seu sentido amplo, explicitando o pequeno grau de articulação existente entre os atores diretamente envolvidos.

Nessa conjuntura, a atuação do setor saúde ainda é enfraquecida em virtude das ações dos outros poderes responsáveis pela fiscalização dos ambientes de trabalho. Para Machado (1997), há uma dualidade no modelo brasileiro de vigilância em saúde do trabalhador referente à ampliação das ações institucionais, aliada, de um lado, ao movimento sindical e às ações implantadas no SUS, e, de outro, às ações das Delegacias Regionais do Trabalho (DRTs) e à visão tecnicista de análise do processo (Vasconcellos & Ribeiro, 1997). Algumas ações do setor saúde em vigilância em saúde do trabalhador

são relatadas como desintegradas e por vezes conflituosas, com práticas diferenciadas e choques de competências em diversas ações.

Vasconcellos, Almeida e Guedes (2010), ao considerar a falta de capacitação técnica dos agentes públicos como um dos fatores que tornam a vigilância em saúde do trabalhador ainda 'inusual', elaboraram uma proposta metodológica para a capacitação na área. Para isso, as bases teóricas conceituais que norteiam a construção da saúde do trabalhador, assim como a pedagogia problematizadora utilizada no processo de educação permanente do SUS, são discutidas. O ponto chave dessa proposta é a capacitação conjunta dos agentes públicos com os trabalhadores, harmonizada tanto ao princípio do controle social do SUS quanto à ideia do campo da saúde do trabalhador, que tem no trabalhador o sujeito ativo e central das ações.

A capacitação das equipes também é sinalizada por Ramos (2008), que identifica a necessidade de o campo da saúde do trabalhador contar com profissionais qualificados e com conhecimento crítico e reflexivo sobre a relação saúde-trabalho e o processo saúde-doença, de modo a contribuir com práticas inovadoras

voltadas para uma perspectiva da integralidade, vigilância e humanização da atenção.

A informação é outro ponto de grande relevância para consolidar subsídios às ações de planejamento de vigilância em saúde do trabalhador. Facchini e colaboradores (2005) ressaltam a necessidade de organizar as informações em saúde do trabalhador, para que as ações de vigilância possam ser orientadas e otimizadas. Reportam ainda sobre a não valorização da informação sobre o trabalho no SUS, a não existência de um setor que efetivamente colete, analise e interprete sistematicamente as condições de saúde e de trabalho. Verificam-se problemas de qualidade advindos do sistema de informação existente, como a inconsistência dos dados, a não padronização de variáveis, a diferenciação existente sobre os dados reais e a notificação. Ressaltam-se também a escassez de recursos existentes – sejam eles tecnológicos, sejam de recursos humanos e organizacionais –, além da crescente necessidade de capacitação para a otimização do sistema.

A subnotificação representa um problema a ser transposto, tendo em vista a impossibilidade de gerar inspeções sanitárias preventivas e a

grande dificuldade de obter informações que não sejam em prol de pagamentos previdenciários (Vasconcellos & Ribeiro, 1997).

O Sinan-NET, ferramenta de notificação utilizada pelo Ministério da Saúde, embora implantado para o recebimento de informações referentes aos agravos em saúde do trabalhador desde 2006, está ainda em um processo de construção e de consolidação, devido à falta de instrumentos e à incapacidade técnica dos estados no manuseio do programa e à dificuldade dos profissionais de ponta para preencher os campos necessários. Estudos realizados no estado do Paraná, segundo Scherer e colaboradores (2007), com dados do Sinan-NET, sobre agravos relacionados à saúde do trabalhador, mostram pontos negativos, como a restrição ao acesso, a morosidade, a segmentação, a parcialização de informações e a falta de informação entre os dados do prontuário e as informações solicitadas nesse banco de dados, o que dificulta a visualização dos problemas relacionados à saúde do trabalhador. Porém, a utilização correta dos dados disponíveis no Sinan-NET a respeito da vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador oferece condições para articulações, respaldo para planejamentos, avaliações de ações de impacto

à saúde, controle e monitoramento, ações de vigilância sanitária entre outras, para intervir e melhorar as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores. Segundo estes autores, o planejamento de estratégias para a implantação da vigilância epidemiológica é o primeiro passo para a estruturação da atenção em saúde do trabalhador. Destacamos também necessidade de interação com a mídia, veiculadora de informações e formadora de opiniões, tendo os trabalhadores da saúde importante papel na publicização dos dados e no acompanhamento dos eventos junto à população (Machado & Porto, 2003).

...a utilização correta dos dados disponíveis no Sinan-NET a respeito da vigilância epidemiológica em saúde do trabalhador oferece condições para articulações, respaldo para planejamentos, avaliações de ações de impacto à saúde, controle e monitoramento, ações de vigilância sanitária entre outras, para intervir e melhorar as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores.

As ações de vigilância em saúde do trabalhador acontecem de forma localizada de acordo com o comprometimento da equipe e dos gestores locais. Machado e Porto (2003: 127) caracterizam a prática da vigilância em saúde do trabalhador como sendo de

“caráter híbrido e, calcado em experiências institucionalizadas e generalizadas de múltiplas facetas, repletas de ações voluntaristas e de personalismos, em contexto institucional desestabilizado”.

Os balanços realizados pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), de 2009 e 2011, mostram que a vigilância em saúde do trabalhador vem se qualificando e se estruturando no cenário brasileiro, apesar de tal cenário estar cerceado pela crise política e financeira existente nos municípios. Há um choque de competências, relacionado tanto aos órgãos fiscalizadores quanto aos interesses políticos regionais, na realização de algumas ações, visto que o cenário não se diferencia do quadro da vigilância em saúde do trabalhador apresentado em 2003 e presente no relatório da oficina de trabalho “Políticas de saúde do trabalhador no SUS”, do

grupo de saúde do trabalhador da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Portanto, as ações ainda se encontram fragmentadas e focadas na assistência à saúde dos trabalhadores (Lourenço & Bertani, 2007). Há a

necessidade de transcender as ações curativas para as de prevenção e promoção da saúde; as experiências que puderam ser observadas por Machado e Porto (2003), referentes ao estudo da situação e tendências da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil, revelam um rico potencial

2. INSTRUMENTOS LEGAIS E NORMATIVOS QUE REFERENCIAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR

A discussão sobre saúde e trabalho encontra, no Movimento de Reforma Sanitária, um momento privilegiado de enfrentamento, em 1986, na Oitava Conferência Nacional de Saúde, que culmina na realização da Primeira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a formulação da Lei Orgânica da Saúde, as ações de saúde do trabalhador passam a ser reconhecidas por lei como responsabilidade do Estado.

Então, pela Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser inscrita como direito de todos e dever do Estado, e adota-se o conceito ampliado do processo saúde-doença. A regulamentação dos deveres do Estado em relação à saúde garante a integração de políticas sociais e econômicas para redução do risco

de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços que devem integrar estratégias para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com articulação interna ao próprio setor saúde, assim como da previdência e assistência social.

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90 (Brasil, 2005a) prevê a saúde do trabalhador como “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho”; além disso, estabelece que os municípios, coordenando suas atuações com a União, com os estados e com as entidades representativas dos trabalhadores,

desenvolverão ações, visando à promoção, proteção, recuperação e reabilitação dos trabalhadores.

Desse modo, é a partir da implantação do SUS que a fiscalização das condições e dos ambientes de trabalho dá ao setor saúde a prerrogativa de exercer a vigilância em saúde do trabalhador nos locais de trabalho de forma multidisciplinar e interinstitucional, com objetivo de atingir a integralidade e a eficiência nas ações.

No entanto, conforme destaca Vasconcellos (2007), o campo da saúde do trabalhador não foi plenamente acolhido pela saúde pública e vive um permanente desafio para o seu desenvolvimento técnico operacional por dentro das práticas de saúde em geral. Dessa forma, um dos principais desafios consiste em considerar a centralidade da categoria trabalho nos determinantes sociais dos agravos da população

Em março de 1994, foi realizada a Segunda Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador com o tema: “Construindo uma política de saúde do trabalhador”. Esse momento foi marcado por uma grande mobilização de representantes institucionais e sindicais, no esforço suprassetorial de consolidar

e provocar o desencadeamento de ações concretas no âmbito do SUS (Vasconcellos, 2007).

...é a partir da implantação do SUS que a fiscalização das condições e dos ambientes de trabalho dá ao setor saúde a prerrogativa de exercer a vigilância em saúde do trabalhador nos locais de trabalho de forma multidisciplinar e interinstitucional, com objetivo de atingir a integralidade e a eficiência nas ações.

Na Terceira Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em novembro de 2005, reportou-se novamente à estruturação de uma política de Estado e à necessidade de sua incorporação nas questões do desenvolvimento sustentável, condizente com os rumos das políticas globalizantes. Contudo, as recomendações da conferência permanecem sem receber acolhida no próprio Ministério da Saúde como pauta de agenda política. A possibilidade de efetivação de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST) depende de uma profunda revisão do significado político estrutural do SUS como instância articuladora e sistêmica do Estado brasileiro no interior da saúde pública. Para a construção de uma PNST no SUS, uma concepção sistêmica que transponha os limites da setorialidade, é necessário criar novos objetos estruturais, pautados

na transetorialidade e na transversalidade, para a implementação de uma política que rompa com a cultura de fragmentos em direção a uma transição para o ‘trans’.

A perspectiva de transição para o ‘trans’, especialmente no caso da transetorialidade, com base na transposição da gestão, implica a compreensão de que as políticas, os planos e as ações decorrentes da saúde como estrutura sistêmica do Estado tornem-se capazes de serem introjetadas em todas as esferas de decisão das políticas, com a condução (ao menos compartilhada) do SUS e utilizando a capilaridade estrutural do sistema como instâncias efectoras. Em última instância, a transição para o ‘trans’ culmina com a transformação do SUS em sistema (Vasconcellos, 2007: 37).

Entretanto, o desenho da atual PNST mantém como características a formulação normativa plurinstitucional e desarticulada; a execução de ações também plurinstitucional e desarticulada; a exclusão de grandes contingentes de trabalhadores do alcance da política tradicional; a manutenção de informações oficiais sem caráter epidemiológico; a formação de quadros com base no modelo médico-centrado; e, entre outras variáveis, a manutenção do sujeito trabalhador como corpo-objeto (Vasconcellos, 2007).

A portaria n. 3.120/MS de 1998 (Brasil, 2005b), que fornece sub-

sídios básicos para o desenvolvimento de ações de vigilância em saúde do trabalhador no âmbito do SUS, apesar de trabalhar com o conceito de plurinstitucionalidade e intersetorialidade, avança ao propor também, como princípios básicos na orientação das ações de vigilância, a integralidade das ações, o controle social, a hierarquização, a descentralização, a pesquisa-intervenção e o caráter transformador, na perspectiva da melhoria da qualidade de vida no trabalho, bem como um movimento em direção à mudança do modelo assistencial para a atenção integral, articulando ações individuais e coletivas de vigilância (Brasil, 1998).

De acordo com esta portaria, as estratégias de ação pressupõem uma rede de articulação que passa pelos trabalhadores e suas organizações, pela área de pesquisa e formação de recursos humanos e pelas áreas de assistência e reabilitação. Sua abordagem calca-se no modelo epidemiológico de pesquisa dos agravos e na avaliação de riscos no planejamento e avaliação das ações, visando ao estabelecimento de prioridades no desenvolvimento de ações de vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores (Brasil, 1998).

Partindo do olhar da epidemiologia, Machado (1997) propõe matriz para priorização e planejamento das estratégias de vigilância em saúde do trabalhador por tipo de efeito, agravos; por tipo de exposição, riscos ou atividades; e por delimitação espacial / território.

A busca ativa de casos e a criação de um programa de vigilância permitem a identificação dos determinantes dos agravos à saúde, uma das formas de abordar os objetos da vigilância, através da análise da história ocupacional e da delimitação de novas estratégias de controle de riscos. Essa estratégia pode vir a direcionar os programas de saúde do trabalhador de acordo com a prioridade diagnóstica (Machado, 1997).

Complementarmente, a abordagem de riscos à saúde permite o controle de acidentes (agentes químicos, físicos e biológicos) causadores de agravos à saúde dos trabalhadores. Para isso, prevê a identificação de indicadores que possibilitem o acompanhamento permanente dos riscos. Essa estratégia tem como desvantagem a redução do contexto de riscos a uma cadeia de eventos preestabelecidos. Desse modo, as possíveis interações com outros riscos e os contornos sociais da exposição só

poderão ser estabelecidos a partir da articulação a outras formas de abordagem da relação entre processo de trabalho e saúde (Machado, 1997).

A abordagem por território está em consonância com o modelo de distritos sanitários, ou seja, em consonância com a atuação local, com o planejamento de ações e com a avaliação de prioridades e efeitos das ações sanitárias em uma determinada região, contribuindo ao planejamento de ações mais adequadas, voltadas para a atuação intersetorial e para intervenções particulares e integradas de promoção, prevenção e recuperação, que superem os paradigmas médico-assistencial e sanitários vigentes no SUS (Machado & Porto, 2003).

A atuação da vigilância por ramo de atividade econômica segue a lógica da organização dos trabalhadores, o que viabiliza a participação sindical nas ações de vigilância. Essa abordagem tem como característica mais marcante um potencial de intervenção sistêmica e participativa, levando à eficácia da prevenção. Machado (1997) ainda propõe uma abordagem por pontos cruzados – agravos, riscos, território e atividade –, entendendo que uma atividade pode estar associada a vários tipos de danos, ou, ao con-

trário, distintas atividades podem produzir o mesmo agravo.

Por sua vez, trabalhadores realizando procedimentos distintos podem vivenciar o mesmo tipo de exposição, e grupos, realizando o mesmo procedimento, podem estar expostos a situações nocivas de natureza diversa. Na perspectiva da visualização da relação entre o processo de trabalho e a saúde dos trabalhadores, o território permite identificar as dimensões das vulnerabilidades, dos riscos e das exposições e desse modo reconhecer as singularidades e multiplicidades das atividades e tarefas.

A abordagem por pontos cruzados entre os riscos, agravos e atividade representa uma possibilidade de estabelecer ações de vigilância mais integradas, que levem em consideração as necessidades de saúde de um dado território. Dessa forma, prioridades podem ser constituídas de acordo com a realidade do *locus* em questão, estando assim em consonância com a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador n. 3.908/98 (Nost) que tem como pressuposto, entre outros, a regionalização. Essa proposta pode contribuir para uma participação mais efetiva dos trabalhadores pela maior probabilidade de reconhecimento das questões sanitárias envolvidas em seu cotidia-

no. Demonstra também consonância com a proposta de regionalização contida na Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas), adotada pelo Ministério da Saúde em 2001, que representa uma oportunidade de se avançar na construção de sistemas microrregionais que garantam a integralidade da atenção à saúde (Teixeira, 2002).

A abordagem por pontos cruzados entre os riscos, agravos e atividade, representa uma possibilidade de estabelecer ações de vigilância mais integradas, que levem em consideração as necessidades de saúde de um dado território.

Esse processo de regionalização influenciou a criação de Centros Regionais de Saúde do Trabalhador (CRSTs), serviços específicos e especializados, de nível secundário, que buscam incorporar maior densidade tecnológica, de apoio diagnóstico e de vigilância, em seu quadro de profissionais (Lacaz, 1996). Esses serviços foram criados inicialmente em importantes municípios do país, como São Paulo, Campinas, Santos, Porto Alegre, Belo Horizonte e Volta Redonda (Lacaz, Machado & Porto, 2002; Minayo-Gomez & Lacaz, 2005).

No ano de 2002, o Ministério da Saúde, a partir da Secretaria de Assistência à Saúde, cria a Renast por meio da portaria n. 1.679/GM de 2002 (Brasil, 2002), considerada principal estratégia do SUS para a promoção da atenção integral à saúde dos trabalhadores. Em 2005, esta portaria é revisada por meio da portaria n. 2.437/GM, que dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Renast no SUS (Brasil, 2005). As principais medidas estabelecidas por essa portaria foram a criação e a expansão dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, que passaram a ser conhecidos pela sigla Cerests (Santos & Lacaz, 2011). Apesar dessas mudanças, os Cerests, na prática, vêm funcionando como porta de entrada, e as suas ações carecem de articulação intra e intersetorial (Machado, 2011). É preciso encarar o desafio da intrasetorialidade, redefinindo a porta de entrada por meio da articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS), em especial a Estratégia de Saúde da Família (ESF), cujas ações se organizam com referência em uma base territorial e em critérios epidemiológicos, priorizando os problemas mais comuns em uma dada comunidade e visando a maximizar a saúde e o bem-estar das pessoas (Dias *et al.*, 2010). A partir da APS se organizariam os encaminhamentos

aos Cerests e à rede assistencial de média e alta complexidade (Brasil, 2002). Destaca-se a necessidade de construir “um corpo técnico capaz de formular e apoiar a efetivação de ações programáticas para consolidar o campo de saúde do trabalhador,” além da necessidade de promover uma efetiva articulação transetorial (Minayo-Gomez & Lacaz, 2005: 798).

Nesse sentido, Minayo-Gomez & Lacaz (2005) acenam para a ausência efetiva de uma Política Nacional, com princípios norteadores, diretrizes, estratégias e metas capazes de garantir a efetividade das ações para prevenir e promover a saúde dos trabalhadores.

A PNST visa à redução dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. Suas diretrizes, descritas na portaria n. 1.125,² compreendem a atenção integral à saúde, a articulação intra e intersetorial, a estruturação da rede de informações em saúde do trabalhador, o apoio a estudos e pesquisas, a capacitação de recursos humanos e a participação da comunidade na gestão dessas ações.

Com vistas a superar a lacuna anteriormente apontada é que se

² Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1125.htm>>.

vem construindo a reformulação da PNST. Esta política, que tem abrangência e define diretrizes, responsabilidades institucionais e mecanismos de financiamento, gestão, acompanhamento e controle social, tem o objetivo de propiciar

“promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio de eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho” (Brasil, 2011).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída em 2006, também caminha na direção da assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, bem como à formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer:

A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal, na qual se confere visibilidade às situações de risco, aos diferentes grupos sociais e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes em nosso país, com objetivo de estabelecer mecanismos para reduzir as situações de vulnerabilidade, que defendam a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. (Brasil/MS, 2010: 12)

Uma importante medida, seguindo esse mesmo rumo, voltada a promover melhorias do trabalho no setor saúde, adotada pelo Ministério da Saúde em maio de 2011, foi a assinatura das Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS – Protocolo da Mesa de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde – SUS n. 08/2011. Esta política tem como objetivo promover a melhoria das condições de saúde do trabalhador do setor de saúde, por meio do controle dos fatores de risco e da facilitação do acesso, por parte desses trabalhadores, aos serviços de atenção integral à saúde.

Considera-se também relevante a Política Nacional de Humanização (PNH), voltada à produção da saúde, que, a partir de 2004, preconiza a construção de redes cooperativas, estimulando o protagonismo e a autonomia de sujeitos e coletivos e sua corresponsabilidade nos processos de gestão e atenção (Brasil/MS, 2004).

Ressalta-se a necessidade de mudanças no modelo de gestão e atenção à saúde que valorizem o protagonismo dos trabalhadores da saúde, importante para que o direito constitucional à saúde para todos seja garantido e urgente porque tal

debate é uma condição para viabilizar uma saúde digna para todos (Brasil/MS, 2004).

Dessa forma, considera-se que humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais, ou seja, é a tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos (Brasil/MS, 2004).

A humanização estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na *pólis*, na relação entre os homens, que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz. (Brasil/MS, 2004: 8)

Adotar a PNH como uma política transversal – entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva – é imperativo para a produção da

saúde, de forma, que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno, com capacidade de criar novas ações e de poder participar como cogestores de seu processo de trabalho. Humanizar a atenção em saúde contribui para a qualificação da atenção e da gestão: é prover uma atenção integral, equânime, com responsabilização e vínculo, para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo (Brasil/MS, 2004).

A preocupação com a saúde dos trabalhadores se amplia e, em 2010, por meio da portaria normativa n. 3 (Brasil, 2010) foram estabelecidas as orientações básicas sobre a Noss com o objetivo de definir as diretrizes gerais para implementação das ações de vigilância nos ambientes e processo de trabalho e promoção à saúde do servidor. Entre tais diretrizes, temos: participação dos servidores em todas as etapas do processo de atenção à saúde; cogestão pelo compartilhamento do poder entre os diferentes atores sociais que participam e/ou integram o processo; formação e capacitação, mantendo uma política de formação permanente e capacitação nas áreas de vigilância e promoção à saúde do servidor; acesso à informação, sobretudo aquelas referentes aos

riscos e aos resultados de pesquisas a respeito da saúde. A portaria n. 3 propõe ainda como diretrizes a integralidade das ações; a regionalização e a descentralização; a transversalidade; a intra e a intersectorialidade; o embasamento epidemiológico; a transdisciplinaridade; e a pesquisa-intervenção como metodologia que permite a integração do saber científico com o saber prático.

A Noss integra a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor nos aspectos referentes à vigilância e à promoção da saúde, sustentando-se na interrelação entre os eixos de vigilância e promoção, perícia médica e assistência à saúde do Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (Siass) e no trabalho em equipe multiprofissional com abordagem transdisciplinar (Brasil, 2010).

A saúde e a segurança do trabalho do servidor público federal representam demandas a mais por políticas em função das particularidades desse grupo. Ao longo da história da administração pública, observa-se que sua conduta se restringia a normas de aposentadoria, remuneração de licenças para tratamento de saúde e instituição de adicional de salubridade e periculosidade, no que se refere aos direitos dos servidores

relacionados à saúde no trabalho (Andrade, 2009).

Nos últimos sete anos, esforços vêm sendo empreendidos no sentido resolver antigas questões relacionadas à saúde e à segurança no trabalho no serviço público. Assim, em 2003, foi criada a Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor e, em 2006, o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal (Sisosp) (Brasil, 2010). Mas foi a partir do ano de 2007 que se estabeleceu o compromisso de construir e de implantar, de forma compartilhada, uma Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (Pass), sustentada por um sistema de informação em saúde do servidor, uma sólida base legal, uma rede de unidades e serviços e recursos financeiros específicos para a implementação de ações e projetos. Esse movimento resultou na criação, por meio do decreto n. 6.833, do Siass, no ano de 2009, através da reformulação do Sisosp (Brasil, 2010).

Os avanços foram consequência de um processo de decisão coletiva, e a mudança da sigla buscou destacar o caráter de atenção integral à saúde do trabalhador. Desde então, o principal desafio tem sido

implementar uma política de atenção à saúde baseada na equidade e na universalidade de direitos e benefícios, na uniformização de procedimentos, na otimização de recursos e na implementação de medidas que produzam melhorias na saúde dos servidores públicos federais (Brasil, 2010).

Na perspectiva de viabilizar possibilidades e de dimensionar as questões relacionadas à saúde dos servidores públicos, está em desenvolvimento e em uso parcial um sistema de informação com o objetivo de consolidar os registros sobre a saúde desses trabalhadores, para que se possa ter as informações com estrutura de análise da visão epidemiológica, a fim de produzir informação para ação. O sistema representa uma ferramenta adequada para estruturar um programa de capacitação e educação continuada para os atores relacionados à atenção a saúde dos servidores (Andrade, 2009). Trata-se, portanto, da construção e da consolidação de uma política transversal de gestão de pessoas, a ser sustentada a partir da vigilância, promoção à saúde, assistência à saúde do servidor e perícia em saúde e fundamentada na abordagem biopsicossocial, em informação epidemiológica, no trabalho interdisciplinar e na avaliação dos locais de trabalho (Brasil/MS, 2010).

Entretanto, apesar de ser um avanço na perspectiva da saúde do trabalhador, o Siass ainda não foi incorporado integralmente pelos gestores institucionais e também pelo corpo funcional, o que contribui para não inclusão dessa temática na agenda de prioridades gerenciais (Andrade, 2009).

Por sua vez, os trabalhadores, cujos contratos de trabalho são regidos pela CLT, têm como marco regulatório de suas relações, no campo da segurança e medicina do trabalho, as normas regulamentadoras (NRs) criadas pela portaria n. 3.214 do Ministério de Trabalho em 1978, inicialmente com 28 NRs (Brasil, 1978).

A NR 32 (Brasil, 2005), criada no final da década de 1990, tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Para fins de aplicação desta NR, entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível

de complexidade. Ao incorporar o conceito de edificação, todos os trabalhadores que exercem atividades nestas edificações, relacionadas ou não com a promoção e a assistência à saúde, são abrangidos pela norma. Por exemplo, atividades de limpeza, lavanderia, reforma e manutenção.

Esta norma tem por objetivo prevenir os acidentes e o adoecimento causado pelo trabalho nos profissionais da saúde. Assim, recomenda, para cada situação de risco, a adoção de medidas preventivas e a capacitação dos trabalhadores. Abrange as situações de exposição aos diversos agentes presentes no ambiente de trabalho, como os agentes de risco biológico; agentes de risco químico; agentes de risco físico, com destaque para as radiações ionizantes. Trata ainda dos resíduos (descarte), lavanderia, limpeza, conservação do ambiente e capacitação profissional. Também cuida de orientar os profissionais sobre os riscos diários e a prevenção de acidentes, através da capacitação inicial, contínua e em face de mudança do local de trabalho.

A NR 32 abrange ainda a obrigatoriedade da vacinação a todo trabalhador dos serviços de saúde, que deverá ser fornecida gratuitamente, contra tétano, difteria, hepatite B e as demais vacinas especificadas no

Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).

Considera-se, para fins de aplicação desta NR, como risco biológico, a probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos, ou seja, a micro-organismos, geneticamente modificados ou não; às culturas de células; aos parasitas; às toxinas e aos príons. Como risco químico, agentes químicos, substâncias, compostos ou produtos químicos em suas diversas formas de apresentação – líquida, sólida, plasma, vapor, poeira, névoa, neblina, gasosa e fumo.

A NR 32 abrange ainda a obrigatoriedade da vacinação a todo trabalhador dos serviços de saúde, que deverá ser fornecida gratuitamente, contra tétano, difteria, hepatite B e as demais vacinas especificadas no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO).

No caso do gerenciamento de resíduos, a NR 32 dedicou especial atenção ao seu tratamento, por suas implicações na biossegurança pessoal e no meio ambiente. Importante ressaltar que a NR não desobriga o cumprimento da Resolução Anvisa RDC

n. 306, de 7 de dezembro de 2004, e da Resolução Conama n. 358, de 29 de abril de 2005, que dispõem sobre o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e sobre a necessidade da designação de profissional, com registro ativo junto ao seu conselho de classe, com apresentação de Anotação de Responsabilidade Técnica (ART), Certificado de Responsabilidade Técnica ou documento similar, quando couber, para exercer a função de responsável pela elaboração e pela implantação do PGRSS.

Recentemente, o Ministério do Trabalho e do Emprego publicou a portaria n. 1.748, de 30 de agosto de 2011 (Brasil, 2011). De acordo com essa portaria, o subitem 32.2.4.16 da NR 32 passa a vigorar com a seguinte redação:

32.2.4.16. O empregador deve elaborar e implementar Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes, conforme as diretrizes estabelecidas no Anexo III desta Norma Regulamentadora.

32.2.4.16.1. As empresas que produzem ou comercializam materiais perfurocortantes devem disponibilizar, para os trabalhadores dos serviços de saúde, capacitação sobre a correta utilização do dispositivo de segurança.

32.2.4.16.2. O empregador deve assegurar, aos trabalhadores dos serviços de saúde, a capacitação prevista no subitem 32.2.4.16.1.

Esta portaria aprova ainda o Anexo III da NR 32, Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes, e ao empregador confere a responsabilidade de elaborar e implantar este plano. Dessa forma, visa à proteção, segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Para isso, o empregador deve constituir uma comissão gestora multidisciplinar responsável por elaborar, implementar e atualizar o plano de prevenção de riscos com materiais perfurocortantes. A esta comissão cabe ainda analisar as informações existentes no Plano de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e no PCMSO, além das referentes aos acidentes ocorridos com materiais perfurocortantes, bem como estabelecer prioridades em relação à adoção de medidas de controle para a prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes, à seleção de materiais perfurocortantes com dispositivo de segurança e à capacitação dos trabalhadores.

3. IDENTIFICANDO OS DESAFIOS

Apesar de todo esse arcabouço regulatório, existe um profundo desconhecimento do dimensionamento do impacto do trabalho na saúde dos trabalhadores. Podemos considerar a ponta desse *iceberg* os dados do Ministério da Previdência e Assistência Social, que, no ano de 2010, divulgaram a ocorrência de 701.496 acidentes de trabalho em trabalhadores vinculados ao seu sistema, o que representa uma base populacional de cerca de 28 milhões de trabalhadores (Brasil/MPAS, 2011).

Essa situação indica a necessidade de investimentos em capacitação de recursos humanos, articulação e harmonização das bases de dados de interesse à saúde do trabalhador; implantação de infraestrutura de informática nos níveis locais e de coleta das informações na rede de serviços do SUS e integração e articulação interministerial (Facchini *et al.*, 2005). Reflete ainda a fragilidade da aplicação da legislação e de regulação das condições relativas à saúde dos trabalhadores.

Diante desse quadro, destacamos que apesar dos avanços significativos tanto no campo conceitual quanto na ampliação de recursos legais na saúde do trabalhador, a vigilância em saúde do trabalhador da saúde necessita

de articulação intra e interinstitucional, de ações interdisciplinares e transversais, de participação dos trabalhadores, de um sistema de informação capaz de nortear as ações de vigilância e de uma consolidação institucional, com um concomitante aprofundamento das ações com base em problemas originados das reais condições de trabalho (Machado, 2011; Santos & Lacaz, 2011).

Apesar dos avanços significativos tanto no campo conceitual quanto na ampliação de recursos legais na saúde do trabalhador, a vigilância em saúde do trabalhador da saúde necessita de articulação intra e interinstitucional, de ações interdisciplinares e transversais, de participação dos trabalhadores, de um sistema de informação capaz de nortear as ações de vigilância e de uma consolidação institucional.

Nos capítulos a seguir serão apresentados o arcabouço teórico, as abordagens metodológicas e os efeitos estudados no setor saúde. No capítulo 5 é desenvolvida uma proposta de organização das ações de Visat, que se fundamenta nos elementos citados anteriormente.

4. REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. T. *O Processo de Implementação da Política de Atenção à Saúde do Trabalhador em Instituições Públicas Federais: o desafio da integralidade*, 2009. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

BALISTA, S. R. R.; SANTIAGO, S. M. & CORRÊA-FILHO, H. R. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(4): 759-768, 2011.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. NR 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, 2005. Disponível em: <[http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D32401BA60132632362521B47/NR-32%20\(atualizada%202011\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D32401BA60132632362521B47/NR-32%20(atualizada%202011).pdf)>. Acesso em: 6 jun. 2012.

BRASIL. Portaria n. 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Brasília. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/63/mte/1978/3214.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

BRASIL. Portaria n. 1.679 /GM, de 19 setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde. Brasília. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

BRASIL. Portaria n. 2.437/GM, de 7 dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – Renast no Sistema Único de Saúde. Brasília. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

BRASIL. Portaria Normativa n. 3, de 7 de maio de 2010. Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor – NOSS aos órgãos e entidades do Sistema de Pessoal Civil da Administração Pública Federal – Sipec. Brasília: Disponível em: <www.servidor.gov.br/noticias/noticias10/arq_down/100507_port_normat_3.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2011.

BRASIL. Portaria n. 1.748, de 30 de agosto de 2011. Brasília. Disponível em: <http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C816A31F92E65013224E36698767F/p_20110830_1748%20.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Legislação em Saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.120, de 1º de julho de 1998. Dispõe sobre a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Legislação em Saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhadores – Renast. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Legislação em Saúde: caderno de legislação em saúde do trabalhador*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde* 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Estatísticas da Previdência Social: Anuário Estatístico da Previdência Social – Acidentes de Trabalho*. Disponível em: <www3.dataprev.gov.br/infologo/>. Acesso em: 6 nov. 2011.

BRITO, J. Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(suppl. 2): S141-S144, 1997.

DIAS, E. C. *et al.* Construção da Renast em Minas Gerais: a contribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), 2002-2007. *Revista Médica de Minas Gerais*; 20(suppl.2): S66-S74, abr.-jun. 2010.

FACCHINI, L. A. *et al.* Sistema de informação em saúde do trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4): 857-867, 2005.

LAURELL, A. C. & NORIEGA, M. *Processo de Saúde e Produção e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1987.

LACAZ, F. A. C. *Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical*, 1996. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

LACAZ, F. A. C.; MACHADO, J. H. M. & PORTO, M. F. S. *Estudo da Situação e Tendências da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil*, 2002. (Relatório Final – Mimeo)

LOURENÇO, E. A. S. & BERTANI, I. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 32(115): 121-134, 2007.

MACHADO, J. H. M. *Alternativa e Processos de Vigilância em Saúde do Trabalhador: a heterogeneidade da intervenção*, 1996. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(suppl. 2): 33-45, 1997.

MACHADO, J. M. H. A propósito da vigilância em saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4): 987-992, out.-dez. 2005.

MACHADO, J. M. H. Perspectivas e pressupostos da vigilância em saúde do trabalhador no Brasil. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H & PENA, P. G. L. (Orgs.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

MACHADO J. M. H. & PORTO, M. F. S. Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 12(3): 121-130, 2003.

MINAYO-GOMEZ, C. & THEDIM-COSTA, S. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (suppl.2): 95-109, 1997.

MINAYO-GOMEZ, C. & LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas e velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4): 797-807, 2005.

ODDONE, I. et al. *Ambiente de Trabalho – a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.

SANTOS, A. P. L. dos. & LACAZ, F. A. de C. Saúde do Trabalhador no SUS: contexto estratégias e desafios. In: MINAYO-GOMEZ, C.; MACHADO, J. M. H. & PENA, P. G. L. (Orgs.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

SANTOS, A. L. & RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trabalho Educação e Saúde*, 8(3): 387-406, 2010.

RAMOS, J. C. L. *Especialização em Saúde do Trabalhador no Brasil: estudo dos cursos realizados no período de 1986 a 2006, 2008*. Dissertação de Mestrado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, UFBA.

SCHERER, V. et al. Sinan-NET: um sistema de informação à vigilância na saúde do trabalhador. *Cogitare Enfermagem*, 12(3): 330-307, jul.-set. 2007.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(suppl.): S153-S162. 2002.

VASCONCELLOS, L. C. F. *Saúde, Trabalho e Desenvolvimento Sustentável: apontamentos para uma política de Estado, 2007*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

VASCONCELLOS, L. C. F. & RIBEIRO, F. S. N. Investigação epidemiológica e intervenção sanitária em saúde do trabalhador: o planejamento segundo bases operacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(2): 269-75, abr.-jun. 1997.

VASCONCELLOS, L. C. F. & LEÃO, L. H. da C. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): uma rede que não enreda. In: VASCONCELLOS, L. C. F. & OLIVEIRA, M. H. B. de. (Orgs.). *Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória*. Rio de Janeiro: Editora Cândido Mendes, 2011.

VASCONCELLOS, L. C. F.; ALMEIDA, C. V. B. de & GUEDES, D. T. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. *Trabalho, Educação e Saúde*, 7(3): 445-462, nov.2009-fev.2010.

VASCONCELLOS, M. C.; PIGNATTI, M. G. & PIGNATI, W. A. Emprego e acidentes de trabalho na indústria frigorífica em áreas de expansão do agronegócio, Mato Grosso, Brasil. *Saúde Sociedade*, 18(4): 662-672, dez. 2009.

2

ALGUNS CONCEITOS ARTICULADOS NA DISCUSSÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

**Maria Elizabeth Barros e Barros
Serafim Barbosa Santos Filho
Rafael da Silveira Gomes**

No capítulo anterior foi sinalizada a centralidade da categoria processo de trabalho no campo da vigilância em saúde do trabalhador (Visat). Contudo, estudos recentes indicam a necessidade do aporte de outros constructos a serem articulados a essa categoria. Nessa direção, colocam-se como relevantes análises que considerem as relações de gênero, o impacto da violência e de outras situações atualmente vivenciadas no cotidiano dos serviços, compondo categorias analíticas abordadas no capítulo 3 do *Panorama*.

Pesquisas com relatos de trabalhadores da saúde apontam, insistentemente, uma relação desprazerosa com o trabalho que desenvolvem. Tal relação, desde há muito sinalizada, indica as mudanças no modo de produção no contemporâneo, caracterizado pela precarização das relações de trabalho, pela contínua perda dos direitos de proteção ao trabalhador, pelas instáveis formas de contratação, pelo baixo investimento em processos de educação permanente, pelos fracos vínculos que os trabalhadores estabelecem nos e com os seus espaços / processos de trabalho (Barros & Benevides de Barros, 2007). Acrescido a esse quadro, destacam-se os aspectos ambientais próprios dos estabelecimentos de saúde, que abrigam situações noci-

vas e perigosas à saúde dos profissionais, e os desafios colocados pelos novos paradigmas do cuidado, que produzem modificações importantes nas relações entre os profissionais e os usuários, impactando de forma radical a atividade dos trabalhadores da saúde. Chama-nos a atenção a sistemática (re)incidência, seja das queixas, seja no modo como elas têm sido respondidas.

Recentemente foram aprovadas as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS (Protocolo, 008/2011), que reafirmam a importância de se criarem instrumentos para o planejamento de ações que visem à promoção da saúde do trabalhador da saúde, destacando-se que qualidade do trabalho e promoção de saúde implicam também, dentre outras ações, a existência de planos de carreiras, cargos e salários, educação permanente, desprecarização dos vínculos de trabalho, cessão e provimento de profissionais, gestão democrática, ambientes e processos de trabalho adequados às especificidades dos serviços.

Tais diretrizes acenam para a importância do enfrentamento dos aspectos gerais e específicos dos ambientes e da organização do tra-

balho que propiciam a ocorrência de agravos à saúde, e, principalmente, acenam para a importância do desenvolvimento de ações que possam ampliar o poder de agir dos trabalhadores. Para a efetivação desses objetivos, são necessárias medidas no âmbito da gestão e garantia de acesso a serviços de atenção integral ao trabalhador da saúde, incluindo ações de prevenção de agravos, vigilância, assistência, recuperação e reabilitação. O referido documento destaca, ainda, a indissociabilidade entre gestão, atenção e estratégias de democratização das relações de trabalho a serem efetivadas por meio da participação dos trabalhadores em todas as etapas dos processos de planejamento, execução e monitoramento das ações de saúde.

Juntamente com essas iniciativas institucionais de incentivo à melhoria do trabalho, reverter a situação de precarização implica avançar nas pesquisas nas áreas que possam subsidiar políticas públicas para os trabalhadores. Não basta constatar a precariedade vivida nos estabelecimentos de saúde hoje. A tarefa é construir estratégias e dispositivos que revertam essa situação. O desafio, então, é avançar na construção de pesquisas que não só indiquem e visibilizem a situação atual, mas que possam indicar caminhos para trans-

formá-la. Nesse sentido, impõe-se a necessidade de se criarem conceitos que funcionem como instrumentos auxiliares nesse processo.

Trabalhar com conceitos não é arbitrário quando se considera que eles são operadores de realidade, ferramentas com força crítica, que produzem crise, desestabilizam (Benevides de Barros & Passos, 2000). A criação de um conceito é uma prática social cujo trabalho consiste em dar sentido a outras práticas sociais e em contribuir para transformação. Sua força reside exatamente na intervenção concreta que produz na prática, sendo, portanto, crítica da realidade existente, com vistas à sua transformação.

Dessa forma, definir / precisar alguns conceitos iguais aos referidos aqui (trabalho, processo de produção, atividade, serviço, tecnologia, coletivo, transversalidade, gestão, subjetividade, transdisciplinaridade e outros) como ‘caixa de ferramentas conceituais’ para ações no campo do trabalho em saúde implica extrair desses conceitos sua potência de produzir uma torção nas práticas em curso nos estabelecimentos que têm gerado agravo à saúde dos trabalhadores. Pensar práticas que promovam rupturas nos modos hegemônicos em curso, visando à

reversão da situação que tem produzido insatisfação e adoecimento entre os trabalhadores, significa precisar um modo de utilizar conceitos operando de forma que se constituam em instrumentos para efetivação da torção desejada.

Trabalhar com conceitos não é arbitrário quando se considera que eles são operadores de realidade, ferramentas com força crítica, que produzem crise, desestabilizam.

Muitos conceitos formulados no campo da 'saúde e trabalho' podem ter diversas definições, dependendo dos contextos, dos usos, do autor, enfim, de uma infinidade de aspectos que precisam ser considerados. Um exemplo é o uso do conceito de interdisciplinaridade que tem sido empregado como sinônimo de transdisciplinaridade quando em referência a trabalhos

em equipe nos quais se pretende falar de um trabalho multiprofissional, ou seja, um trabalho que inclui diferentes profissionais na execução de ações específicas nas práticas do cuidado.

Portanto, conceitos que têm sua definição como evidente e consensual podem ocasionar confusões quando utilizados de forma indiscriminada, fazendo-os perder em rigor conceitual, em precisão, em força, e, principalmente, perder as condições de sua emergência, do processo de sua produção. Uma opção conceitual é sempre uma escolha dentre outras possíveis, e uma escolha é, portanto, política, uma vez que envolve interesses, saberes, poderes, que constituem modos de ver o mundo, de nele existir, de inventá-lo. Esse é o objetivo deste texto: problematizar as escolhas teórico-metodológicas que fazemos, contribuindo para as pesquisas e intervenções nos estabelecimentos de saúde.

1. PROCESSOS DE TRABALHO E DE PRODUÇÃO DE SAÚDE-DOENÇA

Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais.

Marx

Karl Marx é o autor que indica a matriz básica para compreensão do processo de trabalho como categoria analítica. Ao ressaltar o trabalho como atividade exclusiva dos homens, em sua capacidade de antecipar – imaginando e planejando – o que vão fazer (ou como se apropriar da natureza), Marx concebe o trabalho no âmbito de uma eterna relação entre o homem e a natureza, resultando em transformação de ambos. Nesse caminho, identifica os elementos fundamentais que estão presentes em todo e qualquer tipo de trabalho,

isto é, processo que articula objetos, instrumentos / tecnologia e força de trabalho (atividade em si mesma e organização), em direção a uma finalidade (Marx, 1988). Estes são os elementos gerais que caracterizam a base concreta ou técnica do trabalho e que assumem formas específicas no modo de produção capitalista, em sua lógica de ampliação permanente da produtividade, processo conhecido como de acumulação do capital ou de valorização / produção de mais valia.

Nesse contexto, Marx situa o trabalho nas esferas da produção e do consumo – âmbito da reprodução social – e indica a posição que o homem / trabalhador passou a ocupar no processo capitalista de produção. Se na sociedade capitalista a finalidade maior do trabalho é a produção de mais valia, os mecanismos que asseguram essa produção forjam a substituição do trabalho vivo (trabalhadores) por trabalho morto (tecnologia / maquinário) e efetivam a divisão do trabalho com a separação entre os atos de planejar e de executar, expropriando o trabalhador de seu saber-fazer e do controle sobre o seu trabalho, caracterizando a sua

condição de subsunção ou subordinação ao processo de valorização do capital.

A discussão do trabalho, enfatizando as características de sua organização no modo de produção capitalista, acena então para o entendimento de sua repercussão nas condições de vida, saúde e doença do trabalhador, considerando os pressupostos de Marx de que o capitalismo modifica a relação do homem com a natureza, e o trabalho como atividade criadora passa a se constituir como meio do processo de valorização / produção de mais valia (Marx, 1988).

É importante ressaltar que, nesses marcos referenciais, a realidade social é entendida na perspectiva da historicidade e da tensionalidade, realidade sempre permeada por conflitos e contradições. Isso indica que nesse processo histórico os trabalhadores sempre encontram diversas formas de resistência às práticas de controle e dominação, comportando-se também como sujeitos desses processos.

Tendo em Marx a referência de teoria social para a compreensão do processo biopsíquico humano, pesquisadores da medicina social / saúde coletiva e saúde do trabalhador tomam como base as categorias

‘classe social’, ‘processo de produção’ e ‘processo de trabalho’ para articulação de um modelo de determinação social do processo saúde-doença e de problematização da relação trabalho/saúde, demarcando o caráter histórico dessa relação (Laurell, 1983; Breilh, 1986; Nunes, 1989; Garcia, 1989; Laurell & Noriega, 1989; Facchini, 1994a, 1994b).

Desse referencial derivam algumas categorias analíticas tradicionalmente utilizadas na saúde do trabalhador, com o potencial de contribuir na explicação da relação entre exposição a determinados tipos de trabalho e problemas que acometem os trabalhadores. As categorias ‘cargas de trabalho’ e ‘desgaste’ (Laurell & Noriega, 1989), úteis para o entendimento da influência do processo de produção no consumo da força de trabalho e na capacidade vital do trabalhador, emergem como importantes conceitos no histórico da elaboração teórico-metodológica em saúde do trabalhador.

Segundo Laurell e Noriega (1989), o processo de produção condiciona os modos de inserção no trabalho e o modo particular de realização do processo de trabalho, nele interagindo vários elementos entre si e com o corpo do trabalhador. As ‘cargas’ entendidas em superação ao concei-

to restrito de ‘risco’, adquirem materialidade no organismo humano, levando a diferentes adaptações e ao ‘desgaste’, entendido como perda da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica.

A discussão do trabalho, enfatizando as características de sua organização no modo de produção capitalista, acena então para o entendimento de sua repercussão nas condições de vida, saúde e doença do trabalhador, considerando os pressupostos de Marx de que o capitalismo modifica a relação do homem com a natureza, e o trabalho como atividade criadora passa a se constituir como meio do processo de valorização / produção de mais valia.

Na compreensão do desgaste e do sofrimento no trabalho, autores de reconhecida relevância como Dejours e Oddone trazem importantes contribuições. Em Dejours (1988), os conceitos de ‘condições de trabalho’ e de ‘organização do trabalho’ abrem-se para a distinção de dois grandes âmbitos de ‘fontes mediadoras’ dos efeitos do trabalho na saúde: as ‘condições de trabalho’, dizendo respeito às condições físicas, químicas e biológicas do ambiente, e a ‘organização do trabalho’, referindo-se à divisão técnica e social, incluindo os modos de gestão adotados para controle da força de

trabalho. O Modelo Operário, em Oddone (1986), trouxe outro importante conjunto de conceitos possíveis de serem articulados às alternativas de estudo da relação trabalho-saúde, pondo em relevo sobretudo a experiência ou a subjetividade do trabalhador e a condição de sujeitos protagonistas da investigação de seu próprio processo de trabalho-saúde, assim convocando e legitimando sua inclusão no âmbito da geração de conhecimento sobre a realidade.

O processo de trabalho na saúde compartilha características comuns ao processo de trabalho em geral (em todos os setores da economia), com uma direcionalidade técnica inerente a qualquer trabalho humano, e assim passível de uma análise macroeconômica geral nos moldes efetuados por Marx (Nogueira, 1994, 2000). Além disso, aqui nos interessa pensar os processos de trabalho em saúde na perspectiva da relação trabalho-saúde-doença. Para isso, tomamos o setor saúde em sua característica de ‘serviço’, categoria entendida não apenas como classificação econômica, mas como conceito por meio do qual se pode analisar a organização do trabalho e seus efeitos na saúde-doença.

2. O TRABALHO EM SAÚDE E SUAS CARACTERÍSTICAS COMO SETOR DE SERVIÇOS

Na definição genérica dada por Marx, serviço é o efeito útil de alguma coisa, mercadoria ou trabalho, resultando da utilização de bens ou da força de trabalho em seu aspecto de valor de uso. Não se trata da geração de um produto no sentido da produção industrial, uma vez que nem sempre resulta em um bem material de um consumidor que o solicitou (Marx, 1988; Nogueira, 2000; Gadrey, 2001).

Como em outros processos de trabalho em geral, no campo da saúde visa-se à produção de um efeito útil, mas com o diferencial de se levar em conta a história do usuário e suas necessidades particulares. Isso põe em destaque a concepção de serviço no sentido de uma prática que se modela permanentemente para atender às singularidades, numa adequação constante ao particular, às características do indivíduo e ao seu contexto de problemas e demandas. Assim, salienta-se que o serviço de saúde nunca resulta de uma aplicação de regras gerais num processo de trabalho genérico, mas que pressupõe uma aplicação de conhecimentos (e variadas técnicas e tecnologias) ao particular, numa

situação de inter-relação na qual o usuário fornece alguns valores de uso e participa ativamente do processo (Nogueira, 2000).

...salienta-se que o serviço de saúde nunca resulta de uma aplicação de regras gerais num processo de trabalho genérico, mas que pressupõe uma aplicação de conhecimentos (e variadas técnicas e tecnologias) ao particular, numa situação de inter-relação na qual o usuário fornece alguns valores de uso e participa ativamente do processo.

Na perspectiva de Zarifian (2001a, 2001b, 2001c, 2003), o conceito de serviço não é abordado apenas como representação de um setor da economia, mas como um referencial inovador para avaliação da ‘produção’ em qualquer setor. Em sua visão, o trabalho em uma relação / produção de serviço é, necessariamente, uma arena de interação de recursos e de pessoas, que aprendem com o próprio fazer, com a experiência coletiva, gerando resultados (mudanças) considerados válidos, úteis, pelas pessoas. Assim, só se pode falar em produção / relação de serviço se houver a produção de transformação na vida dos sujeitos, em suas ‘condições de atividade’. No que tange à prestação

de serviços para o destinatário-fim, a produção / relação de serviço se traduz em uma mudança nas condições de existência da população usuária (um indivíduo ou grupo). No que tange à organização do trabalho, essa concepção compreende os profissionais / trabalhadores como sujeitos que também se transformam no / com o trabalho.

Nesses âmbitos de compreensão do ‘trabalho como relação de serviço’, Zarifian traz seus elementos essenciais para análise de situações de trabalho, produtividade e mudança organizacional. Tais elementos estão remetidos às condições concretas de trabalho, nas quais se entrecruzam os ‘sentidos’ e ‘valores’ dados pelos trabalhadores à sua atividade e onde se dá a produção de ‘competência’, que está ligada à ‘mobilização individual e coletiva do conhecimento prático’ e à capacidade de ‘assumir iniciativa’ (Zarifian, 2001a, 2001b, 2001c, 2003).

Os primeiros estudos no campo da saúde coletiva que abordam o processo de trabalho e os serviços de saúde – principalmente as referências clássicas de Donnangelo (1976) e Gonçalves (1994) – acenam para a concepção de serviço sempre associada à característica de concomi-

tância entre o produto e o consumo, fato que se dá pelo ato do cuidado. Nesse sentido, o trabalho em saúde como prestação de serviços traz a característica especial da presença humana em todos os componentes do processo, isto é, o ser humano e suas necessidades encarnando-se como ‘objetos’ de intervenção, com a finalidade de produzir ações de saúde ou, mais precisamente, de ‘produzir saúde’. Esse processo traz ainda outra característica especial: a de se instituir como interferência mútua através da interação entre o ator que demanda e o que presta os serviços (utilizando-se de diversos saberes / recursos), cada ator com história e conhecimentos singulares, vivos, que devem ser ‘acolhidos’ e interagirem constituindo-se ambos os atores como sujeitos na ação. Todos, portanto, interferindo no processo e no resultado final.

Em contrapartida, o processo de trabalho em saúde também traz a particularidade de envolver uma multiplicidade de atividades, numa diversidade de atos diagnósticos e terapêuticos executados de forma parcelada, fazendo-se demonstrar a característica de divisão e de fragmentação no âmbito da sua direcionalidade técnica; compartimentação que é vivida tanto do ponto

de vista do consumidor quanto do trabalhador (Nogueira, 2000). Essa característica de fragmentação tem sido ressaltada em estudos recentes, que revelam a sua permanência (ou acentuação), apesar das diretrizes propostas para os novos modelos assistenciais em saúde, sobretudo embasadas no que deveria ser o trabalho planejado e desenvolvido de modo integrado em equipes multiprofissionais (Santos Filho & Barros, 2007; Santos Filho, 2011).

...o trabalho em saúde como prestação de serviços traz a característica especial da presença humana em todos os componentes do processo, isto é, o ser humano e suas necessidades encarnando-se como 'objetos' de intervenção, com a finalidade de produzir ações de saúde ou, mais precisamente, de 'produzir saúde'.

A incorporação de novos e múltiplos recursos tecnológicos (incluindo procedimentos, instrumentos, conhecimento, normas, informação e outras várias tecnologias) no processo de

trabalho em saúde (questão a ser retomada a seguir) parece agravar a situação de fragmentação, de separação entre concepção e execução e de prevalência do trabalho morto, o que torna pertinente a observação de Nogueira (2000: 62) de que

“os serviços geram um enredo de alienação que muito tem a ver com as situações clássicas abordadas por Marx no século passado e que hoje já não são tão peculiares do trabalhador produtivo”.

Muitos autores (Zarifian, 2001a, 2001b; Salerno, 2001) chamam a atenção para a chamada ‘industrialização dos serviços’, entendida como a adoção de técnicas e de métodos tipicamente associados à indústria (como técnicas de padronização de produtos, de produção em massa, de ‘parcelização’, de separação entre planejamento e execução, de normatização das atividades), enfim, para todo o arcabouço metodológico e conceitual do taylorismo – o setor hospitalar sendo bem ilustrativo dessa tendência, uma vez que possui base infraestrutural de característica tipicamente industrial (Salerno, 2001).

3. A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA, A INCORPORAÇÃO TECNOLÓGICA E OS MODELOS TECNOASSISTENCIAIS EM SAÚDE

Os estudos pioneiros que abordaram o modo de produção em saúde (Donnangelo, 1976) abriram caminho para abordagens que se seguiram nas últimas décadas, focando o processo de trabalho e a incorporação tecnológica (Merhy, 1997, 2002; Campos, 1992; Schraiber, 1993; Gonçalves, 1994; Cecílio, 1994; Nogueira, 1994; Franco, 2003). Nessa temática, Mehry (1997, 2002) é um dos autores a trazer para o campo da saúde a discussão sobre 'reestruturação produtiva e transição tecnológica', conceitos que se referem à introdução de novas tecnologias no mundo do trabalho e às repercussões na sua dinâmica organizativa, na prestação do serviço ao usuário e nas relações sociais de trabalho. Por reestruturação produtiva na saúde entendem-se as mudanças realizadas no sistema produtivo que geram impactos nos processos de trabalho, em sua conformação tecnológica, e que levam a mudanças na forma de produção, organização e prestação da assistência aos usuários.

Mehry associa a discussão da reestruturação produtiva a uma tipologia de tecnologias específicas

que estão imbricadas no processo de trabalho em saúde, nomeadas como tecnologias 'duras', 'leveduras' e 'leves'. A primeira refere-se aos instrumentos, em sentido de maquinário (identificada à ideia de trabalho morto, o que se manifesta em um produto já realizado, o equipamento, por exemplo); a segunda, ao saber técnico estruturado; e a terceira, às relações entre sujeitos, que só possuem materialidade em ato, e que por isso estão associadas ao trabalho vivo. Constata-se que, para além dos instrumentos / equipamentos/insumos e do conhecimento técnico, há 'algo nuclear' no trabalho em saúde, que são as relações entre os sujeitos e o seu agir cotidiano. E esse permanente agir no campo de produção da saúde configura, então, a micropolítica do trabalho vivo em ato (Mehry, 1997, 2002).

A produção do cuidado espelha a predominância de uma ou outra dessas tecnologias, conforme a direção dos modelos tecnoassistenciais. No padrão hegemônico em que se dá a reestruturação produtiva, há predominância da lógica instrumental-dura, que induz ou

acentua um trabalho fragmentado, estruturado através de atos prescritivos, centrado nos insumos / maquinário e em procedimentos e não nas necessidades dos sujeitos, isto é, sem produzir interferência no núcleo essencial do trabalho – o das inter-relações –, assim prevalecendo o trabalho morto. Na lógica que se denomina transição tecnológica (em oposição ou em superação à tradição da reestruturação produtiva), prevaleceriam as tecnologias leves, âmbito em que os processos relacionais são valorizados de modo a interferir em um processo de trabalho ‘com maiores graus de liberdade’, isso significando intervenção efetiva no núcleo tecnológico, que passa a se configurar com ênfase no trabalho vivo, aquele que se efetiva em interação com vários tipos de tecnologias, mas não com centralidade nas que se referem a insumos / equipamentos e forte conteúdo prescritivo (Mehry, 1997, 2002).

Ao problematizar esse aspecto do processo de trabalho em saúde, Mehry desvela as suas várias dimensões, incluindo os diferentes atores e interesses que se cruzam nesse processo produtivo (gestores, empresários, operadoras, prestadores, trabalhadores e também os usuários), caracterizando diferentes forças em disputa. Mehry ressalta

variáveis que explicam a forma predominante de incorporação tecnológica na saúde. Acompanha os tradicionais parâmetros mercadológicos, contexto que pode ser analisado no âmbito da produção econômica, seguindo os referenciais teóricos trilhados por Marx, na perspectiva da acumulação capitalista. Mas o autor também indica outro rumo de análise – o da micropolítica do trabalho ou da compreensão do trabalho vivo em ato –, que caracteriza o trabalho humano no processo de produção em saúde, envolvendo a atividade criadora, a subjetividade, os elementos simbólicos imbricados nos modos de agir, a interação com instrumentos diversos e, sobretudo, o componente relacional no processo dos sujeitos que interagem e em conjunto realizam a produção de produtos e de si mesmos.

Segundo Mehry (2002), o trabalho vivo em ato nos convida a olhar para duas dimensões. O autor destaca que trabalho é atividade construtora de produtos, de sua realização por meio da produção de bens, de diferentes tipos, e está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve, que necessidade satisfaz, que valor de uso ele tem). A outra dimensão vincula-se ao produtor do ato, o trabalhador e sua relação com o ato produtivo e os produtos

que realiza, bem como com suas relações com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seus produtos. Mehry ainda alerta que no detalhamento dessas duas dimensões ‘é importante entender o que é o trabalho como prática social e prática técnica; como ato produtivo de coisas, mas, também, de pessoas’.

...trabalho é atividade construtora de produtos, de sua realização por meio da produção de bens, de diferentes tipos, e está ligada à realização de uma finalidade para o produto (para que ele serve, que necessidade satisfaz, que valor de uso ele tem).

4. CONCEPÇÃO AMPLIADA DE SAÚDE, MEIO DE VIDA E DE TRABALHO

Pensar o trabalho em saúde considerando as dimensões mencionadas e entender suas relações com o processo de produção de saúde-doença é um desafio. Não pela sua obscuridade – ao contrário, suas relações são muitas vezes explícitas –, mas pelos efeitos e repercussões que essa discussão traz. Em geral, as relações apontadas restringem-se àquelas que se fundamentam em aspectos objetivos e quantificáveis, às noções de riscos químicos, físicos e biológicos, e, sobretudo, a partir da construção denexo causal. As abordagens que se propuseram mais contextualizadas, tendo como referente uma teoria do social, trouxeram significativos avanços e, portanto, vale ressaltar a importância dessas ‘tradições de compreensão’.

Entretanto, é preciso reconhecer as limitações de abordagens nas quais a perspectiva da causalidade, na maioria dos casos, mantém-se restrita a uma única dimensão. São várias as situações de adoecimento no trabalho em saúde, como por exemplo os acidentes com perfurocortantes comumente concebidos como de responsabilidade individual ou vistos a partir de análises de árvore de causas, mas que ainda lidam com o trabalho de uma forma genérica.

Essas concepções baseiam-se numa perspectiva que restringe tanto o conceito de trabalho, em geral visto como mera execução de prescrições e atribuições anteriores, quanto o de relação saúde-doença, sendo ambos os conceitos referidos como

noções abstratas que transcendem as experiências vividas pelos trabalhadores e trabalhadoras no cotidiano. Desconsidera-se assim a dimensão processual tanto do trabalho quanto da saúde. Outros referenciais teóricos vêm, portanto, contribuir para a ampliação das análises.

O trabalho não é um conceito abstrato, tal como apresentado pela prescrição; deve ser entendido como um conceito encarnado, situado num tempo, num espaço, e inscrito e condicionado pelo corpo de quem o realiza (Teiger, 1998). As situações de trabalho caracterizam-se pela relação entre sujeitos singulares, objetivos e meios determinados por outrem. A diversidade / singularidade dos trabalhadores é confrontada à relativa unicidade dos meios de trabalho; dessa forma, as tarefas propostas a diferentes trabalhadores constituem situações de trabalhos distintas.

Reforçando tal perspectiva, Duc, Duraffourg e Durrive (2007) afirmam que o sistema nega a singularidade dos sujeitos-trabalhadores; nega que possuam características físicas e idades diferentes, histórias singulares, que durante suas vidas foram atravessados por distinções de gênero, etnia, classe social, religiosa etc. Todavia, existe na atividade hu-

mana uma atualização constante do ‘como fazer’ que não pode ser reduzida a previsões possíveis ou prescrições de qualquer ordem. Esse traço de imprevisibilidade que caracteriza as situações de trabalho é explicitado quando confrontamos o que se deve fazer, na perspectiva prescritiva, com as transformações reais que se dão no concreto da atividade. A desvinculação entre a abstração conceitual e a concretude da vida e da atividade dos trabalhadores é um aspecto fundamental para pensar a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença. Ao propor os conceitos de trabalho prescrito e trabalho real, a análise ergonômica da atividade, que considera as dimensões fisiológica, cognitiva, afetiva e relacional da atividade, deu visibilidade à defasagem existente entre o que está prescrito e ao que é efetivamente realizado. Por exemplo, a crescente incorporação de protocolos na prática clínica ilustra bem o que se propõe como padronização e preconização de condutas e a distância que se observa entre tal prescrição e o seu uso efetivo.

O trabalho prescrito está relacionado à ideia de antecipação, de planejamento; é a concepção teórica do que se deve fazer. A tarefa prescrita sempre é definida por quem delega sua execução, e tem como objetivo definir e orientar, de maneira completa,

o que deve ser feito e como fazê-lo (Leplat & Hoc, 1998). Portanto, ela sempre preexiste à atividade, sendo determinada de forma anterior e exterior à sua realização. A organização prescreve as suas regras e os seus objetivos, as formas de utilizar as máquinas, os instrumentos de trabalho, os planos terapêuticos, o tempo disponível para cada operação, os modos operatórios e as normas operatórias, os meios e as condições disponíveis para sua execução. Dessa forma, a qualidade e a disponibilidade dos materiais, o organograma, as condições do trabalho fazem parte do trabalho prescrito. Leplat e Hoc (1998) reforçam tal definição propondo que o trabalho prescrito é um objetivo dado em condições específicas. Brito (2006), nessa mesma direção, acentua a especificidade inerente ao trabalho prescrito, que é sempre situado, vinculado a uma expectativa do que deve ser feito num processo de trabalho singular, uma vez que remete a proposições de uma organização específica e a determinadas condições disponibilizadas aos trabalhadores.

Os trabalhadores no contato com o meio de trabalho modificam-no, subvertem-no com o intuito de dar conta das variabilidades, das infidelidades que se apresentam incessantemente. Eles transformam

e reinventam constantemente seus modos de trabalhar, sua atividade, sem o que seria impossível sua realização. O trabalho real abarca todas as alterações presentes no cotidiano que decorrem da forma como o trabalho é organizado, da relação com o aparato tecnológico utilizado na sua realização, da influência do tempo (duração e turno do trabalho; envelhecimento), de questões individuais e coletivas (Brito & Athayde, 2003) Os trabalhadores, dessa forma, ‘cumprem uma função de regulação dos incidentes’; cabe a eles a responsabilidade de ‘gerir a disfunção’, de gerir a distância entre o que está prescrito e o real.

Schwartz (2000, 2004, 2006, 2007) reforça a proposta da ergonomia de que qualquer análise sobre o trabalho o entenda como uma atividade situada e questiona os limites de falar sobre ele antes de sua realização. O autor afirma que toda atividade de trabalho é sempre “encontro”; mais do que isso: é encontro de encontros, já que reúne a história dos dispositivos técnicos, dos protocolos, a história de vida do sujeito que o realiza, um modo particular de utilização, seja pessoal ou coletivo, que remete à combinação de sujeitos singulares, com histórias singulares etc. (Schwartz, 2000). A atividade humana sempre se dá a partir da re-

lação dinâmica entre a antecipação e a confrontação com a realidade, de um debate de normas, da negociação entre o plano e a atividade. Duc, Durrive e Schwartz (2007a, 2007b) propõem que a atividade se daria a partir de uma relação dinâmica entre dois registros, entre a dimensão do protocolo e a do encontro. A relação entre os dois registros nunca se dá de forma descontextualizada, ela está sempre vinculada a um debate de normas. Trabalhar, dessa forma, é gerir, uma vez que fazemos escolhas relativas à forma como se dará essa confrontação.

As proposições de Canguilhem permitem ampliar o entendimento das relações entre trabalhadores, condições de trabalho e ambiente de trabalho. Para ele, a relação entre organismo e meio deve ser entendida a partir da noção de meio como um fato biológico e não como um fato físico, ou seja, como um fato em permanente constituição e não como fato dado, constituído. Considerar tal relação como fato biológico significa dizer que o ser vivo recolhe as influências e as qualidades do meio que correspondem às suas exigências. Nesse sentido, os meios estão delimitados pelos seres vivos, centrados neles e só impõem alguma ação a um organismo quando este, a partir de suas orientações, se abre ao meio

(Canguilhem, 2000). Dessa forma, o ser vivo não é passivo ao meio, não responde às exigências de um meio independente que o determina:

“O organismo não está jogado num meio ao qual ele tem que se dobrar, mas ao contrário, ele estrutura seu meio ao mesmo tempo que desenvolve suas capacidades de organismo” (Canguilhem, 2000: 259).

Meio e organismo coemergem numa relação que se atualiza incessantemente e é produzida pela ação dos seres, e não como efeito das condições de existência apresentadas por determinado meio. A vida apenas se mantém como vida produtiva, vida criativa, enquanto é possível inventar novas composições com o meio, novas formas potentes de existência, “como atividade de oposição à inércia e à indiferença” (Canguilhem, 2000: 208).

Como afirma Caponi (1997), o conceito de saúde em Canguilhem está vinculado à abertura ao risco, uma vez que ele está sempre presente. A saúde está relacionada à capacidade de enfrentá-lo e de expandir suas condições de vida; é um modo de vida ampliado, com generosidade criativa, audacioso. Ela não se refere apenas à sensação de adequação ou adaptação aos meios, mas à capacidade de correr riscos e de produzir novas normas de vida

para além das exigências do meio. No caso dos seres humanos, a capacidade de produzir normas próprias de vida ocorre inserida em uma circunstância em que estas concorrem todo o tempo com normas sociais, que produzem uma série de exigências e constrangimentos, bem como desejos e necessidades. Cabe aos seres a capacidade de habitar o espaço polarizado entre a autonomia e a heteronomia.

Quando pensamos a vida humana como efeito da relação ativa entre os homens e o meio, devemos somar ao entendimento do meio, como fato físico e biológico, a dimensão do meio como meio geográfico, entendendo-o como produto das atividades humanas, da história das técnicas e cultura. “O homem é um fator geográfico e a geografia está profundamente impregnada de história, sob a forma de técnicas coletivas” (Canguilhem, 2000: 125). Os homens têm a capacidade de produzir novos meios, garantir a vida em ambientes que a princípio são inóspitos ao organismo humano e alterar o próprio funcionamento do organismo. Ao produzirmos mundos e modos de ser e viver no mundo, produzimos também modos fisiológicos de ser. Modos e mundos

que produzem saúde e/ou doença, em maior ou menor grau. Porém, não há uma fatalidade ou determinismo absoluto.

Diante disso, é fundamental pôr em análise os meios e as normas de vida produzidos socialmente pelos homens, bem como as escolhas coletivas, o que se considera natural, os modos de ser e viver. Se, por um lado, diversas produções e regulações do viver possibilitaram aos seres humanos manterem-se vivos nas mais diferentes situações, a despeito de sua suposta fragilidade biológica, por outro, algumas dessas intervenções no meio mostram-se produtoras de sofrimento patológico, adoecimento e morte. Os meios de produção e de trabalho, bem como suas normas e organizações devem ser entendidos como espaços e práticas potenciais para produção de saúde ou doença.

Os conceitos aqui abordados constituem ferramentas importantes articuladas na atual discussão da humanização no trabalho em saúde, que passou a orientar a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde (PNH), em implementação no Brasil desde o início dos anos 2000.

5. POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO: ARTICULANDO CONCEITOS DE TRANSVERSALIDADE, COLETIVO E SUBJETIVIDADE NA COMPREENSÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

A PNH ou HumanizaSus é uma estratégia política que tem funcionado como um valioso dispositivo para ampliar os debates sobre política de saúde no Brasil. Uma política que, por não estar pautada em portarias e regulações específicas, vai na contramão de práticas tecnocráticas, propondo-se como transversal a todos os níveis organizativos do sistema de saúde e tomando o processo de trabalho como seu foco de análise-intervenção. Afirmando-se, então, como política pública, visa a expressar os princípios do SUS em modos de operar em diferentes equipamentos de saúde, propondo articulação das práticas que se atualizam nesses estabelecimentos, de forma a propiciar nas equipes trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos (Campos, 1997, 1998, 2000, 2006, 2007). Enfrenta, então, um primeiro desafio, que é o de atribuir outro sentido ao termo ‘humanização’, que não se identifica com o ‘bom humano’ ou com o ‘homem ideal’. Trata-se de um novo posicionamento que afirma o homem comum, o ser humano na sua existência concreta, na sua di-

versidade normativa e nas mudanças que experimenta nos movimentos coletivos. Esse outro modo de apresentar o problema da humanização na saúde implica a produção de formas outras de relação entre os sujeitos que constroem os cotidianos dos estabelecimentos de saúde, considerando esses sujeitos concretos e engajados nas práticas locais, capazes que são de transformar os processos de trabalho e se transformarem nesse movimento (Brasil/MS, 2008, Benevides de Barros & Passos, 2005a, 2005b; Santos Filho, Barros & Gomes, 2009).

Nessa direção ético-política, o HumanizaSus ou Política de Humanização da Atenção e Gestão na Saúde (PNH) constrói-se com base em alguns princípios, destacando-se, neste texto, a afirmação e a ampliação da autonomia e do protagonismo dos sujeitos e coletivos que constituem o SUS e a corresponsabilidade nos processos de atenção e gestão em saúde, considerando, portanto, que em saúde os estabelecimentos são espaços de valorização do potencial inventivo dos sujeitos que aí trabalham.

Outro aspecto que merece destaque é o fato de considerar que o trabalho em saúde parte de certa concepção de rede, que não se refere a uma justaposição de serviços ou ações, mas a uma política transversal no SUS, que se traduz em ações construídas coletivamente nas diversas práticas e instâncias de sua efetuação (Santos Filho & Barros, 2007). Se é assim, como abordar a questão dos processos de trabalho nesse contexto? Como construir políticas públicas nesse campo que visem à produção e à promoção de saúde nos locais de trabalho?

No âmbito do HumanizaSus, o alvo não é a descrição dos processos de trabalho de forma abstrata, mas o trabalho concreto, afirmando sua potência de aprendizagem. Ao considerar o trabalho concreto como criador de valor de uso, não se considera os trabalhadores como meros executores das tarefas que lhes são designadas, nem como “vítimas passivas de processos de constrangimento, subordinação e exploração” (Brito, 2004: 99). Os trabalhadores criam no trabalho e, mesmo que de forma ínfima, resistem aos padrões autoritários de gestão.

A PNH busca uma direção de pesquisa-intervenção que tem como eixo principal a afirmação das pos-

sibilidades infinitas da vida se expandir, de uma relação inventiva e prazerosa com o trabalho, entendendo o processo de trabalho como categoria privilegiada para as análises da relação saúde-trabalho, o que só se efetiva partindo-se do intercâmbio com os trabalhadores. Não é possível conhecer a atividade de trabalho *a priori*, pois não se trata de abordá-lo apenas em sua generalidade, mas, principalmente, com o que se mostra enigmático, inesperado e que se expressa em situações restritivas e desafiadoras.

Pensar o trabalho em saúde na direção do HumanizaSus é, portanto, perseguir a ampliação dos processos comunicacionais entre os diferentes membros dos grupos, entre os diferentes grupos e entre os diferentes setores e unidades de saúde, afirmando assim uma dimensão ‘transversal’ dos processos de efetivação do fazer em saúde. Tal comunicação transversal se faz por meio de uma dinâmica multivetorializada, em rede, na qual se expressam os processos de produção de saúde e subjetividade. Rede que se tece com participação ativa e inventiva de atores, saberes e instituições – voltados para o enfrentamento dos desafios que emergem nos cotidianos de trabalho – como um dispositivo de conversa e negociação na direção

da melhoria das condições de vida e saúde das populações (Teixeira, 2003). Os sujeitos que compõem essa rede são efeito de um processo de produção de subjetividade sempre coletivo, histórico e determinado por múltiplos vetores:

“vetores-dobras inseparáveis do campo da saúde: sujeitos (desejos, necessidades, interesses), processos de trabalho (saberes), poder (modos de estabelecer as relações) e políticas públicas (coletivização dessas relações)” (Barros & Benevides de Barros, 2007).

É com esse entendimento que a PNH busca fomentar, nos atores que constroem essa rede, o exercício pleno de suas condições como trabalhadores protagonistas de análises compartilhadas e intervenções nos seus espaços de trabalho. Lança o desafio de convocá-los no seu potencial de criação para disparar novos modos de fazer e gerir e, assim, transformar os mundos do trabalho. Além de viabilizar ambientes mais saudáveis, objetiva superar posturas legalistas e assistencialistas e ir na direção de fomentar o envolvimento dos trabalhadores na construção de projetos, incentivando a multiplicação de diferentes movimentos e rodas, fortalecendo as redes (Santos Filho & Barros, 2007).

Com esses referenciais, a PNH utiliza um ‘método’, uma forma de conduzir análises e intervenções nos espaços, traçando um caminho que inclui os diferentes agentes implicados nos processos de trabalho (Brasil/MS, 2008; Benevides de Barros & Passos, 2005a, 2005b; Santos Filho, Barros & Gomes, 2009). Um método que (i) inclui, convoca gestores e trabalhadores no sentido da produção de autonomia, protagonismo e corresponsabilidade, (ii) que inclui também os ‘analísadores sociais’, ou seja, os fenômenos que desestabilizam os modos de trabalhar em curso, de forma a acolher e potencializar os processos de mudança – o que significa não desconsiderar os conflitos, tanto na esfera local como no âmbito das políticas governamentais, mas, ao contrário, usar a potência disruptiva desses conflitos, tomá-los como estratégia para as mudanças desejadas na busca de produção de saúde nos ambientes laborais.

A PNH ou HumanizaSus é uma estratégia política que tem funcionado como um valioso dispositivo para ampliar os debates sobre política de saúde no Brasil. A PNH utiliza um ‘método’, uma forma de conduzir análises e intervenções nos espaços, traçando um caminho que inclui os diferentes agentes implicados nos processos de trabalho.

Entretanto, é importante que se diga que ‘incluir, participar e transversalizar’, como geradores de uma experiência comum, como lugar instável entre o que se comunga e o que difere, não tem o sentido de homogeneizar e dissipar as singularidades, ou evitar controvérsias. Trata-se de constituir um espaço comum do heterogêneo, que é o desafio que se coloca na formulação de uma política pública. Nesse conceito de inclusão, muito importa a compreensão de que o acesso de trabalhadores e gestores à discussão dos processos de trabalho por si só não garante o caráter coletivo da partici-

pação; urge que os sujeitos com seus diferentes saberes, valores e modos de viver coloquem-se lado a lado de forma a desestabilizar uma verticalidade instituída habitualmente nos serviços de saúde. Tal lateralização faz dissolver as separações entre quem manda e quem obedece, entre quem sabe e quem não sabe; enfim, coloca em análise as relações de poder nos estabelecimentos.

A perspectiva de lateralização pode ser bem explorada a partir dos conceitos de transversalidade e transdisciplinaridade, abordados em seguida.

6. DA TRANSVERSALIDADE E TRANSDISCIPLINARIDADE NO PROCESSO DE TRABALHO

Para ampliar os referenciais conceituais-metodológicos de análise (e no campo da saúde do trabalhador), com foco em processos de trabalho que afirmem a autonomia e o protagonismo dos trabalhadores da saúde, é necessário tematizar as práticas em saúde a partir de um ‘paradigma rizomático’, isto é, que rompe com a hierarquização típica do ‘paradigma arborescente’ (Deleuze & Guattari, 1995). No rizoma, são múltiplas as possibilidades de conexões, aproximações, cortes, percepções etc – concepção

que se abre para a discussão da transversalidade.

A noção de transversalidade foi desenvolvida no início da década de 1960 por Félix Guattari, quando se dedicava ao debate sobre as questões de uma terapêutica institucional. Tal proposta considera que a transversalidade opõe-se a: uma verticalidade que se encontra nas descrições feitas pelo organograma de uma estrutura piramidal (chefes, subchefes etc.); uma horizontalidade como a que se pode realizar no pátio do hospital,

nas unidades de saúde, isto é, certa situação em que as coisas e as pessoas ajeitem-se como podem na situação em que se encontrem (Guattari & Rolnik, 1985).

Tal perspectiva refere-se a um processo que não busca a estabilidade e sim interferência entre diferentes planos no campo da saúde, abertura à alteridade, intervenção que desestabiliza os saberes visando a uma torção nos modos instituídos de funcionamento. Num viés ‘multidisciplinar’, os saberes não dialogam ou, quando o fazem, como já dito, o movimento é de disciplinas que se somam na tarefa de dar conta de um objeto que, de natureza multifacetada, exigiria diferentes olhares; em contrapartida, um viés ‘interdisciplinar’ também demonstra sua limitação, já que nele perfilam de forma dualista a constituição das disciplinas e suas articulações. Esses modos de funcionamento e a relação entre os saberes, ao se insinuarem nas práticas em saúde, acabam por fixar territórios fechados de campos disciplinares, o que pode ser um obstáculo para a construção de novos arranjos institucionais que se constituam em efeitos de polifonia e, conseqüentemente, para a lateralização indispensável a qualquer

proposta de inclusão e participação que vislumbre uma efetiva democracia institucional.

Não basta propor estratégias de trabalho em equipe, por exemplo, a partir de uma multiprofissionalidade. Uma perspectiva transversal significa colocar em questão os limites entre os saberes, produzir um efeito de desestabilização que subverta exatamente o que dá sustentação aos campos epistemológicos e à unidade das disciplinas e conseqüentemente às práticas daí advindas, interrogando os especialismos. Trata-se assim de uma tendência que, ao recusar as hierarquias e as totalidades, conjura os absolutos, não busca garantias transcendentais e se define por uma abertura, por um processo de comunicação rizomática, que Guattari chama de coeficiente de transversalidade ampliado e que tem o sentido de uma dinâmica de comunicação multivetorializada ou transversal.

Transversalidade é, então, grau de abertura comunicacional, que depende de um maior ou menor contato com as condições de produção das práticas em saúde e, assim, pode desencadear um processo que opera por aumentos do grau de transversalidade.

7. AMPLIANDO O CONCEITO DE SUBJETIVIDADE E DE GESTÃO DO / NO PROCESSO DE TRABALHO

Na nossa atualidade discursiva, encontram-se diferentes abordagens sobre os chamados ‘aspectos subjetivos’ nos processos de trabalho. A noção aqui utilizada busca referência em uma linhagem teórico-metodológica que afirma uma ontologia em ruptura com os substancialismos que consideram o ser como unidade fundada sobre si mesma e que partem de um indivíduo já constituído, sem capacidade de se ‘defasar’ em relação a si próprio. Ao contrário, concebe-se, aqui, a subjetividade comprometida com a invenção de novas possibilidades de vida. Seguindo Escóssia (1999: 56),

“o sujeito não é um dado, nem um ponto de partida, uma essência, uma entidade estável com identidade fixa, mas resultado de um processo no qual emergem indivíduo psíquico e meio”.

Os processos de subjetivação são múltiplos, heterogênicos e podem resistir às diferentes tentativas de modulações que visam à homogeneização das formas de existência dos trabalhadores; os sujeitos inventam outros modos de existir, colocam em rede sua sinergia e ativam uma potência de singularização. Os modos de organização e de gestão do trabalho

engendram, portanto, muitas possibilidades de modos de subjetivação.

Dessa forma, a compreensão do processo de trabalho em saúde não pode dissociar atenção-gestão, fazer-gerir; deve tomar a produção de cuidado como produção de ‘coisas’ e de sujeitos. O trabalho em saúde implica, necessariamente, cogestão nos processos de trabalho, sendo que as relações de trabalho são uma dimensão fundamental nos processos de subjetivação, pois ‘a natureza humana’, como indicou Marx, é produzida na história e cambiante com ela (Althusser, 1980).

Ao analisar a periodização dos modos de produção material da realidade, Marx (1968) afirma que o sujeito é o que se determina pela sucessão das formas de organização do trabalho e pelos deslocamentos que ela opera (Balibar, 1980), sendo os sujeitos efeitos das práticas, das relações sociais.

Múltiplas formas-subjetividades são produzidas e geridas quando se trabalha. Nessa direção de análise é importante incorporar as questões referentes às situações de trabalho quando as preocupações

se situam no âmbito dos processos de subjetivação.

As perguntas que se têm a fazer, portanto, seriam: como estão operando as relações sociais de produção em saúde? Que efeitos de sujeito estão produzindo? Que modos de subjetivar estão em curso nos mundos do trabalho em saúde? Como criar alternativas para as demandas do trabalho em saúde em função das situações reais? O trabalho nos produz e transforma; portanto, procurar compreender o trabalho é também poder transformá-lo e afirmar a possibilidade de outra estética da existência.

A importância de enveredar por esse caminho deve-se à necessidade de interrogar os diferentes processos de subjetivação engendrados nos estabelecimentos de saúde (em meio a situações mais favoráveis ou mais precarizadas), vislumbrando a produção de outras formas-homens/mulheres, trabalhadores/trabalhadoras, na contramão das estratégias de sobrecodificação implementadas pela lógica do capital. As tentativas tayloristas/fordistas de administração do trabalho, por exemplo, buscaram objetivar esse aspecto subjetivo para poder compreendê-lo, prevê-lo, controlá-lo. O conceito de subjetividade que constitui esse qua-

dro teórico tem, assim, um alcance crítico de grande relevância. Visa a questionar o pressuposto fiscalista das abordagens do fator humano em termos de falha, uma vez que problematiza a ideia de uma natureza humana essencial. A falha passa a ser analisada como constituinte dos processos de subjetivação marcados pela experimentação (Silva, 1998).

A gestão do trabalho (em suas diferentes modalidades) abre a possibilidade de produção de outros modos de subjetivação que não estejam submetidos às “máquinas registradoras”.³ O conceito de subjetividade, portanto, diz respeito às transformações, “aos processos de dissolução das formas dadas e cristalizadas, numa espécie de movimento instituinte que, ao se instituir, ao configurar um território, assumiria uma dada forma-subjetividade” (Machado, 1997: 212). Sendo assim, um sistema não funciona se as pessoas não consentirem em fazê-lo funcionar, dedicando-lhe inteligência prática e modos de subjetividade. Ao se gerir trabalho, inventam-se formas de subjetivação, e é a dedicação dessas formas subjetivas, de modos de funcionamento singulares e imprevisíveis, que viabiliza o funcionamento dos sistemas. Os trabalhadores são gestores de si e do mundo, os modos de gestão implicam modos específicos de subjetividade.

³ A ideia de máquina registradora refere-se às formas de funcionamento que se impõem de maneira hegemônica, desqualificando todas as outras que não se submetem a ela. Ver Costa (2002). Segundo Guattari e Rolnik (1985: 36), “(...) a vida está na berlinda”, pois uma das principais engrenagens, senão a principal, do capitalismo contemporâneo, é o “(...) funcionamento de uma máquina infernal de captura e sobrecodificação da subjetividade”.

Ao não se limitar àquele ou a esse período, ou tipo de sociedade, Marx apresenta o humano como historicidade concreta, que se gesta no curso das ações cotidianas, que se constitui num jogo complexo de relações em suas diferentes formas de combinação. Não se trata de um processo que decorre de uma sucessão temporal, ou seja, de uma passagem de um ser pelo tempo, e sim da constituição do humano como a própria temporalização. Um sujeito isolado não consegue dar continuidade a esse processo de constituição subjetiva, pois a subjetivação implica um processo coletivo. Não se supõe que o indivíduo seja um ponto de partida imediato, ao contrário, ele se constitui no agir coletivo, na ação conjunta, “na pluralidade de vozes, ou seja, na esfera pública” (Virno, 2002), pois nossa potência de agir se intensifica nas produções coletivas.

Dessa forma, modos de gestão têm aqui o sentido de maneiras como se produzem realidades, de jeitos de se produzir sujeitos-trabalhadores e serviços. Processos de subjetivação e modos de gestão não se separam. As políticas públicas de saúde e as diferentes formas de organização do trabalho que elas atualizam têm decorrências importantíssimas na

gestão do trabalho, portanto, nos processos de subjetivação. As experiências administrativas que fortalecem a comunicação cotidiana e imprimem movimento e processualidade nos locais de trabalho, priorizando a circulação da fala, evitam o sufocamento do ambiente de trabalho e a produção de adoecimento. No entanto, quando a organização do trabalho está pautada, prioritariamente, por uma administração / gerência que não afirma os processos de gestão participativos / cogestão, tende-se a produzir subjetividades metástases⁴ (Neves, 1997).

O conceito de subjetividade, portanto, diz respeito às transformações, “aos processos de dissolução das formas dadas e cristalizadas, numa espécie de movimento instituinte que, ao se instituir, ao configurar um território, assumiria uma dada forma-subjetividade”.

Se o projeto é a produção de novas / outras formas de subjetividade no capitalismo tardio, é necessário deslocar o foco de análise para a gestão do trabalho em situação real, para as relações sociais de produção geradas cotidianamente nos diferentes estabelecimentos de saúde.

⁴ Subjetividades metástases são subjetividades amorfas, moldadas ao sabor dos interesses do capital e, portanto, com dificuldades de cultivar resistências às instituições, às técnicas de controle e à disciplinarização.

8. DO CONCEITO DE TRANSVERSALIDADE E COLETIVO NO PROCESSO DE TRABALHO

O conceito de transversalidade abre-se para uma rede conceitual que utiliza a noção de coletivo não mais como um conjunto de pessoas, mas como um plano de forças. Aqui essa tendência distancia-se do modo como habitualmente tal conceito se apresenta nas discussões sobre trabalho em saúde que, frequentemente, referem-se ao coletivo de trabalhadores, coletivo profissional. Ao seguir essa outra rede conceitual, é possível apreender o coletivo não mais por oposição a indivíduo, mas a partir de relações estabelecidas entre dois planos que constituem a realidade: o plano das formas e o plano das forças. O plano das formas é o plano das realidades constituídas, da organização da realidade, concernente às figuras estabilizadas, com contornos definidos e com caráter constante, com suas regularidades apreensíveis e cujos limites parecem claramente distintos. O plano das forças é a dimensão potencial de transformação, dimensão instituinte. Tais planos, não mais tomados numa perspectiva de oposição, constroem relações de reciprocidade entre si, viabilizando uma multiplicidade de cruzamentos.

Os objetos – políticas de governo, estabelecimentos de saúde –, com seus contornos definidos, são efeitos-resultados de uma composição do plano das formas com o plano movente das forças. As formas passam a ser tomadas como resultado desse jogo de forças e correspondem a coagulações, a conglomerados de vetores.

Assim, as situações de trabalho, os trabalhadores, os modos de gestão engendrados nos serviços de saúde, são efeito do movimento de forças. Tal entendimento indica o caráter provisório dos modos de funcionamento dos estabelecimentos, sinalizando seu próprio potencial de transformação. Ora, se as formas são provisórias, efeitos dos modos como as relações se efetivam em situações concretas, fica aberta a possibilidade de mudança das situações que constroem e produzem adoecimento no trabalho. As formas provisórias, com suas franjas de virtualidade nos lançam no desafio de pensar estratégias para interferir nos processos de trabalho que tentam impedir a produção de saúde.

Logo, coletivo não se restringe ao que já é em si mesmo uma forma ou uma figura fechada; há que se considerar sua dimensão mais ampla: plano das forças, plano do instituinte (Lourau, 1995), plano de criação de outras possibilidades de trabalhar, produzindo, predominantemente, saúde nos locais de trabalho. As formas, ou seja, objetos e sujeitos, serviços e trabalhadores, emergem, nascem desse plano genealógico que é o coletivo de forças. Aqui, abandona-se uma concepção fixa e preestabelecida de realidade para concebê-la em movimento contínuo de criação.

Todo objeto ou fato empírico, tomado como forma individualizada, ou seja, forma constituída, possui uma realidade pré-individual, uma vez que todo ser individuado – um indivíduo, um grupo social, um estabelecimento – permanece, após a individuação, com uma potência de transformação, que pode ser ativada a qualquer momento, o que o torna ser sempre inacabado e em permanente processo de constituição de outras formas; já a franja de virtualidade que o constitui permite sempre novas configurações, que surgem a partir de novos estados críticos gerados na comunicação entre as duas dimensões. No entanto, o ser

individuado não é um plano transcendente, mas um plano imanente que está no concreto de práticas e de relações cotidianas de trabalho. Nesse sentido, o olhar voltado exclusivamente para o plano das formas instituídas – os trabalhadores na sua forma visível e as categorias profissionais – revela a insuficiência de análise, na medida em que deixaria de fora parte constituinte do objeto estudado.

Assim, romper com as dicotomias sujeito-objeto, indivíduo-sociedade, natureza-cultura implicaria a constituição de planos nos quais, ao mesmo tempo, sujeitos-objetos emergem. Nesse caso, o que vem primeiro é a relação constituidora dos termos. Não se trata de uma concepção de campo como equivalente a um espaço de articulação entre sujeitos, entre objetos ou entre sujeitos e objetos, uma vez que se assim fosse estaríamos trabalhando com a noção de intersubjetividade (Escossia, 2004), mantendo a ideia de sujeitos em contato uns com os outros. Ao contrário, o foco precisa ser as relações que produzem determinados modos de ser trabalhador, determinadas formas de serviços e, portanto, certo modo de organização do trabalho e de produção de saúde e doença no trabalho.

9. CONCLUSÃO: REAFIRMANDO A POTÊNCIA DOS CONCEITOS NA ANÁLISE DO TRABALHO EM SAÚDE

Neste texto, buscamos a delimitação de um cenário referencial de compreensão do processo de trabalho e suas características estruturantes no setor saúde, articulando conceitos e categorias analíticas que julgamos potentes para ampliar e aprofundar investigações-intervenções, assim funcionando como pistas para direcionamento de análises e transformação da realidade concreta do trabalho em saúde.

Os levantamentos atuais e a observação cotidiana dos serviços sanitários revelam os vários âmbitos de problemas vivenciados na esfera da situação empregatícia / trabalhista, da organização dos processos / práticas e seu impacto tanto no funcionamento institucional e nas respostas para os usuários quanto na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores. Diferentes eixos de observação e abordagens explicitam aspectos relacionados ao que se consideram ‘exposições’, ‘fatores associados e eventos’ que se expressam no ‘corpo’ do trabalhador e nas relações sociais de trabalho.

A revisão de literatura que consta do capítulo 4 traz resultados demonstrativos da natureza e das condições

atuais do trabalho em saúde e do adoecimento dos trabalhadores. Na revisão, estão agrupados aspectos relacionados a acidentes de trabalho e prevalência de infecção associados à exposição a material biológico e a agentes infecciosos, algumas morbidades selecionadas (síndrome de *burnout*, transtornos mentais, sintomas gerais de estresse e sintomas musculoesqueléticos) e avaliação do grau de satisfação dos trabalhadores.

A estrutura organizacional, modelos de gestão e de atenção aparecem como parte essencial (como elementos críticos) do contexto indicativo da natureza e das condições do trabalho atual em saúde. Por isso, enfatizamos a perspectiva de se tomar o ‘processo de trabalho’ como categoria central de análise, tendo como focos alguns elementos objetivos que refletem a relação trabalho-saúde, considerando suas características na atualidade. Nesse sentido, é preciso considerar que a base técnica do processo de trabalho em saúde atualmente (e especificamente) é atravessada por vários elementos que acentuam algumas de suas características, dentre elas:

os modos de relações sociais que se estabelecem (ou se espera estabelecer) na dinâmica de produção em saúde como um ‘setor de serviço’, as características que o diferem e ao mesmo tempo o aproximam do modo de organização do trabalho nos demais setores da economia (na direção do que se considera uma certa ‘industrialização dos serviços’), a ‘parcelização’ de tarefas e a separação entre os atos de planejar e de executar, reduzindo a criatividade e o controle do trabalhador e a autonomia no trabalho; em síntese, a fragmentação usual associada à realização dos procedimentos, à hierarquia de organização dos serviços, de incorporação de recursos tecnológicos e de configuração dos modelos tecnoassistenciais, tudo isso mesclando-se em um ambiente de trabalho também atravessado por diferentes tipos de riscos físicos, biológicos, químicos, mecânicos, ergonômicos, entre outros.

...enfaticamente a perspectiva de se tomar o ‘processo de trabalho’ como categoria central de análise, tendo como focos alguns elementos objetivos que refletem a relação trabalho-saúde, considerando suas características na atualidade.

Pode-se dizer que os impactos observados na saúde convergem e repercutem no que se tem nomeado como

‘precarização’ do trabalho, que não se restringe somente a esse setor. O fenômeno de precarização está vinculado à reforma mais ampla do Estado, com práticas de flexibilização e terceirização da produção e emprego, assumindo, na saúde, proporções especiais dada a própria expansão e capilarização dos serviços, espalhados nas mais remotas regiões do Brasil, o que dificulta o controle das formas de contrato e a organização do trabalho e das condições em que ele é realizado. A precarização traz a redução dos direitos dos trabalhadores e piora das condições de trabalho (Brasil, 2006). Tem como uma de suas consequências a desproteção social a que os trabalhadores ficam submetidos em caso de acidentes e adoecimentos, além de contribuir diretamente para sua produção quando, para além da precarização dos vínculos, ela se corporifica nas condições de trabalho.

Tal fenômeno vem ocorrendo desde a década de 1990, momento em que se iniciam as transformações nas formas de gestão e de organização política do Estado, com acentuação das práticas já precárias de gestão do trabalho e do trabalho em saúde. Segundo Pentecoste e colaboradores (1998), existem opções organizacionais tradicionalmente marcadas pelo autoritarismo, que excluem a partici-

pação dos trabalhadores dos processos de concepção e contribuem no entendimento da degradação.

No capítulo 4, salienta-se que o nível de satisfação dos trabalhadores da saúde tem sido sugerido como indicador de qualidade dos serviços. Os resultados das avaliações realizadas ilustram o espectro de fatores organizacionais que interferem na percepção do trabalho e nos graus de satisfação, abrangendo a qualidade das relações institucionais e entre pares; as normas rígidas de realização do trabalho – baseadas em prioridades não compartilhadas e em cobrança de produtividade –; a tônica de organização e de divisão do trabalho que induz ao isolamento e à sensação de solidão na realização das tarefas; a sobrecarga; a complexificação das demandas e necessidades da população – muitas vezes agravadas pelos contextos de intensos riscos sociais e violência a que ficam expostos os trabalhadores nos locais de atendimento –; e a falta de suportes variados para o desenvolvimento das ações. Entre os fatores intervenientes que aparecem no estudo de Lima Júnior, Alchieri e Maia (ver capítulo 4), destacam-se a questão relativa à discussão do trabalho com os superiores, a cooperação e a qualidade

de comunicação entre os profissionais – aspectos essencialmente relacionados à esfera da gestão.

A organização / gestão do trabalho regida com base exclusiva nos moldes burocráticos, tutelares e normalizadores, e num estilo de gerência que “limita e constringe a comunicação cotidiana” (Campos, 1999: 394), leva à fragilização da autonomia do trabalhador (mesmo que isso não signifique eliminá-la!). Os processos que se instituem nessa forma de organização não têm estimulado as discussões coletivas, desvalorizam o trabalho desenvolvido, conduzindo a formas despotencializadoras de trabalhar / viver. Nesse caso, o modo de produção de ‘subjetividade’ predominante é o da produção da repetição e de submissão e, se os trabalhadores naturalizam a situação vivida, não se sentirão em condições de transformá-la.

Na ‘caixa de ferramenta conceitual’ que aqui alinhavamos, cuidamos em direcionar e/ou ressignificar conceitos relacionados a ‘trabalho, processo de produção, serviço, tecnologia e gestão’, abordados na ótica da ‘atividade de trabalho, transversalidade, coletivo, rede, subjetividade’ e outras dimensões afins.

Da estreita relação entre a ‘subjetividade e o processo de trabalho’ devem emergir categorias analíticas que ajudem a direcionar a compreensão do trabalho em saúde (e seus impactos), partindo de seu contexto de precarização e entendendo que tal contexto é produtor de certos modos de subjetividades (individuais e coletivas), em boa parte levando às chamadas ‘subjetividades metástases’.

Da compreensão do trabalho na ótica do ‘meio físico-biológico-geográfico’, meio de permanente necessidade de adaptabilidade mútua (trabalho e trabalhador), no qual os humanos se produzem (também) como ‘modos fisiológicos de ser’, aponta-se para o aprofundamento da forma de abordagem dos efeitos do trabalho sobre a saúde, não se restringindo ao mapeamento de sintomatologias e morbidades, mas buscando compreender como se configuram ‘situações fisiológicas diferentes’, bem como tipos específicos de desgaste, sofrimento e adoecimento.

Esses referenciais abrem perspectivas para novas formas não apenas de se analisar o impacto do trabalho na vida e na saúde dos trabalhadores, mas também de nele intervir em uma direção que não apenas a de algumas adequações focadas,

ora em abordagens individuais (‘tratamento’ dos casos), ora em medidas legislativas e de ‘higienização’ dos ambientes de trabalho. Cabe sempre pôr em análise se a organização do trabalho em saúde tem potencializado ou negado a ‘normatividade humana’.

A perspectiva da ‘transversalidade’ amplia as possibilidades de problematização dos modelos de gestão e de atenção; de discutir a diretriz de funcionamento dos serviços de saúde na ótica do trabalho integrado e em equipe, isto é, suas configurações de âmbito multiprofissional, transdisciplinar,⁵ e especialmente os modos de estabelecimento de redes e das relações sociais de trabalho (interações institucionais entre instâncias de gestão / atenção, entre pares, esfera da comunicação etc). A forma de organização tradicional verticalizada na saúde caracteriza-se, em muito, pela existência de núcleos de especialidades e complexidades fragmentados, pautados numa abordagem multidisciplinar, em que os diferentes olhares disciplinares mantêm-se justapostos, e a partir da soma dos diferentes pontos de vista das diferentes disciplinas se construiria uma visão do todo. Entretanto, a abordagem multidisciplinar não pressupõe ordenação das ações ou cooperação

⁵ O desenvolvimento desse conceito, não obstante os estudos já realizados, ainda não alcançou a esfera operacional e metodológica no campo da saúde. Observamos, muitas vezes, o uso indiscriminado de conceitos como interdisciplinar e transdisciplinar, entendidos, de modo equivocado, como sinônimos.

entre os profissionais; com isso, sua simples justaposição em intervenções sequenciais não garante a desfragmentação da atenção. Nem a simples constituição de equipes multiprofissionais supera a disjunção das diversas especialidades, menos ainda as fronteiras corporativas tão realçadas no setor saúde. Articulada a essa discussão, o referencial da transversalidade amplia o horizonte de abordagem do(s) ‘coletivo(s)’ de saúde, não remetido a um conjunto de profissionais (como unidade operativa, executora, ou como unidade homogênea de estudo), mas tratado nos planos das ‘formas instituídas e das forças instituintes’, em permanente interlocução e dinamismo.

Novamente recorrendo à revisão que consta do capítulo 4, observa-se que os elementos associados à vivência dos trabalhadores (suas condições de trabalho, problemas e insatisfação) ilustram as lacunas entre o que seriam as ‘prescrições’ de funcionamento dos serviços e o que são suas ‘condições efetivas’ de funcionamento. Desvelam-se, portanto, os âmbitos de incompatibilidade ou discrepância entre normas ideais e a prática laboral; entre condições pressupostas e condições disponíveis. Desde há muito que as abordagens do ‘trabalho’ como ‘atividade’ ajudam a entender as dis-

tâncias entre o ‘prescrito’ e o ‘real’, pondo em evidência as estratégias utilizadas pelos trabalhadores para o ‘cumprimento’ do trabalho e para dar conta dos produtos dele esperados. As contradições e os paradoxos atualmente observados nas práticas institucionais de saúde põem em relevo as lacunas do sistema e os vários âmbitos de regulações que se operam (ou se apresentam como desafios) no processo de trabalho, com diferentes tendências e consequências (Santos Filho, 2011). Na institucionalidade do SUS e nas diretrizes de atualização de seus modelos organizativos reafirmam-se fortes princípios democráticos de funcionamento dos serviços, com garantia de mecanismos participativos, integração das práticas e das equipes. No entanto, observam-se as limitações da própria instituição na indução da participação ativa e protagonista dos sujeitos e da integração em rede, sendo que a crescente padronização de condutas traz ambiguidades, influenciando na própria fragmentação do trabalho (Santos Filho, 2011). Zarifian (2001c) chama a atenção para a ineficiência das organizações em favorecer o funcionamento em rede, tanto nas articulações entre as instâncias quanto na tradição dos vínculos trabalhistas com base em tarefas

individuais e não em processos comuns-integrados.

Um outro importante paradoxo da prática institucional no SUS contrapõe, de um lado as bases legais de vinculação da força de trabalho e seus direitos constitucionais; de outro lado, explicita as limitações na capacidade institucional de induzir a adequação das formas de contrato, regimes de trabalho etc – questões que atualmente convivem com as práticas de flexibilização do emprego e da legislação trabalhista, agravadas pela fragilidade ou pelo esfacelamento dos movimentos organizados de trabalhadores e seu baixo poder de negociação.

O ‘tema da gestão’, em sua macro e microperspectiva, é um importante componente a ser explorado no contexto desses paradoxos, cruzando-se categorias analíticas que permitam elucidar os paradigmas que orientam as posturas institucionais e suas contradições.

O reconhecimento desse “quadro ampliado de problemas” vem impulsionando o Ministério da Saúde a disparar alguns movimentos desde o início dos anos 2000. Como um dos passos para uma “política de valorização do trabalhador da saúde”, em 2003 foi lançado o Programa Na-

cional de Desprecarização do Trabalho no SUS (mas vários fatores contribuem para a disseminação de vínculos precários, no que se refere tanto à sua multiplicidade quanto à fragilização). Em 2004, junto com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Ministério da Saúde lançou os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS/NOB/RH-SUS. Outra iniciativa, mais ampla, do Ministério da Saúde, foi o lançamento, em 2003, da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção no SUS/PNH, política que vem se consolidando ao longo dos anos, que neste texto está referenciada em vários momentos, e em 2011, junto com a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), lança o Protocolo (008/2011) de Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (também já mencionado neste texto), importante iniciativa de fomento institucional para a melhoria da gestão e das condições de trabalho em saúde.

Como projetos ou políticas públicas, consideramos que tais iniciativas assumem ‘importância prática’ ao se firmarem como um cenário institucional indutor de análises e de intervenções diretamente com os

trabalhadores e gestores. Em seus propósitos constam indicações de alteração dos modos de gestão e atenção em saúde, aqui ressaltando a potencialidade de se tomar como foco o processo de trabalho, explorando-se os modos concretos de inserção e interação dos trabalhadores com todos os tipos de recursos envolvidos na produção do serviço / saúde e suas relações com a gerência e a administração.

Ressaltamos: o trabalho humano deve ser abordado a partir de um referencial teórico que parta da compreensão de que a relação entre trabalho e subjetividade não está centrada apenas na luta contra o sofrimento, e que considere a atividade de trabalho como fonte permanente de criação de novas formas de viver. Tais referenciais podem enriquecer a concepção de trabalho adotada nos serviços de saúde, sem desconsiderar a realidade perversa dos mundos do trabalho, marcada pela precarização. A indicação do foco no processo de trabalho nos parece garantir amplitude e força ao processo de análise. A perspectiva de intervenção deve vir sempre indissociada do processo de análise. Pensar o trabalho supõe cartografá-lo,⁶ a partir da ideia de poder reinventá-

lo nos seus objetivos, instrumentos, formas de divisão e organização, pois a história dos humanos é a história dos seus modos de produção, e estes últimos, por sua vez, forjam modos de subjetivação.

...o trabalho humano deve ser abordado a partir de um referencial teórico que parta da compreensão de que a relação entre trabalho e subjetividade não está centrada apenas na luta contra o sofrimento, e que considere a atividade de trabalho como fonte permanente de criação de novas formas de viver.

Os conceitos que se agregam nessas direções ajudam a compor a triangulação de referenciais e de métodos investigativos na exploração da realidade do trabalho em saúde. Nesses processos não é demais salientar que os desenhos avaliativos requerem participação ativa dos trabalhadores, sustentando uma escolha político-metodológica de 'inclusão' que induza uma participação corresponsável e que resulte também no aumento da capacidade de análise, de negociação e de intervenção dos sujeitos trabalhadores. 'Inclusão' que, reafirmamos, apresente-se como desafio que se coloca na (re)formulação de uma política pública de saúde.

⁶ Cartografar tem aqui o sentido de acompanhar os movimentos de construção das paisagens no cenário social.

10. REFERÊNCIAS

- ALTHUSSER, L. O objeto de *O Capital*. In: ALTHUSSER, L. *Ler O Capital*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- BALIBAR, E. Sobre os conceitos fundamentais do materialismo dialético In: ALTHUSSER, L. (Org.). *Ler O Capital*. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.
- BARROS, M. E. B. & BENEVIDES DE BARROS, R. B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS FILHO, S. B. & BARROS, M. E. B. (Orgs.). *Trabalhador da Saúde: muito prazer – protagonismo do trabalhador na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.
- BENEVIDES DE BARROS R. & PASSOS, E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 16: 71-79, 2000.
- BENEVIDES DE BARROS, R. & PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface Comunicação Saúde Educação*, 9: 389-394, 2005a.
- BENEVIDES DE BARROS, R. & PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 561-571, 2005b.
- BRASIL. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. *DesprecarizaSUS: perguntas & respostas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.
- BRAVERMAN, H. *Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1987.
- BREILH, J. *Epidemiologia: medicina, economia y política*. México: Fontamara, 1986.
- BRITO, J. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: FIGUEIREDO, M. et al. (Orgs.). *Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.
- BRITO, J. Trabalho prescrito. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV). (Org.). *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- BRITO, J. & ATHAYDE, M. Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade. *Trabalho Educação e Saúde*, 1: 239-265, 2003.
- CAMPOS, G. W. S. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes e saúde. In: MEHRY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, 14: 863-870, 1998.
- CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4: 393-403, 1999.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 2006.

- CAMPOS, G. W. S. Prefácio. In: SANTOS FILHO, S. B. & BARROS, M. E. B. (Orgs.). *Trabalhador da Saúde: muito prazer – protagonismo do trabalhador na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Unijuí, 2007.
- CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciência & Saúde – Manguinhos*, 4(2): 287-307, 1997.
- CECÍLIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- COSTA, C. S. D. *Cartografias Digitais: uma análise das práticas produzidas com as novas tecnologias na escola*, 2002. Dissertação de Mestrado, Espírito Santo: Centro Pedagógico, Universidade Federal do Espírito Santo.
- DANIELLOU, F.; LAVILLE, A. & TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 17: 7-13, 1989.
- DEJOURS, C. *A Loucura do Trabalho. Estudo de Psicopatologia do Trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré, 1988.
- DELEUZE, G. Os intercessores. In: DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.
- DELEUZE, G. & GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. v. 1.
- DONNANGELO, M. C. Saúde e Sociedade. In: DONNANGELO, M. C. & FERREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- DUC, M.; DURAFFOURG, J. & DURRIVE, L. O trabalho e o ponto de vista da atividade. In: SCHWARTZ, Y. & DURRIVE, L. (Orgs.). *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: Eduff, 2007.
- DUC, M.; DURRIVE, L. & SCHWARTZ, Y. Técnicas e competências. In: SCHWARTZ Y. & DURRIVE, L. (Orgs.). *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: Eduff, 2007a.
- DUC, M.; DURRIVE, L. & SCHWARTZ, Y. Trabalho e usos de si. In: SCHWARTZ, Y. & DURRIVE, L. (Orgs.). *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: Eduff, 2007b.
- ESCÓSSIA, L. *Relação Homem-Técnica e Processo de Individuação*. Aracajú: Fundação Oviêdo Teixeira, 1999.
- ESCÓSSIA, L. *O Coletivo como Coengendramento do Indivíduo e da Sociedade*, 2004. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- FACCHINI, L. A. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E. & RIGOTTO, R. M. (Orgs.). *Isto É Trabalho de Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1994a.
- FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E. & RIGOTTO, R. M. (Orgs.). *Isto É Trabalho de Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1994b.
- FERREIRA, C. G. *Processo de Trabalho e Relação Salarial: um marco teórico-analítico para o estudo das formas capitalistas de produção industrial*. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, 1987. (Mimeo.)
- FRANCO, T. B. *Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde*, 2003. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

- GADREY J. Emprego, produtividade e avaliação do desempenho dos serviços. In: SALERNO, M. S. (Org.). *Relação de Serviço: produção e avaliação*. São Paulo: Senac, 2001.
- GARCIA, J. C. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, E. V. (Org.). *Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989.
- GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- GUATTARI, F. & ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1985.
- LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.
- LAURELL, A. C. & NORIEGA, M. *Processo de Produção e Saúde: trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec, 1989.
- LEPLAT, J. & HOC, J. M. Tarea y actividad em análisis psicológico de situaciones. In: CASTILLO, J. J. & VILLENA, J. (Orgs.). *Ergonomia: conceptos y métodos*. Madri: Editoria Complutense, 1998.
- LOURAU, R. *La Política de la Sobreimplication*. s.l.: s.n., 1995 (Mimeo.)
- MACHADO, L. Subjetividades contemporâneas. In: BARROS, M. E. B. (Org.). *Psicologia: questões contemporâneas*. Vitória: Edufes, 1997.
- MARX, K. *O Capital*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1968.
- MARX, K. *O Capital: crítica da economia política – livro 1*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil AS, 1988. v.1.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- NEVES, C. E. A. B. Sociedade de controle, o neoliberalismo e os efeitos de subjetivação. *Revista Saúde e Loucura*, 6: 75-98, 1997.
- NOGUEIRA, R. P. *Perspectivas da Qualidade em Saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.
- NOGUEIRA, R. P. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA, J. P. (Org.). *Organização do Cuidado a partir de Problemas*. Brasília: Opas, 2000.
- NUNES, E. V. (Org.). *Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989.
- ODDONE, I. *Ambiente de Trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- PENTEADO, E. V. B. F. et al. Trabalho complexo e degradado: a realidade de uma unidade de terapia intensiva de um hospital público no Rio de Janeiro. In: ANAIS DO VIII ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DA PRODUÇÃO, 1998, Niterói. *Anais...* Niterói: CD-ROM, 1998. Disponível em: <www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP1998_ART011.pdf>. Acesso em: 15 out. 2011.
- SALERNO, M. S. (Org.). *Relação de Serviço: produção e avaliação*. São Paulo: Senac, 2001.
- SANTOS FILHO, S. B. Análise do trabalho em saúde nos referenciais da humanização da relação de serviço. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, 5: 45-54, 2011.

SANTOS FILHO, S. B. & BARROS, M. E. B. *Trabalhador da Saúde: muito prazer – protagonismo do trabalhador na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Unijuí, 2007.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. & GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. *Interface Comunicação Saúde Educação*, 13: 603-613, 2009.

SCHWARTZ, Y. *Le Paradigme Ergologique ou un Métier de Philosophe*. Toulouse: Editions Octarès, 2000.

SCHWARTZ, Y. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industriosa. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2: 33-55, 2004.

SCHWARTZ, Y. Entrevista: Yves Schwartz. *Trabalho, Educação e Saúde*, 4: 457-466, 2006.

SCHWARTZ, Y. A abordagem do trabalho reconfigura nossa relação com os saberes acadêmicos: as antecipações do trabalho. In: SOUZA-E-SILVA, M. C. P. & FAÍTA, D. (Orgs.). *Linguagem e Trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França*. São Paulo: Cortez, 2007.

SCHWARTZ, Y. Reflexão em torno de um exemplo de trabalho operário. In: SCHWARTZ, Y. & DURRIVE, L. (Orgs.). *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: Eduff, 2007.

SCHRAIBER, L. B. *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: Hucitec, 1993.

SILVA, M. G. R. *Queixa Principal: transformações no trabalho, conduta: reinventar o trabalho e sua divisão*, 1998. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

TEIGER, C. El trabajo: obscuro objeto de la ergonomía. In: CASTILLO, J. J. & VILLENA, J. (Orgs.). *Ergonomia: conceptos y métodos*. Madrid: Editoria Complutense, 1998.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Abrasco, 2003.

VIRNO, P. *Multidão e Princípio de Individuação*. Disponível em: <<http://www.sindominio.net/arkitzean/multitudes/virnomultitud.html>> Acesso em: 4 fev. 2002.

ZARIFIAN, P. Valor, organização e competência na produção de serviço – esboço de um modelo de produção de serviço. In: SALERNO, M. S. (Org.). *Relação de Serviço: produção e avaliação*. São Paulo: Senac, 2001a.

ZARIFIAN, P. Mutação dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviço. In: SALERNO, M. S. (Org.). *Relação de Serviço: produção e avaliação*. São Paulo: Senac, 2001b.

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

ZARIFIAN, P. *O Modelo da Competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas*. São Paulo: Senac, 2003.

3

A SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE: FOCOS, ABORDAGENS E ESTRATÉGIAS DE PESQUISA

Jussara Brito
Paulo Gilvane Lopes Pena
Luciana Gomes
Alice Paiva Souto
Armando Cypriano Pires

O objetivo desta pesquisa foi analisar a produção nacional sobre a questão da saúde dos trabalhadores da saúde, com foco nos aspectos metodológicos dos estudos, buscando identificar os conceitos, as abordagens e as estratégias utilizadas, assim como seu potencial para contribuir com novas análises e com sistemas / práticas de vigilância.

A fim de melhor delimitar a problemática da pesquisa, foram consideradas apenas as investigações sobre a saúde do trabalhador dos serviços de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), próprios e contratados – rede básica, média e alta complexidade, rede de emergências e vigilância. Privilegiaram-se os estudos centrados nos processos de trabalho, envolvendo categorias

diversas de trabalhadores de saúde: enfermagem, médicos, psicólogos etc (incluídos na rede SUS de forma direta ou indireta). Foram incluídas pesquisas qualitativas e quantitativas que abordassem condições de trabalho, agravos (acidentes e doenças) e sofrimento no trabalho. Foram excluídos do âmbito da pesquisa o setor industrial da saúde, o setor privado sem vínculo com o SUS, os serviços e clínicas, como serviços odontológicos, fisioterapêuticos e outros, sem vínculo com o SUS.

Esta pesquisa foi desenvolvida de agosto a novembro de 2011. As estratégias metodológicas adotadas e as etapas realizadas são descritas no tópico 1. Os resultados alcançados e as análises efetuadas são apresentados no tópico 2.

1. METODOLOGIA

Após definição do recorte da pesquisa, as estratégias metodológicas foram definidas e ajustadas no curso de sua realização, resultando em cinco etapas, que serão descritas a seguir. Antes, porém, cabe explicitar as premissas que nortearam as análises da produção acadêmica:

- Aproximação do estudo com o campo da saúde do trabalhador, em especial no que tange à perspectiva interdisciplinar e ênfase nas ciências humanas, à participação dos trabalhadores e ao foco no processo de trabalho (referencial para a seleção de estudos mais pertinentes);
- Potencial metodológico para abrir novas perspectivas e interpretações sobre a saúde do trabalhador da saúde, e não pesquisa cuja natureza fosse centrada unica-

mente no diagnóstico ou tivesse um caráter reducionista;

- Originalidade da pesquisa e relevância social;
- Relação do estudo com a vigilância em saúde do trabalhador.

1ª Etapa - Definição das estratégias de busca

Os procedimentos de revisão bibliográfica se iniciaram com a realização de buscas dos estudos em bases de dados disponíveis na Internet. Para tanto, foram utilizadas as bases Lilacs, PubMed e a Scirus por terem grande abrangência de referências bibliográficas indexadas no Brasil e internacionalmente. Para cada base, foi necessário fazer as devidas adaptações em relação à estratégia de busca, de acordo com as ferramentas disponíveis (descritores, *mesh terms*, palavras-chave).

Com o intuito de encontrar o maior número possível de referências que se enquadrassem no objeto definido, foram realizadas muitas tentativas até se alcançar uma estratégia de busca abrangente.⁷

A partir dessa estratégia, obteve-se como resultado 953 referências bibliográficas entre artigos científicos, dissertações e teses, publicadas em

português, inglês e espanhol. Sendo que dessas referências, 192 foram encontradas na Lilacs, 99 na Scirus e 662 no PubMed.

2ª Etapa - Seleção inicial de referências bibliográficas

A seleção inicial dos textos se deu a partir das leituras dos resumos, considerando as premissas anteriormente citadas e os critérios de inclusão e de exclusão adotados.

Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- Estudos científicos publicados entre os anos de 1996 e 2011 (últimos 15 anos);
- Conter como descritores ou palavras-chave os termos definidos na estratégia de busca;
- Atender pelo menos a um dos pontos definidos nas premissas anteriores.

No que diz respeito à exclusão, adotou-se os critérios a seguir:

- Estudos científicos publicados antes de 1996;
- Conteúdo do resumo inconsistente e/ou sem as informações desejáveis;

⁷ O quadro com os descritores que foram utilizados na estratégia de busca encontra-se no seguinte documento: BRITO, J. *et al.* Relatório de pesquisa: métodos sobre a saúde dos trabalhadores da saúde. In: *Relatório de Pesquisa: panorama da saúde do trabalhador da saúde*. Rio de Janeiro: Secretaria de Vigilância em Saúde-MS/ Departamento de Medicina-UFMG, 2011.

- Estudos com abordagem restrita ao diagnóstico;
- Impossibilidade de acesso ao texto completo.

Os textos selecionados foram sistematizados em um quadro resumido, com campos preenchidos a partir dos resumos dos textos selecionados, com os seguintes itens informativos:

- Nº
- Ano
- Referência bibliográfica (Ex.: Autor (es). Título. Revista. Ano)
- Instituição
- Tipo de referência (Ex.: artigo, tese)
- Tipo de estudo (Ex.: qualitativo, quantitativo, quanti-qualitativo)
- Objetivos
- Referenciais teóricos e metodológicos
- Tipo de serviço (Ex.: Caps, UTI)
- Categoria profissional
- Avaliação do estudo – Se está ok, se tem alguma dúvida ou observação
- Base de dados (Ex.: Lilacs)

Num primeiro momento, foram selecionadas 87 referências, mas após discussão sobre esses resultados iniciais, a fim de dirimir as dúvidas que surgiram durante o processo de escolha, foram excluídas outras 24 referências.

3ª Etapa - Seleção complementar de referências bibliográficas

Observou-se a ausência de vários estudos conhecidos pela equipe sobre a questão da saúde do trabalhador da saúde entre o conjunto de referências obtidas. Percebeu-se então a limitação de alcance do tipo de estratégia de busca utilizada, provavelmente por se tratar de objeto vasto e complexo. Considerou-se também a possibilidade de alguns periódicos científicos da área não estarem indexados nessas bases. Por tais motivos, foi realizada uma complementação da busca bibliográfica.

Verificou-se ainda que a concentração maior de estudos foi a partir do ano de 2005. Desse modo, como nova estratégia, decidiu-se fazer um levantamento de referências diretamente em alguns periódicos e bancos de teses de programas de pós-graduação, a partir do ano 2005, com base na leitura dos títulos e das palavras-chave. Foram encontradas 114 referências.

Para as revistas, considerou-se aquelas reconhecidas como veículo de divulgação científica do tema ‘trabalho e saúde’, assim definidas: *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, *Cadernos de Saúde Pública*, *Revista de Saúde Pública*, *Ciência & Saúde Coletiva*, *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, *Interface* e *Revista Trabalho, Educação e Saúde*.

Em relação às teses e dissertações, a busca foi realizada no banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e nos registros dos programas de pós-graduação em saúde pública com área de concentração em saúde do trabalhador. Em função desse critério, realizou-se apenas um levantamento da produção acadêmica dos programas de pós-graduação vinculados às seguintes instituições: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), Universidade Federal da Bahia (Ufba), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Para seleção de referências bibliográficas a partir dessa nova busca, seguiu-se o mesmo caminho da Etapa 2, chegando-se a 41 trabalhos adicionais e, ao final, um total de 104 referências bibliográficas a serem analisadas.

4ª Etapa - Refinamento da seleção

Com o objetivo de melhor visualizar todos trabalhos selecionados, decidiu-se classificá-los por tipo de serviço e por data de publicação (acreditando-se que esta ordenação poderia dar indicações sobre os avanços ou as tendências).

De acordo com sua caracterização nos resumos e nos títulos, os trabalhos foram classificados, em quadro próprio, pelos seguintes tipos de serviço: hospitalar, emergência, unidade de terapia intensiva (UTI), saúde mental, atenção básica (unidade básica de saúde e centro de saúde) e estratégia saúde da família (ESF).

Em seguida, foram feitas leituras exaustivas de todos os campos do quadro construído, discutindo-se seus conteúdos e buscando-se construir uma amostra diversificada da produção acadêmica. Assim, passou-se à identificação de trabalhos que se apoiaram em diferentes metodologias e apresentaram focos distintos. Nesse processo, foi necessário realizar uma nova triagem, eliminando-se trabalhos que tratavam do mesmo estudo, privilegiando-se as publicações mais recentes. Com este refinamento da seleção, o número de trabalhos a serem analisados foi reduzido a 61.

5ª Etapa - Análise dos resultados

O conjunto de trabalhos escolhidos na etapa anterior foi analisado, considerando-se as categorias teóricas e metodologias adotadas, seus objetivos, o tipo, abrangência e relevância dos resultados, bem

como seus avanços ou limitações, entre outros aspectos. Utilizou-se, nesta etapa, um instrumento denominado “Formulário de fichamento orientado”. Esta análise respeitou as premissas previamente definidas e já apresentadas no início deste tópico.

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da análise, bem como da sua discussão, serão apresentados por tipo de serviço, de acordo com os seguintes itens:

- Descrição geral das publicações selecionadas na última fase: quantidade, ano de publicação, tipo de referência (artigo, dissertação ou tese), características gerais da unidade pesquisada, profissionais estudados, tipo de estudo (qualitativo, quantitativo, quali-quantitativo);
- Identificação das tendências gerais das pesquisas em relação aos focos e objetivos;
- Identificação das correntes doutrinárias, linhas teóricas e categorias analíticas estudadas;
- Categorização dos métodos, técnicas e instrumentos adotados nas pesquisas;

- Considerações gerais sobre a avaliação dos limites, avanços ou contribuições trazidos pelos estudos, levando em conta: contribuições/avanços, de modo geral; avaliação do texto como um todo e análise do uso de referências bibliográficas (quantidade usada, ano de publicação e relevância para o trabalho).

2.1. Hospitais e serviços de urgência / emergência

Para esta análise foram selecionados 22 estudos que tratam da saúde dos profissionais de saúde em serviços hospitalares e de urgência/emergência no Brasil.

Para tanto, foi realizado um recorte para efeito de classificação temática e os estudos foram separados em dois grupos. O primeiro compôs os serviços hospitalares em unidades de

assistência ambulatorial e/ou internamento especializado, totalizando 15 artigos, teses e dissertações. O segundo grupo de análise reuniu sete pesquisas realizadas em serviços de atendimento em urgência e emergência, assim discriminados:

- Serviço de pronto-socorro geral ou especializado, a exemplo de pronto-socorro pediátrico, com tratamento médico cirúrgico com unidade de internamento hospitalar;
- Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) que envolve assistência em urgência e emergência com atendimento de 24 horas, sem serviço de internamento hospitalar;
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu –, caracterizado pela atenção à urgência pré-hospitalar para prestar socorro à população e executado por meio de unidades móveis.

a) Descrição geral das publicações

Em relação aos serviços hospitalares, foram selecionados 15 estudos. No período de 2004 a 2011 foram computados oito artigos científicos, cinco dissertações e duas teses. Os artigos científicos estão publicados em periódicos nacionais, exceto um internacional, de responsabilidade

da *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Um artigo sobre instituição hospitalar foi desconsiderado após leitura, tendo em vista o seu objeto centrado na bioética e na formação médica.

Sobre serviços de urgência e emergência, foram selecionados sete estudos. No período de 2004 a 2011 foram computados quatro artigos científicos, sendo dois publicados em revistas internacionais (*Revista Latino-Americana de Enfermagem* e *Revista de Salud Publica*), uma dissertação e uma tese.

Em relação às categorias profissionais de saúde estudadas, observa-se a predominância do profissional de enfermagem em nove estudos, seguida do conjunto de profissionais de saúde, restando três pesquisas com enfermeiros e duas com médicos. Caso se considere os profissionais de enfermagem (técnicos e auxiliares) junto com a categoria enfermeiros, o número de 12 estudos indica ser este o conjunto de profissionais mais estudados no âmbito da saúde dos trabalhadores. Os dois estudos realizados com médicos foram em relação aos serviços de urgência, sendo um deles focado na especialidade pediátrica.

Do total de pesquisas selecionadas, nove foram quantitativas, envolvendo universos centrados em estudos de casos ou casuísticas de unidades hospitalares. Não há, portanto, estudos de base censitária ou de coortes os quais indiquem resultados que possam ser generalizados para o conjunto de profissionais de saúde.

Dentre os profissionais de saúde estudados, foram incluídos os de enfermagem, médicos, assistentes sociais, psicólogos e odontólogos. Não há estudos sobre outras categorias, como nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, serviços de limpeza, manutenção e outras que atuam no âmbito dos serviços hospitalares.

b) Focos e objetivos das pesquisas

Dentre os temas centrais e os objetivos dos estudos, as referências estão focadas nas investigações sobre as condições de trabalho especificadas por categorias profissionais ou condições típicas do trabalho em serviço hospitalar, como: trabalho de turno; atividade em emergências; relação com a qualidade de vida; biossegurança; ritmo de trabalho; *burnout* e esgotamento profissional/fadiga; conflitos gerenciais e profissionais; violência nos serviços de saúde; precariedade nos salários e condições contratuais da saúde, dentre

outros. Estes foram os principais temas das investigações e alguns estudos tomaram como referência a análise dos processos de trabalho em saúde, principalmente para conhecer as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem. Considerando a preponderância do trabalho feminino junto aos profissionais de saúde, alguns estudos fizeram recorte de gênero, incluindo a dupla jornada de trabalho, e relacionaram as condições de trabalho na definição do objeto.

O outro conjunto de objetivos mais estudados se encontra na esfera geral da relação entre saúde mental e trabalho. Esse enfoque foi explorado e articulado a temas específicos, como estresse com abordagem quantitativa com instrumento de medição (escalas de estresse, satisfação), sofrimento mental nas suas relações com novas tecnologias, cuidado com o paciente, atividades de emergência, além de dois estudos que especificam a relação entre sofrimento mental junto aos profissionais de enfermagem. O sofrimento mental no trabalho de enfermagem, assim como o sofrimento psíquico nas urgências e emergências são exemplos de recortes encontrados no âmbito das investigações sobre a saúde mental dos profissionais de hospitais.

Outro foco importante que teve início em 2004 se refere ao tema da violência e à relação com o trabalho em saúde, principalmente nos serviços de urgência e emergência. A violência psíquica e física junto ao profissional de enfermagem e no trabalho do médico em emergência, bem como a violência ocupacional em hospital de emergência junto aos profissionais de saúde, constituem as pesquisas selecionadas sobre esse tema emergente.

Em relação ao estudo concentrado na análise de riscos, encontrou-se pesquisa centrada nos riscos químicos relacionados aos quimioterápicos e antineoplásicos e estudo sobre o risco em hospital de urgência em geral. Um artigo apresentou pesquisa que tratava das representações sociais sobre risco ocupacional em serviço hospitalar.

Apenas um estudo foi encontrado com o foco no perfil de morbidade, com investigação da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho em profissionais de enfermagem. O universo foi de 4.307 profissionais, e o trabalho constata a prevalência de patologias relacionadas ao trabalho, como LER/Dort, depressão, tuberculose além de outras enfermidades indiretamente relacionadas ao trabalho. Ainda sobre efeitos da

morbidade, há um estudo sobre o absenteísmo entre os profissionais de saúde.

Encontrou-se uma pesquisa sobre condições especiais de trabalho, sendo a relação entre trabalho e envelhecimento o objeto de estudo. Em apenas um estudo se verificou ensaio de pesquisa-intervenção para avaliar proposta de método de análise de acidente de trabalho, resultando assim em produção de tecnologia social inovadora no âmbito da saúde do trabalhador. Na verdade, na amostra selecionada, este foi o único artigo que teve como foco o acidente de trabalho e os métodos de investigação relacionados à vigilância em saúde do trabalhador.

c) Categorias analíticas utilizadas

Interessante estudo histórico e social da instituição hospitalar foi desenvolvido com base na teoria crítica marxista, centrada na sociologia de trabalho e em articulação com a saúde do trabalhador. Neste caso, o trabalho de enfermagem foi objeto de análise profunda e contextualizada no processo de reestruturação produtiva, terceirização e precarização do trabalho no âmbito hospitalar. Dois outros estudos utilizaram referenciais da esfera da saúde do trabalhador em

geral, sendo um deles uma análise sobre gênero e trabalho, com riscos de adoecimento físico e psíquico, em que a organização do trabalho segue a lógica taylorista pela intensificação de esforços com consequentes agravos físicos e psíquicos associados ao convívio com sofrimento.

No campo da saúde do trabalhador, discute-se a participação dos trabalhadores por meio de abordagem transdisciplinar (articulando disciplinas e estratégias como a clínica da atividade/ergologia, ergonomia e vigilância em saúde) como fundamento para desenvolver método inovador de análise coletiva do acidente de trabalho, considerando a dimensão ergológica. Ainda com abordagem centrada na interface entre as ciências humanas e a saúde no trabalho, foi realizado um estudo para avaliar as relações entre trabalho e envelhecimento na esfera do serviço hospitalar.

O aporte teórico e metodológico mais desenvolvido nos estudos selecionados foi a psicodinâmica do trabalho, no âmbito das relações entre saúde mental e trabalho hospitalar. Christophe Dejours foi o autor central nessas referências teóricas que fundamentaram estudos sobre: a vivência da enfermeira a partir da introdução da informatização no

processo de trabalho hospitalar; o conhecimento da produção do saber e a relação entre saúde, trabalho e sofrimento; o ato de conhecer a produção de um saber sobre a saúde e a doença; o sofrimento em instituição; o profissional de saúde que trata de crianças em situações de iminência da morte; o reconhecimento do sofrimento no contexto dos trabalhadores da enfermagem; e o lugar do sujeito no trabalho, no campo individual e coletivo.

O aporte teórico e metodológico mais desenvolvido nos estudos selecionados foi a psicodinâmica do trabalho, no âmbito das relações entre saúde mental e trabalho hospitalar.

A psicodinâmica do trabalho foi também a abordagem mais utilizada dentre os estudos selecionados dos serviços de urgência e emergência. A excessiva carga de trabalho e o sofrimento psíquico nas especificidades de serviços de urgência, sobrecarregados e precários, foram tomados como objetos de investigação por meio da aproximação dos referenciais teóricos do campo da saúde do trabalhador e da psicodinâmica do trabalho em dois estudos.

A pesquisa ergonômica foi referência central em estudo sobre a atividade do pediatra em serviço de urgência

usada em associação à teoria do estresse e o estudo revelou os efeitos de sobrecarga excessiva, como *burnout* e esgotamento profissional/fadiga. O objetivo foi compreender especificidades e consequências da sobrecarga física e psíquica nesse tipo de serviço de saúde. Realizou-se estudo, inspirado na escola francesa de ergonomia, com interessante contribuição decorrente de uma densa discussão sobre o trabalho e a noção de risco à saúde, na esfera subjetiva. Sua temática foi articulada à exposição de quimioterápicos antineoplásicos e às alternativas para reduzir a exposição desse importante risco para a saúde do trabalhador.

O único estudo de base ergológica selecionado procurou compreender a atividade de profissionais do Samu. O referencial ergológico teve como fundamento profunda análise do processo de trabalho do serviço de urgência segundo referencial marxista e autores como Yves Schwartz, Ivar Oddone, George Canguilhem e Alain Wisner. Esse estudo buscou ainda aproximar o campo do trabalho com a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), considerando que o serviço de urgência opera junto aos usuários em condições extremamente vulneráveis.

Sobre a epidemiologia, verificou-se, em linhas gerais, uma abordagem centrada em categorias sociais, como gênero, absenteísmo e violência. Em um estudo que envolveu enfermeiras, avaliou-se a associação entre a carga de trabalho profissional e doméstico com doenças e queixas sobre sono e falta de tempo. O absenteísmo foi tema do estudo epidemiológico realizado na perspectiva da análise dos fatores que interferem na ocorrência da ausência por doença entre os profissionais de enfermagem.

A violência psicológica, física e sexual foi estimada em profissionais de enfermagem tomando-se como referencial instrumento multicêntrico utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a violência contra a mulher. Em mais dois outros estudos, de base quantitativa, tratam o tema da violência junto aos profissionais de saúde em serviços de urgência, sendo utilizadas as referências teóricas/instrumentais da OMS.

Ainda no âmbito da pesquisa qualitativa, a noção de risco ocupacional foi discutida trazendo a teoria das representações sociais em Moscovici, em único estudo selecionado. Em outra pesquisa, utilizou-se o referencial da fenomenologia na pers-

pectiva de compreender a noção de qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem no mundo cotidiano hospitalar. Entre os teóricos utilizados nesta escola, a autora se baseia em Merleau-Ponty para contribuir com a análise das falas sobre o corpo no trabalho.

Em dois estudos analisados não houve a possibilidade de identificar a formulação teórica em função da abordagem essencialmente empírica desenvolvida pelos autores.

A violência psicológica, física e sexual foi estimada em profissionais de enfermagem tomando-se como referencial instrumento multicêntrico utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a violência contra a mulher

d) Métodos adotados

Dos 22 estudos analisados, 14 desenvolveram metodologias qualitativas em geral e oito realizaram estudos quantitativos. A pesquisa qualitativa foi predominante, com as seguintes abordagens metodológicas:

- Prevaleceu a psicodinâmica do trabalho envolvendo a busca da compreensão da organização do trabalho em saúde e do sofrimento psíquico e as exigências e sobrecargas para profissionais;
- Pesquisa qualitativa ergonômica, centrada na atividade de profissionais de saúde em serviços hospitalares;
- Houve um estudo qualitativo de base ergológica, no qual foram utilizadas categorias operacionais da perspectiva do ‘agir em competência’ na urgência móvel e a perspectiva do campo da saúde pública.

Outros estudos utilizaram metodologias da pesquisa qualitativa, em geral por meio de abordagens sociológicas ou antropológicas, havendo, em particular, um estudo de fundamentação fenomenológica que investigou, nesse contexto, o sentido de qualidade de vida e trabalho; reconhecimento e ‘ser-no-mundo’ com o outro.

Três estudos qualitativos utilizaram programas de *software* para análise das informações coletadas, a exemplo do uso dos *softwares* Evoc e Alceste. As interpretações com esse suporte informático estiveram associadas à análise das representações sociais e à análise léxica como parte da análise do discurso.

A pesquisa / intervenção foi utilizada em um estudo sobre o desenvolvimento de nova metodologia para análise de acidente do trabalho. Assim, realizaram-se estratégias metodológicas de natureza interdisciplinar na investigação de acidentes de trabalho. Com isso, elaborou-se uma nova proposta de análise de acidente que considerou a esfera subjetiva e a participação do coletivo no processo.

Foram utilizados os instrumentos clássicos de investigação da pesquisa qualitativa, como entrevistas individuais, coletivas, observação do trabalho, da atividade. Nos estudos quantitativos, nas metodologias aplicadas, houve o predomínio de desenhos caracterizados por estudos transversais em unidades hospitalares ou serviços de urgência, em que o principal instrumento de coleta de dados foi o questionário. Apenas um estudo utilizou desenho retrospectivo, com análise de banco de dados de casos que geraram incapacidade com afastamento do trabalho. Não se verificou outras estratégias, como estudos censitários ou de corte nos trabalhos selecionados.

Dentre os estudos de natureza quantitativa, dois deles procuraram utilizar,

de forma associada e complementar, a análise qualitativa como instrumento secundário; outro estudo quantitativo (sobre envelhecimento) fez uso de análise de discurso em Bardin e *software* para categorização dos dados qualitativos.

Nos estudos quantitativos, nas metodologias aplicadas, houve o predomínio de desenhos caracterizados por estudos transversais em unidades hospitalares ou serviços de urgência, em que o principal instrumento de coleta de dados foi o questionário.

e) Limites e avanços dos métodos e das perspectivas teórico-metodológicas adotadas

Os resultados dos estudos revelam rica produção de conhecimento sobre serviços hospitalares, condições de trabalho, saúde mental e física e estratégias de prevenção e de intervenções no trabalho. Muitos estudos avaliados são de natureza confirmatória em relação ao encontrado na literatura sobre o tema. No entanto, há algumas produções que apresentam diversas limitações teórico-metodológicas e resultados pouco expressivos na esfera da saúde do trabalhador.

Os estudos qualitativos apresentaram resultados empíricos que identificaram condições gerais muito próximas às verificadas na abordagem quantitativa. No entanto, contribuem com o aprofundamento de categorias e noções sobre o desgaste emocional, precarização do trabalho, em que a atividade de enfermagem ocorre no limite físico, psíquico e emocional devido a longas duplas e triplas jornadas, com excesso de plantões, baixos salários, precárias condições materiais de trabalho. Em síntese, estudos quantitativos e qualitativos indicaram a precariedade das condições de trabalho existentes nos serviços hospitalares e a insuficiência de medidas de controle e melhoria na perspectiva de proteção à saúde.

2.2. Unidades de terapia intensiva (UTIs)

a) Descrição geral das publicações

Foram selecionados nove trabalhos científicos sobre UTI. Entre eles, seis artigos, três dissertações e uma tese foram publicados ou defendidos entre os anos de 2002 e 2011.

A maioria das pesquisas selecionadas foi realizada em uma única UTI, exceto uma que fez em UTI de adulto

e UTI pediátrica e outra que fez na UTI geral de dois outros hospitais. Sete UTIs de adulto, três UTIs neonatais e uma UTI pediátrica serviram de campo para as pesquisas, sendo que seis localizadas dentro de hospitais universitários. Duas pesquisas buscaram estudar os profissionais que compõem a equipe básica da UTI, sendo que uma trabalhou com médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem e a outra envolveu além destes, técnicos de enfermagem e técnicos administrativos. Seis pesquisas estudaram os profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), das quais uma foi unicamente sobre auxiliares de enfermagem e outra sobre os técnicos de enfermagem. Apenas uma pesquisa tratou dos fisioterapeutas que atuam em UTI. Três pesquisas eram quali-quantitativas e as outras seis qualitativas.

b) Focos e objetivos das pesquisas

Os focos das pesquisas foram variados, indo de caracterização dos acidentes de trabalho com material biológico, desafios presentes no dia a dia do trabalho na unidade, compreensão da relação entre saúde e trabalho até a busca da visibilização da dimensão relacional e das

competências mobilizadas no curso da atividade, entre outros. Porém, percebe-se que um ponto comum entre elas estaria relacionado a compreender o trabalho e os desafios que se colocam à saúde frente a características que se apresentam comuns a esse tipo de unidade, como:

- nível elevado de complexidade na assistência e nos tratamentos, o que leva a um ritmo de trabalho que também é mais intenso;
- proximidade maior com o risco de morte dos pacientes, uma vez que se encontram em estado crítico;
- necessidade de lidar com sofrimento dos familiares e dos pacientes;
- ambiente com condições materiais e de trabalho que nem sempre são suficientes ou de qualidade.

c) Categorias analíticas utilizadas

Em relação às categorias analíticas utilizadas, três estudos privilegiaram o ponto de vista da atividade, usando referenciais da ergonomia de atividade, ergologia, perspectiva vitalista de Georges Canguilhem, psicodinâmica do trabalho, saúde do trabalhador, clínica da atividade e proposições sobre relação de serviço e competência. Destacamos algumas categorias, como: ativida-

de, saúde, trabalho, trabalho real, trabalho prescrito, trabalho de cuidado, trabalho na UTI, invisibilidade, normas antecedentes, uso de si e dramáticas do uso de si, dimensão relacional da atividade de cuidado, competência, coletivo, patrimônio de saberes e valores, variabilidade, regulação da atividade, satisfação no trabalho, sofrimento no trabalho, condições de trabalho, relação de serviço, entidades coletivas relativamente pertinentes (ECRP) e dinâmica do reconhecimento.

Um estudo utilizou pressupostos da etnometodologia e também algumas categorias da ergonomia. Outro trabalhou com concepções de saúde-doença e morte do ponto de vista da antropologia. Um terceiro estudo operou com os sentidos e os significados do trabalho a partir de alguns pressupostos de abordagens humanistas e cognitivista. Outro artigo usou pressupostos teóricos e metodológicos da hermenêutica moderna.

Algumas categorias usadas nas pesquisas são próprias aos estudos do campo da saúde do trabalhador, como: condições de trabalho, acidentes e riscos ocupacionais, ritmo de trabalho, estresse no trabalho, desgaste para o profissional, dilemas éticos e profissionais. Em outros

estudos apareceram categorias próprias da enfermagem, como a assistência e envolvimento emocional com o paciente e/ou familiares. No entanto, foram encontrados artigos em que os autores não esclareceram o referencial teórico adotado.

d) Métodos adotados

A respeito das metodologias utilizadas para coleta de dados nas pesquisas, cinco estudos usaram entrevistas semiestruturadas como principal fonte. Um deles também fez observação de campo; outro combinou com grupo focal e um terceiro também aplicou um questionário. De um modo geral, o uso que foi feito dessa ferramenta nas pesquisas mostrou-se pertinente em relação à caracterização geral dos profissionais. Todavia, poucos estudos avançaram a respeito dos aspectos relacionados ao trabalho – mesmo as pesquisas que usaram a combinação de alguma outra ferramenta metodológica. Os resultados produzidos pelas entrevistas semiestruturadas – certamente devido à forma de análise – ficaram limitados à condução do olhar presente nas perguntas, valorizando apenas alguns aspectos da atividade e muitas vezes não se articulando com as demais dimensões do trabalho e

nem com a sua relação com a saúde. Em outros casos, a forma de análise levou a generalizações apoiadas no senso comum, ou na ênfase no autoconhecimento do trabalhador para lidar com as situações de trabalho e para desenvolver um comportamento seguro.

Quatro pesquisas fizeram uso de abordagens clínicas do trabalho e cada uma, dentro da sua especificidade, adotou a conjugação de vários métodos de coleta de dados. Para uma aproximação dos trabalhadores, do setor e da atividade, todas realizaram visitas ao campo, que envolveram conversas e observações das situações de trabalho, análise de documentos sobre as prescrições e normas antecedentes e entrevistas com as chefias. Dois trabalhos aplicaram também o questionário Insats-BR⁸ e posteriormente realizaram o cruzamento dessas informações com as obtidas nas etapas anteriores.

Destacam-se três pesquisas nas quais se busca a construção de ‘comunidades ampliadas de pesquisas’⁹ (Caps). Outra ferramenta comum foram os ‘encontros sobre o trabalho’, inspirados na perspectiva ergológica e que envolveram as Caps para a discussão e validação dos resultados.

⁸ Adaptação para o Brasil das atividades de serviços do Inquérito de Saúde e Trabalho (Insat), proposta metodológica para a análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde.

⁹ É uma proposição metodológica que visa a estabelecer uma relação de encontro, de confronto, de diálogo crítico entre o polo dos saberes presentes nas disciplinas científicas e o polo dos saberes práticos desenvolvidos no cotidiano de trabalho, cuja inspiração veio do Modelo Operário Italiano (MOI) de luta pela saúde e do dispositivo dinâmico de três polos (DDD3P) da ergologia. Ver: BRITO, J. C. & ATHAYDE, M. Trabalho, educação e saúde: o ponto de vista enigmático da atividade. *Trabalho, Educação e Saúde*, 1(2): 239-265, 2003.

e) Limites e avanços dos métodos e perspectivas teórico-metodológicas adotadas

A conjugação adequada de diferentes ferramentas teóricas e metodológicas nessas pesquisas possibilitou um enriquecimento tanto dos resultados quanto das considerações finais, uma vez que as pesquisas ampliaram o olhar sobre o trabalho e sua relação com a saúde, tentando compreendê-lo em suas várias dimensões.

...importância da utilização de métodos que possibilitem uma aproximação com toda essa riqueza e do emprego eficiente de diferentes ferramentas que busquem contemplar vários aspectos do trabalho e que possibilitem desvelar um pouco mais do seu caráter enigmático.

A complexidade presente nas relações entre o trabalho e a saúde cada vez mais evidencia a importância da articulação entre as diversas dimensões envolvidas. Nesse sentido, entende-se a importância da utilização de métodos que possibilitem uma aproximação com toda essa riqueza e do emprego eficiente de diferentes ferramentas que busquem contemplar vários aspectos do trabalho e que possibilitem desvelar um pouco mais do seu caráter enigmático.

2.3. Estratégia Saúde da Família (ESF)

a) Descrição geral das publicações

Foram analisados 16 trabalhos científicos, dentre eles duas dissertações e uma tese. Seis deles (uma dissertação, uma tese e quatro artigos) tiveram como atores os profissionais de uma ou mais equipes da ESF. Um deles analisou também profissionais da atenção básica, dentre os quais alguns pertenciam ao ESF. Das pesquisas que focaram somente uma categoria profissional estão: auxiliares de enfermagem (um artigo), agentes comunitários de saúde (quatro artigos), enfermagem (dois artigos e uma dissertação), médico (um artigo). Em um dos artigos, não estavam especificadas as categorias profissionais dos sujeitos da pesquisa. Foram três artigos quanti-qualitativos e 13 qualitativos. Eles estão inseridos em um recorte temporal entre os anos de 2005 e 2011.

b) Focos e objetivos das pesquisas

Pode-se apontar como tendência geral dos objetivos dos trabalhos analisados o estudo do cotidiano de trabalho na ESF por categorias profissionais ou da equipe como um todo. A temática da violência

se faz presente em dois artigos. Em quase todos os trabalhos foi feito um perfil com os profissionais que são atores da pesquisa, e em alguns casos a discussão sobre este perfil é o objetivo principal. Em outros textos discute-se a experiência do trabalho e a vivência dos profissionais. Todos os textos tratam direta ou indiretamente o tema da saúde do trabalhador, embora alguns deles sejam mais específicos neste assunto.

c) Categorias analíticas utilizadas

De um modo geral as pesquisas buscaram tratar da relação entre saúde, trabalho e subjetividade, a partir de distintas categorias analíticas.

Três estudos indicaram o uso do ponto de vista da atividade através da combinação de perspectivas e abordagens clínicas do trabalho, como a ergologia e a ergonomia da atividade. Destes, dois se apoiaram também na clínica da atividade e o terceiro na psicodinâmica do trabalho. Nesses estudos, destaca-se o uso de algumas categorias, como: conceito vitalista de saúde de George Canguilhem, atividade de trabalho, trabalho real, trabalho prescrito, sofrimento psíquico, re-normalizações, dramáticas do uso de si, debate de normas e valores, dimensão gestonária do trabalho e

dinâmica do reconhecimento. Uma pesquisa tratou da atividade de trabalho, do sofrimento psíquico, das condições de trabalho, do poder de agir, privilegiando a ótica da ergonomia da atividade.

Três pesquisas explicitaram o referencial da psicodinâmica do trabalho. Uma dessas pesquisas explorou o prazer no trabalho e se utilizou de categorias não vinculadas a esta abordagem, como motivação e carga de trabalho. A segunda se apropriou do conceito de violência no trabalho e a última privilegiou os aspectos subjetivos do trabalho em geral.

A perspectiva ergológica foi base doutrinária para uma investigação que também foi orientada pelo materialismo histórico dialético. Três outros estudos foram também embasados no materialismo histórico dialético, sendo construídos a partir de categorias como processo de trabalho e organização do trabalho, além de outras de uso recorrente em estudos filiados diretamente ao campo da saúde do trabalhador, como: potenciais de desgaste, risco ocupacional, condições de trabalho e violência no trabalho. Nesses, enfatiza-se a questão das transformações no mundo trabalho.

O trabalho em equipe, as condições de trabalho e a relação entre os profissionais de saúde e os agentes comunitários de saúde (ACS) foram tratados em um estudo segundo os referenciais da fenomenologia e do planejamento e gestão em saúde.

d) Métodos adotados

No que concerne aos métodos de coleta de dados empregados, é possível destacar as técnicas grupais que envolvem mais de um encontro com um grupo específico de trabalhadores. Entre elas há a técnica do grupo focal. As entrevistas semiestruturadas estão presentes em quase todas as pesquisas. Algumas delas analisadas por meio da metodologia da análise de conteúdo. Outra tendência geral é o uso de mais de um método de coleta/construção de dados em uma mesma pesquisa, incluindo entrevistas. Neste caso se destaca a triangulação metodológica. A articulação entrevista dialógica e observação da atividade está, de modo geral, ligada à metodologia da análise ergonômica. As técnicas de instrução ao sócio, entrevistas de autoconfrontação e autoconfrontação cruzada são utilizadas nas pesquisas que seguem a clínica da atividade. A observação participante se faz presente, assim como o

uso de questionários estruturados e semiestruturados utilizados para a coleta de dados.

Dentre as técnicas de coleta e análise de dados se destacam: a) A técnica “cardcollection”, que integra o método “Visualization in Participatory Programmes” (VIPPP); b) Escala Likert, na análise quantitativa de questionários; c) o Atlas-ti 5 (Qualitative Research and Solutions – Non-numeric Unstructured Data – Index, Searching and Theorizing), um *software* para análise de dados qualitativos que permite o armazenamento, a codificação e a integração de grande quantidade de dados complexos na organização e no tratamento dos mesmos. A análise documental e a revisão bibliográfica podem ser consideradas métodos de pesquisa predominantes por constarem em quase todos os trabalhos acadêmicos.

e) Limites e avanços dos métodos e perspectivas teórico-metodológicas adotadas

No âmbito das considerações a respeito das pesquisas que compõem esta amostra, é possível notar que apresentam resultados mais inovadores aquelas cuja metodologia visa não só ao conhecimento do trabalho, mas também à convocação dos profissionais para sua transformação.

De fato, a implicação dos trabalhadores no processo de pesquisa viabiliza uma produção de conhecimento mais próxima ao trabalho real. É possível notar o efeito de tal objetivo no esforço para produzir recomendações específicas de transformação do meio de trabalho com base na análise realizada. Dentre as pesquisas, destacam-se as metodologias que enfatizam o ponto de vista da atividade e utilizam o método da observação da atividade, uma vez que este contribui para que as recomendações não sejam genéricas e/ou abstratas, mas que remetam ao trabalho real. As pesquisas com estas características, de modo geral, apresentam resultados que destacam invenções ligadas a uma sabedoria prática dos trabalhadores. Trata-se de renormatizações engendradas no âmbito da atividade.

a implicação dos trabalhadores no processo de pesquisa viabiliza uma produção de conhecimento mais próxima ao trabalho real.

Já as pesquisas baseadas exclusivamente em materiais oriundos de entrevistas que não contemplaram questões concretas do trabalho e também não recorreram a observações do processo de trabalho apre-

sentam resultados mais gerais e, por vezes, repetitivos. A metodologia de encontros grupais se mostrou um método adequado ao expressar as prioridades dos trabalhadores diante das questões do trabalho. Contudo, é importante ressaltar o risco de as pesquisas ficarem restritas ao âmbito assistencial, expressando queixas, como as das más condições de trabalhos e do excesso de demandas e de cargas, por exemplo. Outro risco é o de não considerar o papel da organização e das condições de trabalho na saúde do trabalhador. A categoria de ‘autocuidado’, por exemplo, pode levar o pesquisador a incorrer neste equívoco. Ou seja, o incentivo à autoproteção e ao autocuidado, por parte dos trabalhadores, sem um questionamento a respeito da organização de trabalho que os expõem ao risco pode ser entendido como um limite a uma perspectiva mais complexa e abrangente.

Há artigos mais voltados para a elaboração de perfis dos trabalhadores (cujos dados são coletados através de questionários, por exemplo). Tais pesquisas podem servir ao propósito de embasar e de fomentar pesquisas ulteriores, mas não apresentam muita contribuição para a temática enfocada.

Outro aspecto relevante diz respeito à diversidade de categoria profissional dos trabalhadores que participaram das pesquisas. Foi possível perceber, de modo geral, que as pesquisas cujos sujeitos pertencem a mais de uma categoria profissional se mostraram mais abrangentes.

...o incentivo à autoproteção e ao autocuidado, por parte dos trabalhadores, sem um questionamento a respeito da organização de trabalho que os expõem ao risco pode ser entendido como um limite a uma perspectiva mais complexa e abrangente.

Como conclusões gerais pode-se indicar a importância da utilização de mais de uma técnica de coleta de dados nas pesquisas como forma de garantir a riqueza da discussão. A análise documental e a contextualização histórica e cultural da localidade onde é realizada a pesquisa também são fatores que contribuem positivamente. A observação da atividade, em todos os casos, quando conjugada a algum outro método, originou uma análise profícua. Considerando o trabalho na ESF como uma prática recente, este campo se beneficia de metodologias que deem visibilidade às práticas inovadoras por parte dos profissionais. Por isso, a observação da atividade

no âmbito de uma multiplicidade de recursos metodológicos é pertinente e recomendada.

2.4. Unidades básicas de saúde e centros de saúde UBS/CS

Os artigos selecionados estão relacionados às unidades de saúde pertencentes à rede de atenção básica à saúde. Estas unidades se caracterizam como unidades básicas de saúde e centros de saúde vinculados ao SUS. Um dos trabalhos envolveu, além de unidades da rede básica, mais três estabelecimentos: saúde mental, emergência e farmácia.

a) Descrição geral das publicações

Foram analisados oito trabalhos, sendo seis na modalidade artigo científico e dois na modalidade dissertação de mestrado. Os artigos científicos estão publicados em periódicos nacionais, sendo dois em língua estrangeira (inglês).

Dos trabalhos analisados, cinco foram publicados a partir de 2010. Quanto à composição de trabalhadores da saúde (profissão e número de envolvidos), um quantificou o total de participantes, mas não identificou suas profissões, e em dois trabalhos não foi apresentada a

distribuição dos envolvidos segundo profissão, sendo que um deles inseriu a participação de ‘gestores’ (sem definição do lócus de atuação) e de ‘sindicalistas representantes dos trabalhadores da saúde’. Três estudos envolveram usuários, sendo que um trabalho incluiu representações dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde. O total identificado alcançou 1.324 trabalhadores, sendo que 1.249 (94,%) participaram de um trabalho de base quantitativa (estudo transversal).

As profissões dos trabalhadores de saúde citadas foram: ‘gestores’ (de UBS e distritais), médicos (com identificação da subespecialidade em um estudo: psiquiatra), enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, odontólogos, assistentes-auxiliares odontológicos e técnicos de higiene dental, assistentes sociais, psicólogos, agentes comunitários de saúde, auxiliares administrativos, auxiliares de limpeza e de serviços gerais, guardas de segurança, porteiros e motoristas.

b) Focos e objetivos das pesquisas

Na amostra selecionada, percebe-se o estudo de temas tradicionais sobre: exposição-risco à violência e à HIV, desenvolvimento da síndrome de *burnout*, passando pela autoava-

liação sobre o estado de saúde na relação com condições de trabalho, absenteísmo, cargas de trabalho (física e mental – cognitiva e psíquica) e processo de trabalho. Entretanto, surge como temática recente a forma de análise da atividade e da gestão do trabalho. Podemos perceber o quanto esta temática se apresenta a partir de abordagens metodológicas clássicas, mas indica, experimenta e ‘solicita’ abordagens contemporâneas profícuas para construção de conhecimento pela ação interdisciplinar, bem adequadas ao trato da relação saúde e trabalho, destacando o foco do sentir-perceber-olhar do trabalhador envolvido.

Um artigo detalhou brevemente os seguintes temas / conceitos atuais para o estudo da análise da gestão do trabalho em saúde: categoria processo de trabalho aplicado à saúde; campo da saúde coletiva; conceito de necessidades em saúde; noção de composição técnica do trabalho em saúde, na qual se busca articular o trabalho morto, expresso majoritariamente nas tecnologias duras (e leves-duras), com o trabalho vivo que predomina nas atividades da atenção básica em saúde; e ideia de subjetividade, caracterizada como o modo próprio de ser e de atuar no mundo e na relação com o outro.

c) Categorias analíticas utilizadas

Do uso tradicional das categorias de risco, carga de trabalho, representação, percepção, autoavaliação e violência, abordadas pela preocupação com o campo da saúde do trabalhador, surgem outros olhares referenciados às categorias-concepções: cuidado-cuidador, trabalho em saúde, autogestão do trabalho, atividade e adoção de Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) como tecnologia de gestão do trabalho.

Para a análise dos PCCS existentes, utilizou-se como referência a matriz aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2006, com as diretrizes que visam à garantia da equidade de oportunidades de desenvolvimento profissional, associando evolução funcional a um sistema permanente de qualificação. Para tanto, as diretrizes estabelecem um conjunto de princípios, que serviram de referência para a análise dos PCCS dos diferentes municípios, a saber:

- (i) universalidade dos planos de carreira, ou seja, deve abarcar todos os trabalhadores do SUS;
- (ii) equivalência dos cargos ou empregos (correspondência dos cargos criados nas três esferas do governo);
- (iii) concurso público como única forma de ingresso;
- (iv) mobilidade (possibilidade de trânsito do trabalhador nas diferentes esferas de governo);
- (v) flexibilidade (possibilidade de adequação dos planos às necessidades e dinâmica do SUS);
- (vi) gestão partilhada de carreira como garantia de participação dos trabalhadores na formulação e gestão do respectivo plano de carreira;
- (vii) carreiras como instrumento de gestão (o plano deve se constituir em um instrumento gerencial de política pessoal, integrado ao planejamento e desenvolvimento organizacional);
- (viii) educação permanente (necessidade de oferta permanente de educação aos trabalhadores do SUS);
- (ix) avaliação do desempenho (entendido como um processo pedagógico focado no desenvolvimento profissional e institucional);
- (x) compromisso solidário em prol da qualidade dos serviços, do profissionalismo e da adequação técnica do profissional às necessidades do serviço de saúde.

d) Métodos adotados

Dos oito trabalhos avaliados, apenas um deles utilizou exclusivamente a análise quantitativa apoiada em questionário fechado, padronizado, com opções de resposta. Os outros sete trabalhos buscaram, por diferentes ferramentas metodológicas, uma perspectiva de análise qualitativa, reconhecendo serem potentes para uma aproximação aos sentidos, às percepções, à subjetividade vivenciada pelos trabalhadores da saúde, incluindo a referência à teoria das representações sociais. Uma das dissertações, no entanto, explorou os dois componentes: qualitativo e quantitativo, cada um em formato de artigo científico.

Como campo interdisciplinar, a saúde do trabalhador é abordada por diferentes disciplinas que a olham e a exploram a partir também de suas próprias ferramentas, buscando um diálogo com técnicas de outras disciplinas. Em um dos estudos ocorre a inserção de metodologia de investigação da psicologia analítica de base junguiana, destacando o processamento simbólico do material pesquisado.

Outros estudos se referenciam aos pressupostos teórico-metodológicos da escola francesa de ergonomia,

sendo que uma das dissertações detalha as principais ferramentas de uso, buscando abordagem da ergologia e da psicologia do trabalho (dimensão gestonária, normas e regras, tarefas, os usos de si, variabilidades).

Para estudo de categorias específicas, como violência, um trabalho teve como base um protocolo da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da International Council of Nurses adaptado no Brasil. No estudo quantitativo que explorou agravos à saúde dos trabalhadores, foi utilizado o questionário nórdico para análise musculoesquelética. Um trabalho utilizou o critério de saturação dos temas tratados pelos participantes para a interrupção da coleta.

Para o tratamento dos dados oriundos de documentos, observações participantes, visitas, entrevistas abertas e em profundidade, questionários semiestruturados e reuniões, utilizou-se processo de leitura fluente, codificação, categorização, tematização e definição de classes descritivas de conteúdo, sendo que em dois estudos a análise do conteúdo foi especificada: foi citada como processo analítico e no outro estudo foi utilizado o método proposto pela

análise estrutural de narração (inscrita na sociologia compreensiva), de caráter indutivo-analítico e de reconstrução dos sentidos, explicitando a subjetividade dos entrevistados.

e) Limites e avanços dos métodos e perspectivas teórico-metodológicas adotadas

A leitura crítica dos trabalhos selecionados permite reconhecer as 'naturezas' dos diferentes tipos de publicação, tendo como parâmetro os enfoques adotados. Percebe-se o foco da escrita dos artigos no resultado, quando apresenta a metodologia de forma breve, superficial ou nenhuma descrição consistente. A leitura das dissertações / teses se estabelece a partir de uma razoável / adequada distribuição de espaço e texto para os itens centrais: introdução, metodologia, análise / discussão / conclusão.

Outra importante diferença que influencia diretamente no alcance das premissas do projeto é a não explicitação das falas-dados-informações que possam confirmar / fortalecer o processo indutivo. Muito frequente nos artigos é a descrição de ideias e de pressupostos a partir de argumentos já encontrados pelos autores indicados na referência bibliográfica,

sem demonstração da riqueza do material empírico. Da mesma forma, surgem raramente detalhes do processo racional criativo e intuitivo, incluindo o processo de categorização-tematização que em algumas vezes é já definido *a priori* e se transforma em partes do questionário, ou seja, a categoria teórica direciona e oferece ao processo de análise a categoria 'empírica'. Perde-se a lógica de construção de conhecimento partindo do singular para o geral, provocando novas formas de compreensão-explicação-interpretação que definem, entre outros, a natureza da pesquisa qualitativa. No desenvolvimento das dissertações / teses ficam explícitos os caminhos adotados em suas características inovadoras, em suas dificuldades, desvios e reestruturações, como jogo provocado pelo que surge que se concretiza a partir do recorte, dos sujeitos e da relação / envolvimento dos pesquisadores com tudo isso.

Não raro foram encontradas conclusões para a dimensão local de uma unidade básica de saúde a partir de estudos efetivados em unidades de diferentes portes, complexidades e papéis. No entanto, foi possível identificar o seguinte conjunto de contribuições:

- o reforço à compreensão de que as agressões decorrem do processo de trabalho e da identificação de um ‘ir e vir’ no sistema de saúde sem resolutividade. A falta de vontade política ou da pouca vontade no atendimento gera o comportamento agressivo por parte do usuário. Os estudos, de modo geral, acenam para necessidade de se rever e de se reaprender o sentido da atuação com o desenvolvimento da consciência crítica e reflexiva sobre o modo como as pessoas se relacionam.
- a compreensão de que o enfrentamento da violência está diretamente relacionado à formulação de ‘políticas gerais’, ao desenvolvimento de ações direcionadas aos processos de trabalho no sistema de saúde e à participação ativa e integrada de todos atores (trabalhadores, gestores públicos e sociedade civil) envolvidos nas respostas às necessidades de saúde da população.
- a construção da relação saúde do trabalhador da saúde inserida no diálogo cuidar-cuidador, identificando o pensar na humanização e na organização do processo de trabalho e de formação como respostas possíveis e reconhecendo a identificação de combinações de ‘impotências’ (técnicas e conceituais) como desencadeadoras de estresse e da síndrome de *burnout*.
- a indicação de reestruturação das instituições de ensino e de saúde pública, mostrando a necessidade de uma melhor participação na formação de conteúdos e na prática da saúde pública, bem como de uma continuidade das reflexões sobre a práxis a partir de ‘supervisão profissional’ vinculada ao sistema de saúde.
- o entendimento do ‘sentido do trabalho’ na rede básica de atenção à saúde, oferecendo subsídios para a ampliação da compreensão sobre a saúde dos trabalhadores de saúde e o delineamento de estratégias de intervenção na melhoria das condições de trabalho.
- a compreensão do sentido da relação ‘atividade-gestão do trabalho’ no âmbito das práticas dos trabalhadores da saúde na atenção primária.

- o uso de metodologias qualitativas na investigação em saúde do trabalhador, destacando-se o campo das representações e da análise da narrativa.
- a utilização de uma combinação de técnicas de coleta de dados, permitindo uma abordagem mais integral e aprofundada da atividade.
- a reafirmação de que o desenho transversal não produz inferência de relações causa-efeito, recomendando estudos longitudinais para fornecer uma melhor compreensão da direção causal das conclusões, pois há sempre uma possibilidade de ‘fatores de confundimento’ devido à existência de variáveis não mensuráveis.
- o planejamento e a avaliação ganhariam em qualidade e eficiência se considerados dois aspectos que os resultados permitem desenvolver: a ‘flutuação temporal’ das tarefas executadas pelo trabalhador e a interferência das condições em que as tarefas são realizadas sobre os resultados alcançados.
- a diversidade de referenciais teóricos necessários à ampliação do objeto qualidade de vida no/do trabalho identificando, na ‘análise da gestão’, o potencial de investigação desses referenciais.
- a indicação de que o ‘processo de gestão’ favorece a criação de ‘espaços para a palavra’ de todos os níveis envolvidos na atividade. Nesses espaços o ‘trabalho prescrito’ (normas e regras estabelecidas pela organização para a realização de determinada tarefa, isto é, como este foi concebido) pode estar o mais próximo possível do ‘trabalho real’ (atividade efetivamente realizada pelo indivíduo, ou seja, a forma pela qual ele consegue desempenhar suas tarefas).
- a possibilidade de conhecimento do perfil epidemiológico da ‘violência no trabalho’ apesar da pouca existência de fontes específicas de dados e da ‘invisibilidade’ do problema nas organizações.

2.5. Serviços de saúde mental

Os artigos selecionados têm seu foco voltado para as unidades de saúde pertencentes à rede de atenção em saúde mental com destaque para os Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

a) Descrição geral das publicações

Foram analisados seis trabalhos, sendo quatro na modalidade artigo científico, um na modalidade dissertação de mestrado e um na modalidade tese. Os artigos científicos estão publicados em periódicos nacionais.

Metade dos trabalhos analisados foi publicada a partir de 2011. Quanto à composição de trabalhadores da saúde (profissão e número de envolvidos), todos apresentaram o número de participantes, mas em um artigo a identificação foi por nível superior e nível médio, sendo possível inferir que são diversas categorias presentes em uma equipe de saúde mental e no Caps. Outras designações relacionadas à 'função-atividade' surgiram, tais como 'diretor', 'monitor', 'oficineira', 'dançoterapeuta', 'arte terapeuta'. Foram identificadas as seguintes 'profissões' dos trabalhadores de saúde: psicólogo, assistente social,

médico (psiquiatra, ginecologista-obstetra, psicanalista), nutricionista, terapeuta ocupacional, diretor-psicólogo, 'equipe Caps', enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem, educador físico, arte terapeuta, auxiliar administrativo, 'monitor', 'dançoterapeuta', 'oficineira' (nível médio).

b) Focos e objetivos das pesquisas

Pode-se para fins didáticos identificar os principais temas e objetos de investigação em três grupos, que permitem destacar: um foco mais ligado à constituição do campo específico da saúde mental (desenvolvimento da prática de uma categoria profissional, trabalho em saúde mental no Caps, de acordo com a proposta da Reforma Psiquiátrica), o impacto na saúde do trabalhador (satisfação profissional, sofrimento mental, cargas de trabalho) e outro foco abordando sobretudo a organização e as condições de trabalho (desafios, cotidiano, precarização, gestão do trabalho, incluindo temas como remuneração; vínculo empregatício; liberdade e autonomia de participação no processo de trabalho / gestão; organização corporativa classista).

Um estudo especifica que privilegia o ponto de vista da atividade e do 'gênero profissional do coletivo de

trabalho' ('gênero da atividade'). Compreende a existência de um rol de atividades 'proibidas ou desejadas' em cada profissão, que, em ação, ainda que implicitamente, tem potencial de conservar e transmitir a história social, fundamental para estabelecer suporte às 'estratégias de comportamento individuais'.

c) Categorias analíticas utilizadas

A partir da exploração inicial e referencial da trajetória das mudanças do modelo assistencial, tendo como eixo principal as estratégias disparadas pela Reforma Psiquiátrica – em um diálogo da saúde coletiva mediando a relação entre saúde do trabalhador e a saúde mental –, os estudos se apoiam em referenciais do campo da clínica do trabalho, com visita às 'tradicionais' categorias constituintes do campo da saúde do trabalhador, como 'processo de trabalho' e 'cargas de trabalho', ambas abordadas na perspectiva teórico-metodológica da dialética marxista.

Conceito vitalista de saúde, debate de normas e valores, dramáticas do uso de si, junto com 'polo dos saberes investidos na atividade' e 'gênero coletivo de trabalho' conduzem analiticamente os estudos centrados na clínica da atividade e na ergologia. Sofrimento, defesas e '(in)satisfação'

conduzem os estudos apoiados na psicodinâmica do trabalho.

d) Métodos adotados

A riqueza e a diversidade da dinâmica de trabalho em unidades Caps fortalecem o processo de investigação de base qualitativa devido à presença constante de diálogo, reuniões, oficinas e produção individual e coletiva de avaliações. Ao lado das ferramentas 'tradicionais' (discussão em grupo, entrevistas semiestruturadas, questionários estruturados e semiestruturados, análise documental e observação participante) surgiu, nos estudos, o uso de outras técnicas e de variações, tais como: 'comunidade ampliada de pesquisa' (CAP), 'encontros sobre o trabalho', 'entrevistas dialógicas individuais', entrevista por via eletrônica (Internet) e 'diário de campo' – com explicitação da trajetória de contato com os Caps.

Um dos estudos demonstrou preocupação com a delimitação do total de participantes utilizando a 'saturação teórico-empírica'. Foram consideradas a relevância e a repetição dos conteúdos representados nas falas para a compreensão do objeto em apreensão.

Em um dos estudos, a trajetória metodológica deixa clara a intenção

de associação de técnicas para ampliar a construção de conhecimento sobre saúde do trabalhador. Nesse trabalho, desenvolveu-se a relação entre saúde e trabalho em saúde mental a partir de ‘três movimentos’: genealogia do trabalho em saúde mental, buscando compreender os tensionamentos e as transformações que configuraram este trabalho; discussão da diversidade da produção bibliográfica brasileira sobre a relação entre saúde e trabalho em saúde mental; e entrevistas individuais e em grupo para aproximação do campo de pesquisa buscando colocar a experiência dos trabalhadores no centro da análise da relação entre saúde e trabalho.

Em outro estudo, são feitas considerações ao final, com uso de trechos do diário de campo, sobre o que ‘não deu certo’, buscando coerência com o referencial teórico utilizado e considerando como parte da pesquisa e da atividade do pesquisador inclusive a atividade não realizada. Destaque para o reconhecimento da importância da presença do pesquisador nas reuniões de equipe do Caps, no âmbito de uma observação participante, o que contribuiu positivamente para a pesquisa, uma vez que estabeleceu um clima de maior confiança nas entrevistas dialógicas.

Observa-se que não se identificou o uso de instrumento de captura e de registro de dados que são mais recorrentes nos estudos no campo da saúde do trabalhador, indicando, provavelmente, seus limites. Predominaram processos analíticos referenciados nos métodos propostos pelas abordagens clínicas do trabalho, além da análise de conteúdo ‘temática’.

Foi identificada em um estudo a pouca exploração do material empírico, com breves e pouco aprofundados recortes das falas dos entrevistados, inclusões de juízo de valor, desconsiderando o processo explicativo expresso pelo entrevistado e apresentando inferências na conclusão sem demonstrar os argumentos oriundos do material produzido.

e) Limites e avanços dos métodos e perspectivas teórico-metodológicas adotadas

As investigações do campo da saúde mental tendo como espaço relacional o cotidiano dos Caps sintetizam a riqueza da busca pelo enigmático, pela inserção permanente do ato vivo e criativo, pelo movimento dos trabalhadores em decisões e comportamentos de ‘preservar’ a saúde-vida-trabalho.

Os referenciais históricos e sociais da constituição do campo da saúde mental no processo de ‘desinstitucionalização’ (Reforma Psiquiátrica) provocam os ‘confrontos conceituais’, dispostos a seguir, possibilitando a geração de outros modos de intervir, gerir serviços, relacionar-se e trabalhar: saber médico-psiquiátri-

co e interdisciplinaridade; doente mental e portador de sofrimento psíquico intenso; muros dos hospitais e usuários; clínica psiquiátrica e atenção psicossocial e incapaz tutelado e cidadão.

Foi possível identificar o seguinte conjunto de contribuições:

- o reconhecimento de que o campo da saúde do trabalhador defende: o trabalhador como protagonista no processo de identificar e enfrentar as situações produtoras de adoecimento e a incorporação de suas experiências cotidianas na produção científica sobre o tema.
- a criação de eixos temáticos para a análise das falas dos atores da pesquisa contribui no sentido de expressar as prioridades dos atores.
- o reconhecimento da engenhosidade/inventividade/criatividade dos trabalhadores de saúde mental no agir cotidiano, em um ‘uso exacerbado de si’, buscando, mesmo sem as condições, recursos e meios fundamentais; a realização das atividades em um processo de gestão de inúmeras normas conflitantes, como as presentes nas seguintes relações: da burocracia à necessária plasticidade, das demandas dos diferentes gestores (municipal, estadual e federal) e dos usuários a ‘possíveis’ respostas de ofertas de serviços e do confronto entre as concepções e práticas dos ‘Caps’ e dos ‘Ambulatórios’.
- a preocupação de inserção da discussão e da construção de ‘saberes’ dentro do campo da saúde coletiva a partir das interfaces entre saúde do trabalhador e saúde mental, tendo como eixo central a compreensão do trabalho como ‘trabalho vivo em ato’, que convoca permanentemente à gestão de saberes e valores;

- a aproximação às experiências dos trabalhadores dos Caps, considerando o ‘polo dos saberes investidos na atividade’ permitiu perceber, por exemplo, a importância na construção de normas específicas que se direcionem ao desenvolvimento da atividade do trabalho nesses espaços e que provoquem: o diálogo desta com os princípios da Reforma Psiquiátrica; o fortalecimento do ‘gênero coletivo de trabalho’; a efetivação de novas estratégias de formação; a integração dos trabalhadores nos serviços de saúde mental; e a (re)significação do processo de supervisão.
- o reconhecimento da relação entre o histórico das transformações do trabalho, o processo de mundialização do capital e as condições de precarização a que se submete a classe trabalhadora.
- a discussão a respeito da precarização do trabalho e as queixas dos trabalhadores sobre as condições precárias destacam a responsabilidade da administração pública para a mudança desse ambiente.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que a temática da saúde do trabalhador da saúde vem sendo tratada através de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com diferentes focos. No Quadro 1, pode-se ver os focos temáticos principais das pesquisas selecionadas de acordo com os serviços de saúde. Viu-se que a exposição à violência é um foco que se sobressai, tendo sido objeto de estudo quando se trata de

trabalho em ESF, em UBS/CS e em Emergência/Urgência e em Hospital. As cargas de trabalho foram focos também importantes em estudos sobre a relação saúde-trabalho em ESF, UBS/CS e serviços de saúde mental. Destacam-se ainda as pesquisas cujo tema central foi o cotidiano de trabalho e seus desafios, tendo como campo empírico a ESF, os serviços de saúde mental e as UTIs.

QUADRO 1
Focos temáticos
principais por tipo
de serviço

| FOCOS TEMÁTICOS PRINCIPAIS | SERVIÇOS | | | | |
|--|----------|------------|-----------------|--------------------------|-----|
| | ESF | UBS/ CS | Saúde mental | Emergência e Hospital | UTI |
| Exposição/Risco à Violência | X | X | | X | |
| Exposição/Risco à HIV | | X | | | |
| Cargas de trabalho | X | X | X | | |
| Acidentes de trabalho | | | | | X |
| Absenteísmo | | X | | | |
| Síndrome de <i>burnout</i> | | X | | | |
| Perfil de morbidade | | | | X | |
| Sofrimento mental | | | X | X | |
| Envelhecimento | | | | X | |
| Perfil dos profissionais | X | | | | |
| Satisfação profissional | | | X | | |
| Desafios/Cotidiano do trabalho | X | | X | | X |
| Competências | | | | | X |
| Gestão do trabalho | | X | X | | |
| Dimensão relacional | | | | | X |
| O trabalho em equipe | X | | | | |
| Turnos de trabalho | | | | X | |
| Qualidade de vida | | | | X | |
| Reforma psiquiátrica | | | X | | |
| Trabalho em saúde mental/Caps | | | X | | |
| Precarização do trabalho | | | X | | |
| Autoavaliação da saúde do trabalhador | | X | | | |
| O desenvolvimento da prática de uma categoria profissional | X | | X | | |

No âmbito dos setores estudados, diversas categorias profissionais foram foco das pesquisas selecionadas. O Quadro 2 mostra as categorias distribuídas de acordo com os setores.

| SERVIÇOS | CATEGORIAS PROFISSIONAIS (conforme descrição dos estudos) |
|---|--|
| Hospital / Serviços de urgência/emergência | ‘Enfermagem’, ‘Equipe enfermagem’, Médicos, (Pediatra) Enfermeiros, Auxiliar de enfermagem, Dentistas, Psicólogo. |
| UTI | Médicos, Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos de enfermagem, Técnicos administrativos, Fisioterapeutas. |
| ESF | Auxiliares de enfermagem, Agentes comunitários de saúde, Enfermeiros, Médico. |
| UBS/CS | ‘Gestores’ (de UBS e Distritais), Médicos (com identificação da subespecialidade em um estudo: psiquiatra), Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos de enfermagem, Odontólogos, Assistentes/Auxiliares odontológicos e Técnicos de higiene dental, Assistentes sociais, Psicólogos, Agentes comunitários de saúde, Auxiliares administrativos, Auxiliares de limpeza e de serviços gerais, Guardas de segurança, Porteiros e Motoristas. Representante dos sindicatos dos trabalhadores da saúde. |
| Saúde Mental | Psicólogo, Assistente social, Médico (Psiquiatra, Ginecologista-Obstetra, Psicanalista), Terapeuta ocupacional, ‘Equipe Caps’, enfermeiro, Educador físico, Arte terapeuta, Técnico de Enfermagem, Auxiliar administrativo, Auxiliar de enfermagem, ‘Monitor’. |

QUADRO 2
Categorias Profissionais considerados nos estudos, segundo os tipos de serviço

Quanto aos métodos adotados, foi possível identificar limites e avanços, considerando as análises efetuadas pelos autores. Foram considerados como limites:

- Análises de materiais empíricos pouco desenvolvidas e baseadas exclusivamente em argumentos já encontrados pelos autores nas referências bibliográficas utilizadas, não indo muito além da confirmação do que já vem sendo dito;
- Análises genéricas no caso de pesquisas cujos materiais foram gerados basicamente por entrevistas que não abordaram o trabalho em sua concretude;
- Análises baseadas exclusivamente nas queixas dos trabalhadores e que não consideraram organização e as condições de trabalho na saúde;
- Resultados que expressam uma forma de condução das entrevistas semiestruturadas impedindo a emergência de questões que não estavam previstas;
- Análises com foco muito restrito em determinados aspectos da atividade, sem articulá-los com outras dimensões do trabalho e sem explorar de forma mais ampla suas relações com a saúde;

- Análises das verbalizações através de *softwares* apresentaram resultados aquém dos esperados.

Vários avanços foram sinalizados no segundo capítulo deste livro, considerando as especificidades dos serviços, mas ressaltaremos aqui o quanto a combinação de métodos e técnicas foi decisiva para a riqueza dos resultados e das discussões das pesquisas que se utilizaram dessa estratégia.

Por fim, destacam-se duas contribuições importantes de algumas pesquisas, no que tange ao olhar sobre o trabalho em saúde e a saúde do trabalhador da saúde. Primeiro, o reconhecimento da dimensão interdisciplinar das ações de saúde objetivando uma visão do trabalhador como um ‘sujeito integral’ e de que a segurança do paciente e o acesso aos cuidados de saúde de alta qualidade estão ligados ao ‘bem-estar dos trabalhadores de saúde’. Segundo, a compreensão de que a atividade de trabalho em saúde é complexa e diretamente influenciada pelas experiências dos próprios trabalhadores, embora ainda prevaleça uma visão administrativa e com um alto teor prescritivo, baseada na avaliação da produção pelo número de procedimentos.

4. REFERÊNCIAS

Referências bibliográficas analisadas sobre Hospital e Serviços de Urgência/Emergência

ABREU, R. M. D. *Estudo do Absenteísmo na Equipe de Enfermagem de um Hospital de Ensino*, 2009. Dissertação de Mestrado em Atenção a Saúde, Uberaba: Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

CEZAR, E. S. & MARZIALE, M. H. Occupational violence problems in an emergency hospital in Londrina, Paraná, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(1): 217-22, jan. 2006.

DAL PAI, L. L. Work under urgency and emergency and its relation with the health of nursing professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(3): 439-444, may-jun. 2008.

ELIAS, M. A. & NAVARRO, V. L. The relation between work, health and living conditions: Negativity and positivity in nursing work at a teaching hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4): 517-525, jul-aug. 2006.

FIRMES, J. B. *Estudo das Relações entre Trabalho e Envelhecimento dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem de um Hospital Público de Ensino*, 2010. Dissertação de Mestrado, Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.

FONSECA, C. M. & SANTOS M. L. Information technology and hospital care: reflection on the meaning of the work. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3): 699-708, may-jun. 2007.

GODOY, S. C. B. *Prazer e Sofrimento do Enfermeiro na Relação com o Trabalho: estudo em um hospital de urgência e emergência de Belo Horizonte*, 2009. Dissertação de Mestrado, Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

GONÇALVES, J. R. *O Profissional de Saúde em Enfermaria de Crianças Gravemente Enfermas e as Implicações do Cotidiano do Trabalho na sua Saúde*. Tese de Doutorado, Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

JÚNIOR, E. A. S. *Vítimas da Violência no Trabalho: o retrato da situação dos médicos das unidades de pronto atendimento 24 h da Prefeitura de Belo Horizonte*. Dissertação de Mestrado, Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.

JÚNIOR, J. L.; ALCHIERI, J. C. & MAIA, E. M. Assessment of the work conditions in hospitals of Natal, Rio Grande do Norte State, Brazil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3): 670-676, sep. 2009.

MAIA, P. G. *A Atividade da Equipe de Enfermagem e os Riscos Relacionados à Exposição a Quimioterápicos Antineoplásicos no Setor de Oncologia de um Hospital Público do Estado do Rio de Janeiro*, 2009. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

MELO, E. M. C. *O Trabalho do Pediatra: um estudo das tarefas e das dificuldades vivenciadas em um serviço público de urgência*, 2006. Tese de Doutorado, Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.

MUROFUSE, N. T. *O Adoecimento dos Trabalhadores de Enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças do mundo do trabalho*, 2004. Tese de Doutorado, São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

NEUMANN, V. N. *Qualidade de Vida no Trabalho: percepções da equipe de enfermagem na organização hospitalar*; 2007. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

OLIVEIRA, A. R. & D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência de Gênero contra Trabalhadoras de Enfermagem em Hospital Geral de São Paulo (SP). *Revista de Saúde Pública*, 42(5): 868-876, 2008.

OLIVEIRA, J. D. *et al.* Social representations about occupational risk in the perspective of the health worker. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(1): 99-105, mar. 2009.

OLIVEIRA, J. D. S.; ALVES, M. S. C. F. & MIRANDA, F. A. N. Riscos ocupacionais no contexto hospitalar: desafio para a saúde do trabalhador. *Revista de Salud Pública*, 11(6): 909-917, dez. 2009.

OSÓRIO, C.; MACHADO, J. M. & MINAYO-GOMEZ, C. Proposal of a method for collective analysis of work-related accidents in the hospital setting. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2): 517-524, mar-apr. 2005.

PORTELA, L. F.; ROTENBERG, L. & WAISSMANN, W. Saúde, sono e falta de tempo: relações com o trabalho profissional e doméstico em enfermeiras. *Revista de Saúde Pública*, 39(5): 802-808, 2005.

TRAESEL, E. S. & MERLO, A. R. C. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da psicodinâmica do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123): 40-55, 2011.

TRAESEL, E. S. *A Psicodinâmica do Reconhecimento: sofrimento e realização no contexto dos trabalhadores da enfermagem de um hospital do interior do Rio Grande do Sul*, 2007. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

TRAJANO, A. R. C. & CUNHA, D. M. Processo de trabalho no Samu e humanização do SUS do ponto de vista da atividade humana. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9 (suppl.1): 113-136, 2011.

Referências bibliográficas analisadas sobre UTI

BAASCH, D. & ADOS, S. L. Os significados do trabalho em unidades de terapia intensiva de dois hospitais brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(suppl.1): 1.097-1.105, 2011.

BONINI, A. M. *et al.* Exposição ocupacional dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva a material biológico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(3): 658-664, set. 2009.

GOMES, L. *Trabalhar em UTI Neonatal: os desafios da relação de serviço e a saúde das/os técnicas/os de enfermagem*, 2011. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

GUIDO, L. A. *et al.* Estressores na assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6): 1.023-1.029, nov.-dec. 2009.

GUTIERREZ, B. A. O. & CIAMPONE, M. H. T. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(4): 660-667, dec. 2007.

LEITE, M. A. & VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2): 145-150, mar.-abr. 2005.

MASSON, L. P. A *Dimensão Relacional do Trabalho de Auxiliares de Enfermagem em Unidade Neonatal: uma análise do ponto de vista da atividade*, 2007. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

ROCHA, R. C. *Trabalho e Risco Biológico em uma Unidade de Terapia Intensiva: a prática cotidiana dos fisioterapeutas*, 2010. Dissertação de Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho, Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia.

SOUZA, A. M. R. Z. *Atividade de Cuidados em UTI Neonatal: uma análise das relações entre trabalho de enfermagem e saúde*, 2010. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Referências bibliográficas analisadas sobre ESF

BERTONCINI, J. H.; PIRES, D. E. P. & SCHERER, M. D. A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. *Trabalho Educação e Saúde*, 9(supl.1): 157-173, 2011.

CEZAR-VAZ, M. R. *et al.* Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no Sul do Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6): 961-967, nov.-dec. 2009.

DE OLIVEIRA, E. M. & SPIRI, W. C. Family Health Program: the experience of a multiprofessional team. *Revista de Saúde Pública*, 40(4): 727-733, aug. 2006.

FERRAZ, L. & AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2): 347-355, 2005.

GOMES, R. *O Trabalho no Programa Saúde da Família do Ponto de Vista da Atividade: a potência, os dilemas e os riscos de ser responsável pela transformação do modelo assistencial*, 2009. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

JARDIM, T. & LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface (Botucatu)*, 13(28): 123-135 jan./mar. 2009.

LACERDA E SILVA, T.; DIAS, E.C.; RIBEIRO, E.C.O. *Saberes e práticas do agente comunitário de saúde na atenção à saúde do trabalhador*: Interface – Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu), 15(38): 859-870, 2011.

LANCMAN, S. *et al.* Repercussions of violence on the mental health of workers of the Family Health Program. *Revista de Saúde Pública*, 43(4): 682-628, ago.2009.

LUCENA, A. P. P. *A Atividade de Trabalho e a Saúde das Enfermeiras na Estratégia Saúde da Família- ESF*, 2009. Dissertação de Mestrado, João Pessoa: Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba.

MARSIGLIA, R. Auxiliares de enfermagem: mercado de trabalho, perfil, satisfação e expectativas no Programa de Saúde da Família na cidade de São Paulo. *Trabalho, Educação e Saúde*, 4(1): 109-130, 2006.

SANTOS, V. C.; SOARES, C. B. & CAMPOS, C. M. Nurses' job and its relations to health in the family health program. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2007. (Número especial).

SILVA, A. C. B. & ATHAYDE, M. O Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 33(117): 23-35, 2008.

SOUZA, L. J. R. *Trabalho a Céu Aberto: situações de violência no ambiente de trabalho dos agentes comunitários de saúde no Candeal de Brotas em Salvador-BA*, 2009. Dissertação de Mestrado, Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia.

TRINDADE, L. L. *et al.* Workloads in communitarian health agents. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(4): 473-479, dec. 2007.

VILELA, R. A. G.; SILVA, R. C. & JACKSON FILHO, J. M. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122): 289-302, 2010.

VILLELA, W. V. *et al.* Challenges in primary health care: the experience in Vila Mariana District, São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(6): 1.316-1.324. jun. 2009.

Referências bibliográficas analisadas sobre unidades básicas de saúde e centros de saúde UBS/CS

ARAÚJO, C. G. *A Saúde Mental Está Doente! A síndrome de burnout em psicólogos que trabalham em Unidades Básicas de Saúde*, 2008. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo.

BATISTA, C. B. *et al.* Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9(2): 295-317, jul.-out.2011.

D'ÁVILA, L. S. *O Trabalho de Dispensação de Medicamentos em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte: um estudo da gestão e da atividade de trabalho*, 2009. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Belo Horizonte: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

GARCIA, L. P; HOFELMANN, D. A. & FACCHINI, L. A. Autoavaliação de saúde e condições de trabalho entre trabalhadores de centros de atenção primária à saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(5): 971-980, 2010.

KAISER, D. E. & BIANCHI, F. A violência e os profissionais da saúde na atenção primária. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 29(3): 362-366, set. 2008.

LACAZ, F. A. *et al.* Quality of life, work management, and career planning as a primary care technology in the Unified National Health System in São Paulo State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(2): 253-263, feb. 2010.

SILVA, N. R. Fatores determinantes da carga de trabalho em uma unidade básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(8): 3.393-3.402, 2011.

SOUZA, M. C. & FREITAS, M. I. Representations of primary care professionals about the occupational risk of HIV infection. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4): 748-754, jul.-aug. 2010.

Referências bibliográficas analisadas sobre Serviços de Saúde Mental

ATHAYDE, V. *Profissionais do Centro de Atenção Psicossocial: a saúde do trabalhador da saúde*, 2011. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

GUIMARÃES, J. M. X.; JORGE, M. S. B. & ASSIS, M. M. A. (In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4): 2.145-2.154, 2011.

MILHOMEM, M. A. & OLIVEIRA, A. G. O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial: um estudo em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(2): 272-279, jun. 2009.

RAMMINGER, T. “Cada Caps é um Caps”: a importância dos saberes investidos na atividade para o desenvolvimento do trabalho em Saúde Mental, 2009. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

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

SAIDEL, M. G. *et al.* O enfermeiro psiquiátrico numa instituição estatal: estudo exploratório descritivo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(2): 200-206, jun. 2007.

4

NATUREZA E CONDIÇÕES ATUAIS DO TRABALHO EM SAÚDE: O QUE DIZ A LITERATURA SOBRE O ADOECIMENTO DOS TRABALHADORES?

**Ada Ávila Assunção
Isabela Rodrigues Tavares
Paula Januzzi Serra**

1. ANTECEDENTES

Avanços em diversas direções têm modificado a relação entre o trabalhador da saúde (TS) e o usuário dos serviços. As metas de acesso universal e o paradigma do cuidado que estruturam as reformas sanitárias em escala mundial trazem implicações imediatas sobre o trabalho e os TS (Smith, Leggat & Araki, 2007). Adicionalmente, a rápida expansão da tecnologia de diagnóstico e de tratamento resulta em novos desafios para a atividade dos profissionais (Jonge, Mulder & Nijhuis, 1999).

Os custos se elevam concomitante às restrições orçamentárias tanto no setor público quanto no privado, gerando argumentos que justificariam, em tese, os baixos investimentos nas condições de trabalho, como se vê nos casos de precarização dos vínculos de emprego (Coelho, Assunção & Belisário, 2009; Lacaz *et al.*, 2011). Seria esperada maior resistência a esses argumentos, no entanto, é plausível supor que fatores subjetivos e subjacentes, de cunho humanístico e ético, ao ato de cuidar do outro deslocariam para um segundo plano as discussões e os programas que visam a identificar problemas de saúde dos TS relacionados às condições em que os sujeitos desenvolvem

as suas tarefas (Flor & Kirchhof, 2006; Yassi & Warshaw, 1998).

O ambiente dos centros de saúde, hospitais, clínicas e laboratórios, onde mulheres e homens são responsáveis por prover cuidados de alta qualidade, abriga, na atualidade, situações de trabalho nocivas e perigosas. Os atores envolvidos no tema buscam elementos para fundamentar ações visando a melhorar a saúde e a satisfação dos TS (UFMG/Nescon, 2007; Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé, 2008).

O ambiente dos centros de saúde, hospitais, clínicas e laboratórios, onde mulheres e homens são responsáveis por prover cuidados de alta qualidade, abriga, na atualidade, situações de trabalho nocivas e perigosas.

As evidências expostas anteriormente sustentam a presente revisão da literatura. O objetivo foi divulgar resultados de estudos destinados a problemas de saúde dos TS e evidenciar relações com as condições de trabalho existentes.

Este capítulo está organizado de acordo com os eixos elaborados visando a sistematizar os temas encontrados na revisão da literatura. Sendo assim, julgou-se pertinente começar desenvolvendo articulações que indicam o sentido do trabalho em saúde ao frisarem os objetivos de qualidade, de fazer bem-feito, que os trabalhadores elaboram no desenrolar de suas ações. Na sequência, são resenhados os resultados sobre acidentes trabalho e exposição a material biológico nos estabelecimentos

sanitários para, em seguida, serem apresentadas as evidências trazidas pelos autores quanto à exposição a agentes infecciosos e à prevalência de infecção nos grupos ocupacionais. Além disso, são discutidas as prevalências de vários desfechos como exposição a agentes nocivos e prevalências de morbidades que constituíram foco dos estudos realizados. Finalmente, são sinalizadas as lições aprendidas e os desafios para o futuro próximo no campo da saúde do trabalhador da saúde.

2. METODOLOGIA

1ª Etapa - Bases e estratégias de busca

A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que inclui as bases de dados Lilacs, Ibecs, Medline, Biblioteca Cochrane, SciELO; bases de dados especializadas (Bio-ética, CidSaúde, Desastres, Hisa, Homeoindex, Leyes, Medcarib, Repidisca); e de organismos internacionais (Paho, Wholis). As consultas

foram realizadas entre os dias 23 de agosto e 18 de dezembro de 2011, restringindo-se a artigos em português, inglês e espanhol, publicados no período de janeiro de 2007 a dezembro 2011.

Os descritores foram selecionados em listas disponíveis nas bases de dados e nos artigos examinados previamente (Quadro 1).

| DESCRITORES | SINÔNIMOS |
|---------------------------------|--|
| Pessoal de saúde | Profissional da saúde; Profissional de saúde; Profissionais da saúde. |
| Brasil | Brasil |
| Sistema Único de Saúde | SUS |
| Saúde pública | Saúde coletiva |
| Condições de trabalho | Não há sinônimo |
| Atenção primária à saúde | Atenção básica; Atenção básica à saúde; Atenção primária; Atenção primária de saúde; Atendimento primário; Cuidados primários; Cuidados primários de saúde. |
| Satisfação no emprego | Satisfação no trabalho |
| Qualidade de vida | Nível de vida |
| Exposição ocupacional | Exposição profissional a agentes químicos, físicos ou biológicos. |
| Assistência médica | Não há sinônimo |
| Hospitais públicos | Não há sinônimo |
| Saúde do trabalhador | Saúde dos empregados; Saúde industrial; Higiene industrial; Segurança no trabalho; Saúde ocupacional; Segurança do trabalho; Segurança ocupacional; Higiene do trabalho; Saúde dos trabalhadores; Segurança dos trabalhadores. |

QUADRO 1
Descritores utilizados
e seus sinônimos

Foram encontradas 653 publicações, incluindo artigos, teses e monografias, conforme explicitado no organograma a seguir (Figura 1). O refinamento por título, realizado independentemente por dois pesquisadores, foi orientado pelo

objeto condições de trabalho em estabelecimentos de saúde. A análise bruta indicou a exclusão de teses, monografias e um artigo em francês, restaram 98 artigos potencialmente relevantes para os objetivos e o objeto da pesquisa.

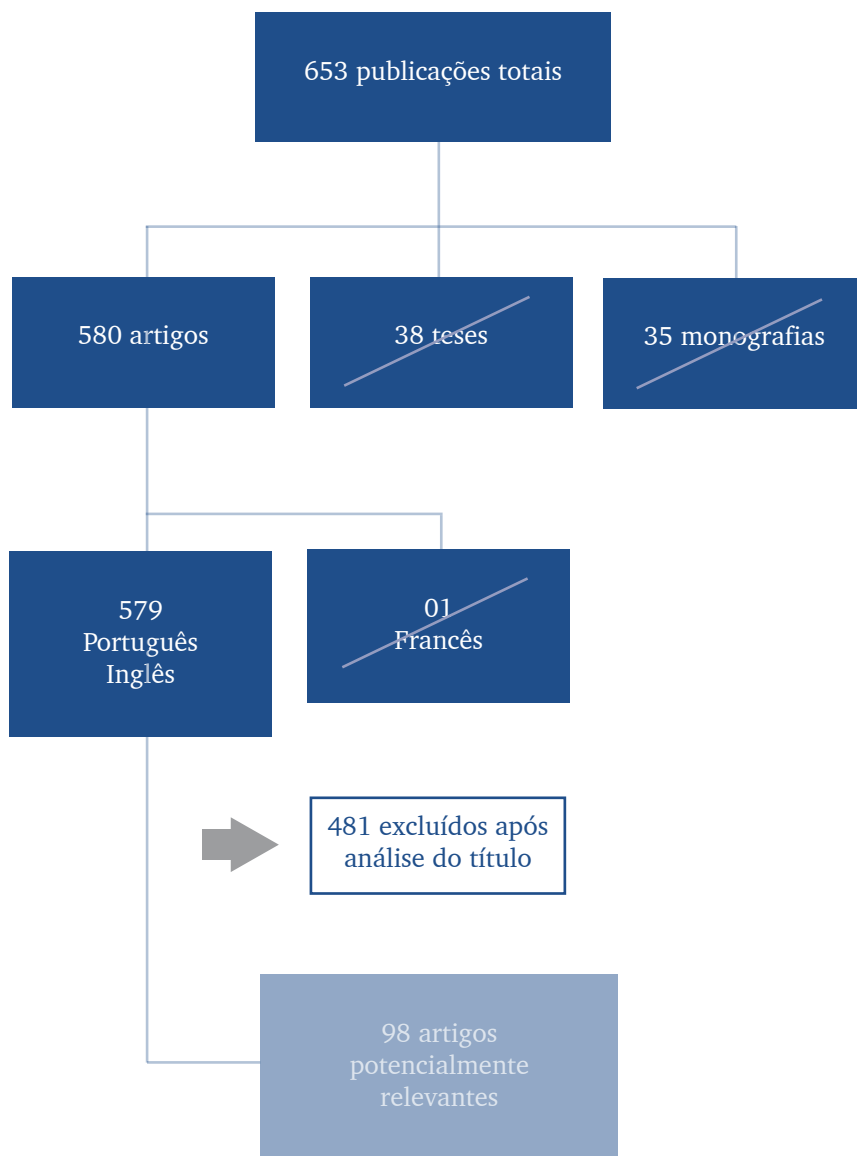


FIGURA 1
Publicações
encontradas e
publicações
potencialmente
relevantes

2ª Etapa - Análise de resumos

Os resumos foram analisados por dois pesquisadores, em momentos distintos, e classificados de acordo com categorias predefinidas. Na se-

quência, as categorias iniciais foram reagrupadas (Quadro 2). Diante da nova categorização, iniciou-se a construção dos critérios de inclusão e exclusão das publicações.

| CATEGORIAS ABRANGENTES | CATEGORIAS INICIAIS (Termos correspondentes) |
|---|--|
| Exposição ocupacional e risco | Acidentes de trabalho com material biológico em TS; Avaliação da exposição a fatores de risco ocupacionais em TS; Exposição de TS em medicina nuclear; Percepção de risco no trabalho no PSF; Exposição a líquidos biológicos; Situações de violência contra TS; Exposição ocupacional – risco biológico; Percepções sobre risco ocupacional em TS. |
| Prevalência/perfil epidemiológico de doenças entre TS | Prevalência de vírus da hepatite C em TS; Prevalência de doença infecciosa entre trabalhadores de hospital; Prevalência de alergia ao látex; infecção de vias aéreas superiores em TS; Prevalência de esgotamento profissional em ACS; Prevalência de doenças infecciosas em TS; tuberculose em TS; Avaliação de saúde cardiovascular dos médicos; Avaliação de saúde mental entre TS e possíveis relações com o trabalho; Saúde Mental (<i>burnout</i>) em TS; Adoecimento mental em TS de hospitais; Licenças médicas – adoecimento em TS. |
| Prevenção de doenças/promoção da saúde entre TS | Aborda mecanismos educativos de prevenção para transmissão de patógenos sanguíneos; Avaliação de carga de trabalho e medidas preventivas em ACS; Prevalência de vacinação em TS; Adesão e medidas preventivas; Adesão às precauções universais; Ações em saúde do trabalhador da saúde; TBC em TS em hospital universitário – medidas preventivas; Vacinação em TS; Adesão de TS às medidas preventivas; Sedentarismo em TS. |
| Condições de trabalho | Satisfação de TS em serviços de saúde mental; Satisfação e carga de trabalho em serviços de saúde mental; Satisfação no PSF; Perfil dos TS e situação de emprego; Avaliação do PSF (condições de trabalho) pelos TS; Condições de trabalho de TS; Condições de trabalho de TS – ergonomia; Condições de trabalho: desgaste e adoecimento; Condições de trabalho em TS – ergologia. |
| Perfil sociodemográfico/epidemiológico de trabalhadores da saúde | Inquérito epidemiológico de TS das regiões Sul e Nordeste. |

QUADRO 2
Agrupamento das categorias iniciais de acordo com a nova classificação

| | |
|--|---|
| Políticas de saúde do trabalhador da área da saúde | Política de saúde do TS |
| Processo e relações de trabalho | Processo de trabalho; Relações de trabalho e regulamentação da profissão no Mercosul. |
| Percepções sobre o trabalho | Psicodinâmica: aborda o sentido do trabalho para enfermeiras depois da informatização em hospitais; Percepção dos TS sobre os serviços de saúde mental; Percepção sobre programas de controle de infecção hospitalar; Infectologia hospitalar – crenças, percepções, atitudes sobre resistência bacteriana. |
| Desempenho e competências em serviços de saúde | Competências e desempenho em unidade básica de saúde; Percepção de desempenho do programa de saúde da família; Percepção do desempenho do serviço em Saúde Mental; Avaliação de desempenho/qualidade do PSF segundo TS; Avaliação da prática profissional de farmacêuticos; Relação TS e práticas de saúde; Mutações no trabalho em saúde mental e interferências no cuidado; Avaliação de desempenho/qualidade hospitalar segundo TS; Prática dos profissionais nos serviços de saúde. |
| Modelo gerencial e a organização de serviços de saúde | Modelo gerencial e a reorganização de serviços; Comprometimento e sistema organizacional do setor de saúde; Gestão do trabalho em saúde; Readaptação funcional – gerenciamento da equipe de enfermagem. |
| Educação em saúde | Formação e práticas do ACS; Educação para TS (dentistas). |
| Representações sociais sobre o sistema de saúde/ Percepções sobre as políticas de saúde | Representações dos TS sobre o SUS, Percepção dos TS sobre o Sistema de Saúde; Avaliação da política do SUS pelos TS; Avaliação das políticas de saúde pelos TS. |
| Expansão e consolidação de políticas públicas de saúde | Inserção da vigilância nas políticas públicas de saúde; Políticas do SUS; Expansão e consolidação de práticas e políticas de saúde. |
| Prevenção e prevalência de doenças na população geral | Profilaxia de tuberculose em população geral |
| Resumo não disponível na base de dados | Resumo não disponível - critério de exclusão |

3ª Etapa - Elaboração dos critérios de seleção

Foram incluídos nesta revisão artigos completos que preencheram os seguintes critérios:

- disponibilidade dos resumos nas bases de dados;
- inclusão dos profissionais da saúde na amostra;
- investigação das condições de trabalho dos TS, o que inclui exposição ocupacional, qualidade de vida do trabalhador, satisfação no emprego;
- investigação do perfil sociodemográfico e epidemiológico dos TS;
- avaliação das condições de saúde e das doenças que acometem o TS;
- avaliação de medidas de prevenção e promoção de saúde entre TS;
- avaliação de políticas de saúde para o TS.

Foram excluídos os estudos nos seguintes casos:

- indisponibilidade de resumos nas bases de dados;
- estudantes e profissionais não pertencentes à área da saúde incluídos na amostra;
- investigação detida no estudo do processo e das relações de trabalho sem abordar os efeitos sobre a saúde dos TS;
- avaliação detida na análise das percepções/significados do trabalho sem abordar os efeitos sobre a saúde dos TS;
- estudo restrito à avaliação de desempenho e de competências em serviços de saúde sem abordar os efeitos sobre a saúde dos TS;
- estudo restrito à avaliação de modelos gerenciais e à organização de serviços de saúde sem abordar os efeitos sobre a saúde dos TS;
- estudo restrito à avaliação da regulamentação da profissão e à alimentação coletiva;

- educação em saúde;
- estudo restrito a representações sociais sobre o sistema de saúde/percepções sobre as políticas de saúde;
- expansão e consolidação de políticas públicas de saúde;
- prevenção e prevalência de doenças na população geral.

Considerando os critérios de inclusão explicitados, dentre 98 artigos potencialmente relevantes submetidos à análise de resumos, 52 foram selecionados para a próxima fase (Figura 2).

4ª Etapa - Análise de textos completos

Nesta etapa final de análise, os trabalhos selecionados (n = 52) foram lidos na íntegra. Destes, três foram excluídos:

- 1 artigo referia-se à regulamentação da profissão no setor de alimentação coletiva;
- 2 artigos não foram encontrados para leitura do texto completo.

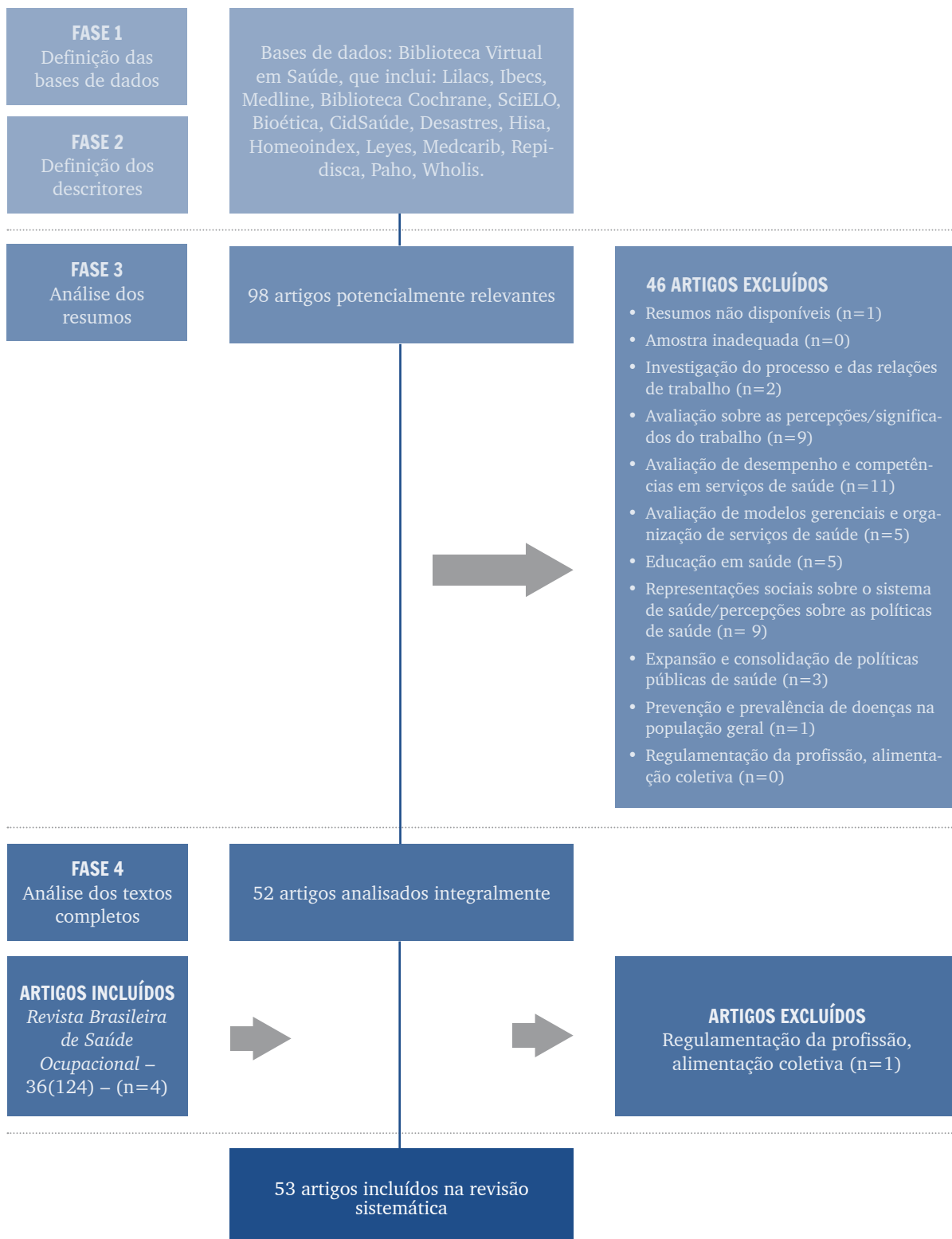
Destaca-se a inclusão de quatro artigos oriundos de um número recém-divulgado da Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, volume 36, número 124, jul.-dez. 2011:

- 2 artigos referentes à exposição ocupacional e ao risco entre TS;
- 1 artigo que aborda a prevenção e promoção de saúde entre TS;
- 1 artigo referente à prevalência de doenças entre TS.

Finalmente, 53 artigos constituem o corpus da presente revisão.

FIGURA 2

Esquema representativo do procedimento de seleção dos artigos



Os 53 artigos selecionados encontram-se organizados nas tabelas e gráficos no fim deste capítulo, segundo ano de publicação, autores, amostra, número de sujeitos e/ou exposições e periódicos em que foram publicados (Quadro 3, pág. 143 e Figura 3, pág. 145).

3. A PERCEPÇÃO DE FAZER BEM-FEITO E AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

Tradicionalmente, os riscos ocupacionais foram encarados como fatores objetivos e mensuráveis. Na atualidade, os protagonistas e estudiosos das relações saúde e trabalho abordam o risco conforme ele é percebido e regulado pelos trabalhadores. Como esclarecem Cezar-Vaz e colaboradores (2009: 7), a percepção de risco diz respeito a

“um conjunto de significados construídos individual e coletivamente a partir dos trabalhadores que produzem e reproduzem formas semelhantes e diversas ao mesmo tempo”.

Destarte, convém abordar a estrutura organizacional porque os sujeitos evocam as suas características e modelos quando relatam a sua percepção sobre as condições e os riscos do trabalho, conforme será discutido. Rebouças e colaboradores (2008) avaliaram o nível de satisfação dos profissionais em diferentes tipos de serviços de atendimento em saúde no Rio de Janeiro. A maioria dos participantes apresentou um nível intermediário de satisfação. O suporte dos colegas foi o fator que mais contribuiu para minimizar o impacto do trabalho sobre os sujeitos.

Sugere-se que o nível de satisfação do TS seja utilizado como indicador de qualidade dos serviços, tendo sido considerado o melhor critério para avaliar os serviços de saúde mental (Ishara, Bandeira & Zuardi, 2008). Mas o que é satisfação?

Satisfação profissional designa

“o estado emocional positivo resultante do prazer que se adquire com experiências do trabalho, estando fortemente relacionada a fatores como autonomia, desempenho e *status* profissional, qualidade de vida, autoestima e remuneração” (Fadel *et al.*, 2008: 65).

É o resultado da percepção dos trabalhadores sobre vários aspectos do ambiente e da organização do trabalho, como a natureza e o volume de serviço, a limpeza nas áreas, os níveis de responsabilidade e autonomia, as características dos pacientes, o apoio dos colegas etc. Portanto, não depende exclusivamente das características do indivíduo (idade, escolaridade, sexo). Exemplificando, o sentimento de realização clínica é fundamental para a satisfação dos

trabalhadores (Ishara, Bandeira & Zuardi, 2008). Desta feita, os índices de satisfação por estarem articulados ao fazer bem-feito podem se constituir em instrumentos de avaliação da qualidade dos serviços prestados.

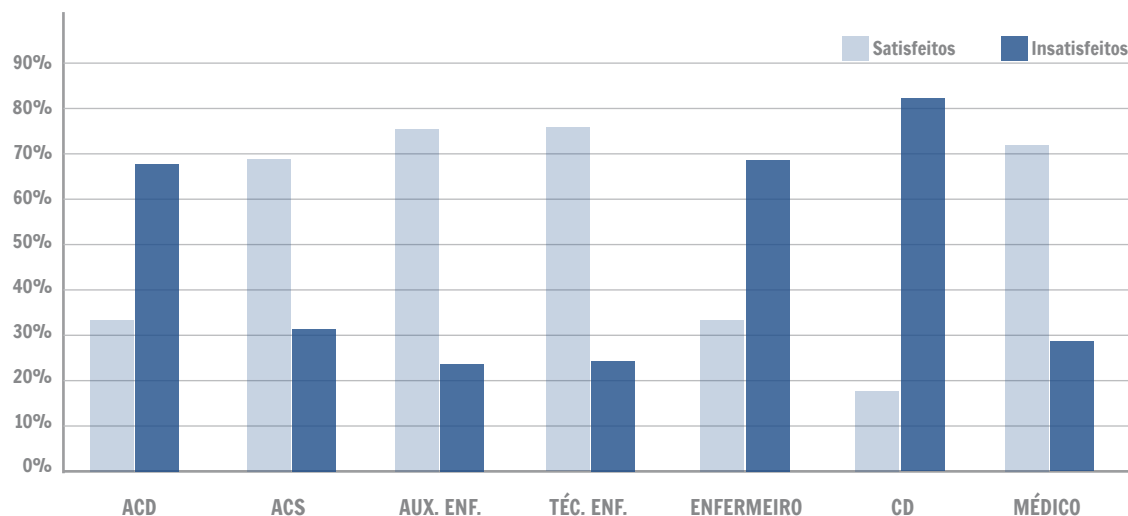
Está descrita a associação entre a satisfação do profissional no trabalho e o bem-estar dos pacientes e funcionários em unidades psiquiátricas. Tal assertiva deve ser encarada com cautela, porque a satisfação do profissional não implica automaticamente prestação de serviços de melhor qualidade. Contudo, está reconhecido que a satisfação dos TS exerce fortes e duradouros efeitos sobre o tratamento oferecido aos pacientes, como afirmam Ishara, Bandeira e Zuardi (2008) no estudo que focalizou seis instituições psiquiátricas em Ribeirão Preto (SP).

Entre os setores do hospital, observou-se que a emergência e o ambu-

latório concentraram os sujeitos com escores mais baixos de satisfação e níveis mais altos de impacto. Para os autores, é possível que a tomada de decisões de emergência e, muitas vezes, de forma solitária, explique níveis mais elevados de tensão com reflexos sobre os escores de satisfação e de impacto.

Quanto à insatisfação profissional, os TS integrantes das equipes do PSF de municípios do estado de São Paulo citaram fatores como a sobrecarga de trabalho, os baixos salários e a desvalorização profissional (Fadel *et al.*, 2008). Mencionaram também a falta de integração entre os membros das equipes e a falta de apoio para o desenvolvimento das ações. As auxiliares de consultório dentário, os cirurgiões-dentistas e as enfermeiras apresentaram maior grau de insatisfação entre os 78 sujeitos da amostra (Figura 4).

FIGURA 4
Distribuição percentual dos integrantes das equipes do PSF, por categoria profissional, segundo a satisfação em atuar no Programa. São Paulo (SP) – 2006 (Fadel *et al.*, 2008)



Ainda sobre a estrutura organizacional e a respeito das relações com pares e gestores, os 213 TS de quatro hospitais de Natal (RN) destacaram os seguintes fatores como sendo fonte de satisfação: oportunidade de discutir o trabalho com os superiores, cooperação na equipe, qualidade de comunicação entre os profissionais (Lima Júnior, Alchieri & Maia, 2009).

Com base nos relatos dos TS de Natal e em outros resultados apresentados nos artigos da presente revisão, pode-se afirmar que as estruturas organizacionais nos estabelecimentos de saúde interferem na prestação do cuidado, que requisita modelos de gestão com ênfase em dispositivos de apoio e suporte para a realização das tarefas. Por quê? O contato íntimo com a dor e o sofrimento dos pacientes *per se* gera perturbações no bem-estar do TS. Por essa razão, são cruciais os canais de expressão livre, acessíveis a todos os agentes previstos e garantidos nos modelos de gestão do trabalho (Lima Júnior, Alchieri & Maia, 2009: 675). Ademais, o conteúdo das tarefas é modificado a depender dos materiais e equipamentos disponíveis, do efetivo do dia, da organização temporal e espacial que o TS encontra para desenvolver as suas tarefas.

Tanto os canais de expressão quanto os recursos materiais, espaciais e temporais são favorecidos ou bloqueados

a depender do orçamento para o setor e do desenho organizacional, ou seja, das estruturas organizacionais.

No quesito condições de trabalho, as notas mais elevadas, segundo a percepção dos TS de quatro hospitais de Natal, foram obtidas nos hospitais filantrópicos, privado, universitário. As piores notas, no hospital estadual. Os autores lembram as constantes greves neste último e suas consequências negativas para a qualidade do atendimento. A degradação na qualidade dos serviços prestados pode estar relacionada a mais insatisfação dos trabalhadores. Em síntese, no estudo em Natal, a maioria dos TS insatisfeitos encontra-se no hospital estadual, no qual foram identificadas carências quanto ao conforto, à segurança contra os riscos, aos benefícios oferecidos, à qualidade dos equipamentos e materiais de trabalho, e ao salário (Lima Júnior, Alchieri & Maia, 2009).

Os resultados de Ishara, Bandeira e Zuardi (2008) evidenciaram um nível intermediário de satisfação (entre indiferença e satisfação no trabalho) de acordo com a escala utilizada (Satis-BR). Os sujeitos relataram satisfação significativamente maior quanto à 'qualidade do serviço' e às 'relações de trabalho' em comparação com 'a participação do serviço' e 'condições de trabalho' nas unidades psiquiátricas.

Extraído de Assunção (2012).

As estruturas organizacionais são por definição prescrições das ações. Elas se adaptam ou assumem o risco de incoerência com as atividades que ordenam quando não acomodam as necessidades do trabalho e dos trabalhadores (Aiken, Clarke & Sloane, 2002). As incoerências (não acomodação da atividade que os TS desenvolvem nas estruturas organizacionais) podem provocar uma degradação do trabalho e da qualidade do bem ou do serviço produzido. Tal situação é designada no momento em que os gestores desenham novas estruturas, as quais influenciam o conteúdo do trabalho e as relações sociais. Constrangidos (falta de tempo, por exemplo), os trabalhadores focalizam a atividade em suas dimensões centrais e abandonam alguns objetivos, considerados secundários, mas fundamentais para o cuidado. Ou seja, em suas escolhas os trabalhadores consideram o quadro temporal e as condições concretas nas quais eles se encontram para operar.

Os trabalhadores reagem às perturbações do ambiente modificando, na medida do possível, os modos operatórios. Em situações de desequilíbrios entre o volume de trabalho estipulado (número de atendimentos, de medicamentos dispensados, de vacinas aplicadas) e os tempos alocados (geralmente, relacionados ao efetivo disponível), os mecanismos de regulação elaborados e desenvolvidos pelo trabalhador podem influenciar a qualidade. O objetivo de atender ao número de usuários que aguardam na recepção torna-se prioritário em detrimento de objetivos menos aparentes, como obter a participação do usuário no projeto terapêutico ou desenvolver os protocolos que focalizam os hábitos saudáveis (atividade física, por exemplo).

Os esclarecimentos aos usuários são fatores de proteção contra o uso inadequado da medicação, pois os profissionais teriam mais oportunidade de identificar os limites e equívocos do usuário quanto ao plano terapêutico. Mais fluxo de atendimentos pode levar à diminuição do número de orientações porque os trabalhadores regulam a demanda (número de usuários aguardando na fila) por meio do encurtamento na duração do atendimento. Nesse quadro, é esperada redução na taxa de orientações, o que pode resultar em erros de dispensação do medicamento.

Entre dois objetivos, o TS na farmácia de um centro de saúde regula o volume das tarefas encurtando os tempos destinados a cada atendimento. O encurtamento da duração da consulta se dá às expensas das orientações quanto à terapêutica proposta. Comparando os dias da semana, a segunda-feira foi o dia de mais fluxo de usuário e de menos esclarecimentos (21%) durante a dispensação se comparada à sexta-feira quando 60% das dispensações foram acompanhadas de diálogos para esclarecimento do usuário (D'Avila *et al.*, 2010).

As condições de trabalho foram associadas à insatisfação dos profissionais que atuam em serviços de saúde mental de uma instituição universitária de São Paulo (De Marco *et al.*, 2008). A melhoria da infraestrutura física dos serviços em geral e a garantia de local mais apropriado, limpo e agradável para atendimento – ou seja, quantidade de salas e espaços adequados à demanda dos pacientes – exerceram influências sobre a satisfação dos profissionais. Depreende-se que os objetivos de qualidade do cuidado também são fundamentais para os TS que manifestam a sua avaliação estando mais ou menos insatisfeitos com o trabalho, ou seja, a satisfação está ligada ao fazer bem-feito.

Sob tal perspectiva, Cezar-Vaz e colaboradores (2009) realizaram uma análise temática para examinar o conteúdo das entrevistas dos 48 sujeitos do PSF do município do Rio Grande (RS). Viu-se que ‘irresolutividade’ do trabalho aparece junto aos relatos de violência física e moral, acidente típico de trabalho, desgaste emocional e doença relacionada ao trabalho como fatores negativos que eles têm de enfrentar cotidianamente. Em suma, os relatos de vivência do risco e das condições de trabalho estão articulados aos relatos a respeito do julgamento que os próprios sujeitos elaboram acerca de sua atividade.

O bem-feito depende das habilidades, mas tais habilidades são reduzidas quando não se encontra o colega para compartilhar as decisões em relação a determinado caso, quando falta o material necessário para realizar o procedimento ou quando a organização temporal modifica as etapas dos modos operatórios. Pinto, De Menezes e Villa (2010) avaliaram a percepção de 190 profissionais do PSF em Ceará-Mirim (RN). O excessivo número de famílias acompanhadas por equipe foi o principal entrave para o efetivo exercício das atividades segundo 40,5% dos entrevistados. Quanto às dificuldades cotidianas, 86,8% dos entrevistados indicaram a indisponibilidade de equipamentos e instrumentos, e 83,2% indicaram a falta de medicamentos. Quanto aos facilitadores, 93,2% evocaram o perfil em saúde pública dos profissionais da equipe e 76,8% mencionaram o entrosamento entre os profissionais.

Sobre a regulação das condições de trabalho, diante da falta de materiais ou da inadequação dos dispositivos necessários à realização de determinados cuidados, os trabalhadores, graças ao seu potencial criativo, realizam adaptações e improvisos de materiais e de equipamentos que viabilizam a prestação da assistência de enfermagem (Souza *et al.*, 2009). No entanto, para o trabalhador de enfermagem, a necessidade cotidiana-

na de adaptar e de improvisar materiais e equipamentos pode prejudicar o bem-estar, pois ficou evidente o desgaste físico e mental que esta prática provoca, representando fator de risco laboral.

Estudo das condições físicas do trabalho em 13 postos de uma UBS evidencia inadequações de acordo com os conceitos e critérios ergonômicos dos autores (Hass, Henrique & Demarzo, 2008) que sugerem adotar conhecimentos ergonômicos no planejamento da organização do trabalho nas unidades.

É plausível supor que os métodos de gestão dirigidos exclusivamente para apelos de motivação sejam a manifestação de uma abordagem superficial da questão que diz respeito ao trabalho. Dificuldades relativas às condições de trabalho, como a ausência de estrutura física adequada, o reduzido número de trabalhadores e a insuficiência de materiais e equipamentos, atingem a atividade dos TS. A atividade impedida ou contrariada (a atividade que não pôde ser feita) não está abolida da perspectiva do sujeito e, sendo impedida, requer esforços internos ao indivíduo e pode gerar riscos de adoecimento (Clot, 2006).

...diante da falta de materiais ou da inadequação dos dispositivos necessários à realização de determinados cuidados, os trabalhadores, graças ao seu potencial criativo, realizam adaptações e improvisos de materiais e de equipamentos que viabilizam a prestação da assistência de enfermagem.

As evoluções nos processos de trabalho em saúde, no contexto de reformas sanitárias, parecem pressupor uma maior responsabilização dos trabalhadores, demandando maior autonomia, capacidade de resolver localmente os problemas encontrados e refletir sobre a sua realidade. Contudo, identificam-se paradoxos.

Os resultados dos artigos que serão retratados a seguir mencionam as dificuldades que os atores implicados nos serviços da atenção básica enfrentam no cotidiano. No novo modelo assistencial, os atributos relacionais, como cordialidade, bom humor e sorriso, ganham primazia em relação ao conhecimento técnico. Mas, como enfatizam Murofuse e colaboradores (2009), a ênfase dada ao aspecto relacional tem sido insuficiente para superar dificuldades. São também necessárias as condições materiais e poder contar

com o suporte dos colegas e a gestão (troca de opiniões, por exemplo) para desenvolver a atividade de cuidar do outro.

Os TS mencionam a vantagem de

“estarem inseridos em uma proposta inovadora, a qual lhes oportuniza o trabalho humanitário e o contato com as famílias” (Fadel et al., 2008: 68).

Mas os contatos se dão sem a necessária retaguarda.

De um lado, o desenvolvimento de um modelo assistencial inovador; de outro lado, fracos dispositivos de gestão do trabalho, como se vê nos casos de raro ou nenhum suporte da gestão para o desenvolvimento das tarefas nos domicílios dos usuários.

Como afirmam Santos, Soares e Campos (2007), o trabalho no PSF inaugura uma nova relação entre os trabalhadores, outra feição do objeto, um espaço privilegiado para fazer diferente, mas os sujeitos se deparam com a imposição de metas que se chocam com os esforços dispensados para dar conta dos problemas trazidos pela população.

As enfermeiras do PSF entrevistadas por Santos, Soares e Campos (2007) consideraram a situação do território como complexa ou penosa, produzindo sensação de impotência,

de não poder fazer nada. Mais uma vez, menciona-se a insatisfação com a gestão do trabalho, pois o modelo está fundado na produtividade, na cobrança repetida, na racionalização extrema, metas que não se colocam em discussão. Faltam normas e recursos para os imprevistos, tornando quase natural, nos dizeres das autoras, a alocação de recursos próprios para dar conta do trabalho.

As enfermeiras tomam como referência um “perfil idealizado para não falhar”, indo além de seu estoque de conhecimentos e habilidades, fazendo um pouquinho de tudo, até papel de médico, deixando de lado, muitas vezes, suas atribuições específicas. O trabalho dessas enfermeiras fica bastante determinado de um lado pelo cumprimento do que está previsto nas planilhas e protocolos; de outro, pela necessidade de atender rotineiramente a múltiplos problemas não previstos no planejamento das ações. As autoras concluem sobre a existência de desgaste (em detrimento do fortalecimento) e alertam para a necessidade de uma gestão participativa real.

O trabalho realizado em ambientes abertos de áreas de maior risco social expõe os sujeitos às situações de agressões e à miséria intensa que marcam o contexto de vida das comunidades atendidas. Os ACS relatam temor de represália

dos usuários descontentes com o atendimento oferecido e ambivalência diante da aproximação de uma residência habitada por cidadãos envolvidos com crimes e drogas (Lancman *et al.*, 2009).

O trabalho realizado em ambientes abertos de áreas de maior risco social expõe os sujeitos às situações de agressões e à miséria intensa que marcam o contexto de vida das comunidades atendidas.

As lacunas dos modelos de gestão ficam mais claras quando se examina de perto o trabalho das equipes do PSF. Não há procedimentos predefinidos, gerando sentimentos de solidão e de vulnerabilidade no exercício do trabalho. Os trabalhadores convivem, de um lado, com a incerteza e as deficiências para lidar com as demandas que encontram nos territórios; deparam-se, de outro lado, com o objeto de trabalho que é limitado pelas metas e prioridades de programas mais voltados para etapas do ciclo vital ou para o controle de alguns agravos, como hipertensão, diabetes, tuberculose (Lancman *et al.*, 2009).

Como mencionado anteriormente, o trabalho realizado no território expõe os ACS às agressões dos usuários. São situações nas quais as fronteiras trabalho / vida pessoal

tornam-se tênues (Trindade *et al.*, 2007). Pressões dos usuários (vizinhos!) e agitações na vida comunitária são estressores permanentes. Para os autores, o conhecimento da exposição às cargas que foram descritas e o debate sobre tais situações seriam fundamentais para fortalecer o autocuidado na categoria dos TS.

Longos deslocamentos, exposição a temperaturas extremas, condições de higiene precárias (lixo, esgoto aberto, sujeira) ou adversas (umidade, poeira e fumaça, animais doentes etc) e contato frequente com doenças infecciosas (tuberculose, Aids, hepatite C) durante a visita domiciliária foram relatados pelos ACS de Santa Maria (RS) (Trindade *et al.*, 2007).

Murofuse e colaboradores (2009) estudaram a situação dos profissionais de saúde que atuam na rede de serviços públicos dos municípios do Paraná. Menciona-se a incorporação da lógica da flexibilização nas relações de trabalho no setor da saúde, fato que explica a redução dos contratos formais, a eliminação dos limites da duração da jornada de trabalho e o aumento do volume de contratos por tempo determinado.

Tomasi e colaboradores (2008) estudaram o perfil de 4.749 trabalhadores de saúde, 1.730 no Sul e 3.019 no Nordeste. Chama atenção a baixa proporção (40% dos traba-

lhadores da rede básica) de ingresso por concurso público. O vínculo de trabalho sem garantias trabalhistas diz respeito a 38% dos TS e foi significativamente maior entre os entrevistados no Nordeste (42%) quando comparados aos TS do Sul (30%). Os resultados esclarecem que o trabalho precário foi ampliado a partir da expansão do PSF, de forma mais acentuada no Nordeste.

Quanto à avaliação do desempenho, menos de 70% dos trabalhadores contam com a supervisão de suas atividades. O ambiente físico foi considerado inadequado por 46% dos TS e 30% referiram inadequação

das relações institucionais. Um terço encontra-se insatisfeito com sua saúde; 42% informaram problemas de saúde; 26% usam medicamentos regularmente; transtornos mentais comuns estiveram presentes em 16% e o hábito de fumar foi referido por 12% dos entrevistados.

Resumidamente, o desgaste extraído dos discursos dos TS que agem no PSF diz respeito também à dinâmica que incorporou no setor saúde a lógica geral do setor produtivo, exigindo a produtividade e a qualidade da assistência, sem a correspondente melhoria das condições de trabalho.

4. ACIDENTES DE TRABALHO E EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO

Estudos em diferentes regiões do Brasil indicam os diversos fatores de risco de acidentes presentes nos estabelecimentos sanitários. Nas unidades de assistência à saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo, maior número (187/480) de acidentes de trabalho (AT) foi relacionado a fatores ergonômicos (39%), como piso escorregadio, sendo que 57 (11,8%) registros colhidos das Comunicações de Acidente do Trabalho (CAT) foram relativos à escabiose, considerada na situação uma doença do trabalho (Chiodi *et al.*, 2010).

Também são frequentes acidentes com material biológico e aqueles que ocasionam a transmissão do vírus da hepatite B, cuja incidência de transmissão entre trabalhadores expostos varia de 6% a 30%, podendo chegar até a 60%, dependendo da situação do paciente-fonte. Quanto ao risco de transmissão de hepatite C, após exposição percutânea a material biológico, o risco é de 1,8%, podendo variar de 0% a 7%. Quanto ao HIV, estima-se em 0,3% o risco de contaminação após exposição percutânea e em 0,09% o risco após exposição mucocutânea (Guilarde *et al.*, 2010).

Devido aos riscos de transmissão dos agentes infecciosos, os procedimentos recomendados em caso de exposição a material biológico foram modificados ao longo dos anos. O Ministério da Saúde (Brasil, 2006) preconiza em protocolo específico as medidas a serem tomadas no caso de exposição: cuidados na área exposta, imunização, medidas de quimioprofilaxia (QP), a depender do caso, e acompanhamento sorológico para hepatite e HIV.

No estudo em Ribeirão Preto, registrou-se a ocorrência de 31,8% AT com exposição a material biológico. As categorias mais acometidas foram os auxiliares de enfermagem (54,2%), técnicos de enfermagem (17%), enfermeiros (11,8%) e auxiliares de serviços gerais (6,5%), com predominância feminina (78,4% dos acidentados eram mulheres).

O setor de mais registros foi o hospital. As agulhas foram responsáveis por 70,6% dos casos. Além disso, 22,2% dos AT ocorreram durante a execução de atividades relacionadas à higiene e conforto do paciente, manipulação de sonda vesical e gástrica, aspiração de vias aéreas e manipulação de frascos coletores de urina e secreções; 14,4% dos acidentes ocorreram durante os procedimentos realizados na sala cirúrgica. O motivo do acidente não foi registrado no formulário da CAT em 45,7% dos casos.

O estudo de Sarquis e colaboradores (2009) evidenciou baixa adesão ao monitoramento proposto no hospital universitário de Curitiba (PR), após acidente com material biológico. Dos 450 prontuários analisados, verificou-se maior exposição entre as mulheres (76,6%). Segundo os registros, 25,3% da amostra fizeram o monitoramento e retornaram em 30 dias. Apenas 9,3% se submeteram ao monitoramento completo preconizado pelo Ministério da Saúde. As autoras alertam para a seriedade da situação, pois, descobertos e sem acompanhamento, os TS ficam sujeitos a morbidades infecciosas que poderiam ser evitadas.

Guilarde e colaboradores (2010) acompanharam 46 profissionais de saúde vítimas de acidente profissional com material biológico no hospital universitário de Goiânia (GO). A maior frequência de acidentes ocorreu na clínica cirúrgica. Quanto ao tipo de exposição, observou-se predominância da lesão percutânea (87%). Quanto à caracterização do acidente, 78% envolveram agulha com lúmen e 22% ocorreram durante o manuseio de lixo e/ou dispensador de perfurocortantes. A maioria dos profissionais (61%) informou que usava equipamento de proteção individual (EPI) no momento do acidente. Na avaliação quanto à infectividade do paciente-fonte, 72% tiveram sorologia negativa para HIV.

Quase 30% dos acidentados com material biológico que procuraram o ambulatório de infectologia negaram esquema de imunização completo contra hepatite B. Considerando todos os profissionais acidentados, 28% estavam sem cobertura contra hepatite B no momento do acidente. Registrou-se perda de seguimento a partir de 12 semanas do acidente em 17% dos casos.

O tema da subnotificação de AT em geral e de acidentes com exposição a material biológico em particular é recorrente na literatura. Chiodi, Marziali e Robazzi (2007) analisaram 155 acidentes de trabalho registrados em 2004 relativos a uma população de 2.818 trabalhadores ativos na Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto (SP). Viram que em 40% dos casos registrados, o trabalhador foi exposto a material biológico. A incidência correspondeu a 22 AT/ 1.000 trabalhadores expostos por ano. Para as autoras, tais resultados são ínfimos e sugerem subnotificação a julgar pelo número de trabalhadores expostos e pelo elevado número de tarefas envolvendo material perfurocortante e exposição a material biológico.

Em relação à parte do corpo atingida, predominam os membros superiores; em relação ao material biológico, o contato com sangue.

Finalmente, as autoras sugerem ações no âmbito da gestão, visando à melhoria das condições de trabalho, especialmente quanto à estrutura organizacional. Sugerem-se fornecimento de material e dispositivos de segurança, implantação de programas educativos e mudança de comportamentos de trabalho.

O tema da subnotificação de AT em geral e de acidentes com exposição a material biológico em particular é recorrente na literatura.

Loureiro e colaboradores (2009) monitoraram a adesão dos profissionais de enfermagem ao uso de antirretrovirais e o seguimento clínico após exposição ocupacional envolvendo material biológico potencialmente contaminado. Os sujeitos da amostra foram atendidos em um hospital universitário do interior paulista. Dentre 56 acidentes registrados, 73,2% ocorreram no grupo dos auxiliares de enfermagem e 26,8% no grupo de enfermeiros. A lesão percutânea foi a mais frequente, sendo que 96,4% dos atingidos relataram ter sido vacinados. Indicou-se o uso de antirretrovirais para 30,4% dos casos. Quanto à procura pelo atendimento especializado, 78,6%

da amostra o fizeram até duas horas após a exposição ocupacional (período recomendado pelo Ministério da Saúde), porém 17,9% procuraram o atendimento entre três e dez horas após a exposição; 1,8%, entre dez e 24 horas; e 1,8% após 25 horas. Quanto à sorologia dos pacientes-fonte identificados, verificou-se que 16,1% eram portadores do vírus da imunodeficiência adquirida e 3,6% do vírus da hepatite C.

Embora várias ausências aos retornos tenham sido registradas, a maioria dos profissionais de enfermagem expostos a material biológico atendidos no ambulatório especializado completou o seguimento clínico-laboratorial recomendado. Mas é preocupante constatar que 25% abandonaram o seguimento, taxa maior do que encontrada no estudo de Guilarde e colaboradores (2010).

No estudo de Almeida e Benatti (2007), com base em 379 acidentes em uma população de São João da Boa Vista (SP), os resultados foram semelhantes aos anteriormente citados. Agulha com lúmen foi o principal agente relacionado aos acidentes (74,7% dos casos) e sangue foi o material biológico predominante (87,3% das ocorrências). Cobertura vacinal foi registrada em 72,8% dos casos de acidentes. Pacientes-fonte permaneceram desconhecidos em 44,9%

dos acidentes. A quimioprofilaxia com antirretroviral foi indicada em 43,5% dos casos de acidentes, entre eles 7,3% recusaram a medicação.

Quanto à função, predominaram (71,5%) os TS da enfermagem, seguidos dos trabalhadores da limpeza (13,2%). Para os últimos, agulhas e lâminas abandonadas no ambiente foram os principais agentes envolvidos. O descarte ou acondicionamento inadequado dos resíduos, estando na origem dos acidentes, indicaram a necessidade de alargar as intervenções de prevenção.

Os resultados evidenciam uma boa cobertura no momento do acidente, atingindo percentuais acima de 86%. Contudo, similarmente aos estudos anteriores, observa-se baixa taxa de adesão ao tratamento e aos exames de seguimento.

O descarte ou acondicionamento inadequado dos resíduos, estando na origem dos acidentes, indicaram a necessidade de alargar as intervenções de prevenção.

Garcia e Facchini (2009) descreveram exposições ocupacionais a material biológico e estimaram a sua incidência e prevalência cumulativa durante 12 meses e fatores associados com tais exposições.

Os resultados confirmam que a incidência de exposições entre as diferentes categorias profissionais está relacionada ao tipo de tarefas exercidas pelos TS.

A prevalência acumulada de exposições a fluidos corporais foi de 7% durante os 12 meses anteriores à entrevista. Ressalta-se o registro de 103 exposições em um grupo de 75 trabalhadores. As lesões percutâneas foram responsáveis por 59% das exposições. Nível de escolaridade, ocupação (auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário ou dentistas), carga de trabalho, e condições de trabalho, acidente de trabalho anterior e fumo atual permaneceram associados com o desfecho. A taxa de notificação foi baixa.

Machado e Machado (2011) estudaram os acidentes com material biológico ocorridos com os trabalhadores da enfermagem de um hospital em Palmas (TO): 45,7% declararam exposição acidental com material biológico durante suas atividades profissionais. Predominaram as mulheres (92,7%), sendo que apenas 54,4% notificaram o acidente. Destacaram-se os técnicos, auxiliares e enfermeiros.

Sobre a cobertura vacinal, 67% dos TS declararam estado vacinal completo contra hepatite B, enquanto 21,6% apresentavam-se imunizados incompletamente (1 ou 2 doses), 6,2%

desconheciam seu estado vacinal e 5,2% não eram vacinados (Silva *et al.*, 2011). É preocupante, portanto, que 33% dos profissionais de saúde estivessem susceptíveis ao VHB.

Transmissão do VHC ocorre principalmente pelo contato com sangue contaminado, por isso os acidentes perfurocortantes envolvendo profissionais infectados podem resultar em infecção, pois tais acidentes com instrumentos cirúrgicos são comuns. Estima-se que mais de 170 milhões de pessoas estão infectadas com o vírus da hepatite C (VHC) em todo o mundo.

Médicos e outros TS implicados em procedimentos de diálise (Zampieron *et al.*, 2004) e procedimentos ginecológicos (Ross *et al.*, 2002) podem transmitir o VHC a seus pacientes. Vale destacar que a continuada e repetida exposição pode aumentar a soroprevalência da infecção pelo VHC nesse grupo de trabalhadores.

No estudo de Paraná e colaboradores (2007), a prevalência de anticorpos para o VHC foi de 4,8% (31 de 646); 3,7% também foram positivos para o HCV RNA em TS de quatro hospitais e um laboratório em Rio Branco (AC). Tais resultados indicam o risco ocupacional, bem como o risco de transmissão nosocomial. Os autores alertam sobre a falta de informação

dos TS no tocante à prevenção e à transmissão do VHC. Vale destacar que a baixa escolaridade e o menor acesso à informação têm sido associados ao risco de infecção pelo VHC no pessoal da saúde. Apesar da maioria (67,4%) relatar acesso à fonte formal de informação, principalmente os profissionais do nível técnico não demonstraram conhecimentos sobre a transmissão do VHB no ambiente hospitalar. Constatou-se que o estado vacinal adequado contra hepatite B está intimamente relacionado aos anos de escolaridade dos TS.

...a baixa escolaridade e o menor acesso à informação têm sido associados ao risco de infecção pelo VHC no pessoal da saúde.

No Rio de Janeiro, Rapparini e colaboradores (2007a) examinaram 15.035 casos de exposição registrados no sistema de vigilância entre 1997-2004. Para 74% dos casos foi possível conhecer a situação dos pacientes-fonte. Quase 90% das exposições se relacionaram às lesões percutâneas e 35% delas foram relatadas por auxiliares de enfermagem. Cinco circunstâncias representam quase 70% das situações relatadas: reencapar agulhas (19% entre os auxiliares de enfermagem e 22% entre o pessoal de

laboratório); realizar procedimentos cirúrgicos ou manipular equipamentos cirúrgicos, tais como limpeza de instrumentos (14%), eliminar o lixo (13%); realizar punção venosa percutânea (10%); e retirar sangue (5%). A profilaxia pós-exposição foi iniciada por 46% dos expostos. Alta proporção (14%) das exposições relatadas ocorreu entre os estudantes e estagiários.

O artigo de Rapparini e colaboradores (2007b) apresenta o 'Projeto-Riscobiologico.org'¹⁰ implantado no Brasil em 2000. Foram criados um site e uma lista de discussão para favorecer o debate sobre a gestão e a prevenção de exposições infecciosas ocupacionais. Desenvolveu-se paralelamente um *software* para operacionalizar a vigilância de exposições ocupacionais a patógenos veiculados pelo sangue. A construção do *software* baseou-se no Sistema de Vigilância dos Trabalhadores de Saúde do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. A proposta foi estimular a participação voluntária em um sistema de vigilância às exposições ocupacionais a patógenos sanguíneos em estabelecimentos de saúde brasileiros. Participaram da lista de discussão 607 trabalhadores de estabelecimentos de saúde de 337 cidades abrangendo todos os 27 estados da Federação. Adicionalmente, foram integrados participantes de

¹⁰ Disponível em: <www.riscobiologico.org>.

Cuba, 1; Uruguai, 2; Chile, 1; Peru, 2; Portugal, 11; e Estados Unidos, 3. O artigo apresenta as características dos participantes da lista de discussão – médicos, 19%; técnicos de saúde ocupacional, 8%; farmacêuticos, 7%; biólogos, 5% –, perfazendo um total de 2.078 sujeitos. Dentre eles, 559 (559/2.078 – 27%) eram ligados aos serviços de controle de infecção e 540 (540/2078 – 26%) eram profissionais da saúde ocupacional. Segundo a maioria (74%), é frequente a gestão dos acidentes envolvendo a exposição a sangue e a outros fluidos corporais.

Os participantes mantiveram-se inscritos na lista durante (em média) dois anos, denotando, segundo afirmações dos autores, elevado interesse e qualidade dos assuntos livremente pautados. Quanto a estes, predominaram cuidados relacionados às infecções em geral e questões relacionadas aos resíduos hospitalares. Apenas 16% das mensagens foram atinentes aos temas centrais – gestão e prevenção de exposições ocupacionais e doenças infecciosas em TS. Os autores evocam a ausência de outros fóruns para ampliar o debate sobre as questões aventadas.

Inúmeros formulários e relatórios não impediram as subnotificações de acidentes perfurocortantes em três instituições de saúde (dois hos-

pitais e um laboratório), conforme relatos dos profissionais responsáveis por tais procedimentos. Silva e colaboradores (2011) contrastaram informações colhidas em diferentes níveis (dados das unidades, dados do setor responsável pela saúde do trabalhador e dados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro). Os autores evidenciaram inadequações no preenchimento dos formulários, lacunas de informação quanto ao perfil dos acidentados e registro das características dos respectivos acidentes.

Inúmeros formulários e relatórios não impediram as subnotificações de acidentes perfurocortantes em três instituições de saúde (dois hospitais e um laboratório), conforme relatos dos profissionais responsáveis por tais procedimentos.

Falta de organização na utilização dos formulários e dos fluxos de encaminhamento, medo das vítimas de perder o emprego ou o cargo, pouca importância atribuída à saúde dos trabalhadores foram os fatores associados às discrepâncias evidenciadas. Sugeriu-se desenvolver cursos de caráter permanente à distância para cobrir as lacunas de formação de pessoal.

5. EXPOSIÇÃO A AGENTES INFECCIOSOS E PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO

Os TS estão constantemente expostos aos agentes infecciosos e eles mesmos podem ser fonte de infecção para outros TS e para os próprios pacientes. Infecções nosocomiais afetam particularmente mulheres grávidas, recém-nascidos de baixo peso ou prematuros. Epidemias de doenças evitáveis por vacinação aumentam a morbidade e mortalidade de recém-nascidos de baixo peso e são graves porque exigem quarentena de pacientes e TS. Santos e colaboradores (2008) estudaram a história de vacinação e avaliaram os níveis de anticorpos contra difteria, tétano e varicela em 96,8% dos TS de duas unidades neonatais no hospital da Universidade de São Paulo.

Viu-se que a maioria se encontrava imunizada apesar da raridade do registro de vacinação (somente nove sujeitos apresentaram o cartão de vacinação); 200 mostraram-se completamente protegidos. Nenhum dos sujeitos estava susceptível a tétano ou varicela, embora uma porcentagem não estivesse completamente protegida contra difteria e tétano. Isto demonstra necessidade de receber dose de reforço da vacina nos próximos dez anos.

Em suma, a maioria dos TS em duas unidades neonatais pesquisados eram imunes à difteria, tétano e varicela. No entanto, seriam indicadas doses de reforço da difteria, tétano e coqueluche acelular para todos os TS. No caso da varicela, deve-se examinar os níveis de anticorpos entre aqueles TS sem uma história clara de antecedentes da doença e os casos susceptíveis. Os autores sugerem a imunização contra varicela já no próprio exame admissional.

Oliveira e colaboradores (2007) encontraram a prevalência de 38,7% de infecção pelo *Mycobacterium Tuberculosis*, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos que desenvolvem atividades administrativas, assistenciais e de higienização no hospital universitário de Campo Grande (MS). Os autores alertam para a necessidade de implantação da biossegurança em tuberculose como norma técnica e da triagem tuberculínica no período de formação acadêmica e para os recém-admitidos em estabelecimentos de saúde.

Na Costa do Marfim, Kassim e colaboradores (2000) avaliaram se os TS estariam sob risco aumentado de tuberculose (TBC) por contaminação no ambiente de trabalho. Os pesquisadores entraram em contato com os TS em seus locais de trabalho para aplicar o questionário versando sobre fatores socioeconômicos, demográficos, vínculos de trabalho anteriores, exposição a riscos de TBC, histórico da vacinação Bacilo Calmette-Guérin (BCG). Na etapa seguinte do estudo, foram realizados testes tuberculínicos e radiografias de tórax. A prevalência mais elevada de casos positivos ao teste tuberculínico foi encontrada no grupo de sujeitos que trabalhava em serviços com concentração de pacientes com TBC. Ademais, a prevalência mostrou-se mais elevada entre os TS com mais contato, direto ou indireto, com os pacientes quando comparado ao grupo que, apesar de trabalhar em ambientes hospitalares, está em contato mínimo com o usuário. Os autores finalizam concluindo que os TS da Costa do Marfim estão sob risco de transmissão nosocomial de TBC, infecção adquirida por doentes ou profissionais de saúde, em meio hospitalar.

Infecções respiratórias virais são responsáveis por atendimentos nas emergências e internações. Bellei e colaboradores (2007) realizaram o primeiro estudo avaliando a etiologia das infecções respiratórias entre TS brasileiros.

Infecção por influenza é de grande preocupação devido à morbidade e à mortalidade a ela associada. Os TS estão em alto risco de infecção devido à exposição a pacientes doentes, bem como à comunidade em geral. Os surtos de influenza sazonal em ambientes sanitários podem ter significativo impacto sobre os pacientes, TS e o próprio sistema de saúde. Os pacientes têm aumentado o risco de adquirir a doença quando são tratados por TS que foram expostos anteriormente. Lamenta-se que os profissionais da saúde infectados por influenza sejam autorizados a trabalhar apesar dos sintomas (Rice, 2010).

Estudos em outros países indicam que a taxa de adesão à vacinação contra influenza é geralmente abaixo de 30%. Apesar do acesso sem custos na maioria dos estabelecimentos de saúde, a adesão também é baixa entre TS. Vários estudos têm mostrado que a vacinação contra influenza reduz o absenteísmo dos TS e a mortalidade dos pacientes internados. Inúmeros fatores explicam maior adesão: idade mais avançada do TS, vacinação prévia contra a gripe e contato com os pacientes hospitalizados. Contudo, diferentes fatores se constituem barreiras para a vacinação: percepção da pouca eficácia da vacina, experiência de efeitos adversos, equívocos sobre a eficácia da vacinação e seus efeitos colaterais, falta de tempo, pessoas pouco afeitas ao uso de injeções ou de medicações em geral.

Takayanagi e colaboradores (2007) analisaram os fatores associados à adesão e à não adesão à vacinação contra a gripe em 258 TS do hospital universitário de São Paulo (SP), onde os TS com sintomas respiratórios não são proibidos de comparecer para trabalhar. Anualmente, o hospital oferece vacinação livre de custos. A amostra do estudo se refere aos profissionais inseridos em setores de maior vulnerabilidade: transplante de medula óssea, creche, diálise, geriatria, hematologia, transplante de fígado, unidade de terapia intensiva e unidade de transplante renal.

Com relação à gripe, 94% afirmam ter ido ao trabalho apesar de atingidos pela gripe influenza; 58% responderam que já foram acamados por causa de um surto de gripe forte;

e 41% responderam que cuidaram de pacientes em vigência de sintomas de gripe aguda.

Encontrou-se taxa de 34,4% de adesão à vacinação: 44% sabiam da eficácia da vacina; 23% conheciam a periodicidade das doses; 19% conheciam os efeitos adversos. Incorretamente, 4% dos entrevistados afirmaram que a vacina pode causar a gripe.

A ideia equivocada de associar a doença aos efeitos da vacina se mantém devido à infecção por rinovírus, de alta prevalência, que se confunde com influenza. A disseminação nosocomial desses agentes infecciosos respiratórios segue uma sazonalidade padrão, com o pico de incidência nos meses de inverno, refletindo a atividade da doença na comunidade.

Baseado em Assunção (2012)

A imunização de TS, além de atingir a infectividade da doença, tem importante efeito sobre o comportamento de imunização de pacientes. TS imunizados são mais convincentes para recomendar a vacinação aos seus pacientes. No caso da influenza, há discrepância entre o número expressivo de TS (72,1% em geral, 88,3% dos médicos) que reconhecem a importância da vacinação e a proporção real de imunizados, 30,2% em alguns estudos (Abramson & Levi, 2008). Tal discrepância entre intenção e gesto enfatiza a necessidade de identificar e de superar barreiras.

Fatores estruturais são aparentes: 18,4% dos não vacinados alegam falta de tempo, esquecimento ou fraquezas no acesso. Todos são razões técnicas de fácil superação. Outros fatores evocam medidas educativas, como a crença (15,1% dos respondentes) de que a vacina pode provocar a doença. A ausência de recomendação médica também foi alegada pelos respondentes não vacinados.

Especialistas em saúde pública, organizações prestadoras de serviços e advogados dos pacientes concordam que os TS que prestam assistência direta aos usuários devem receber a vacina anualmente. Como resultado, os centros de saúde têm utilizado várias estratégias para adesão aos serviços de imunização, incluindo campanhas de vacinação, acesso aos serviços, declarações nos casos de recusa à adesão (o funcionário declara que recebeu informações sobre os riscos e benefícios da vacina contra gripe), programas de educação e possível utilização de incentivos financeiros para estimular a vacinação. Apesar desses esforços, a taxa de cobertura entre TS permanece abaixo de 40%.

Algumas organizações têm instituído vacinação obrigatória contra a gripe e um estado americano promulgou regulamentos tornando obrigatória a vacinação contra a gripe sazonal e contra a gripe H1N1. O enfrentamento judicial entre o Hospital Virginia Mason e a Associação das Enfermeiras do Estado de Washington (Washington State Nurses Association – WSNA) foi problematizado em artigos científicos.

A WSNA se opôs à obrigatoriedade da vacina e buscou a justiça, obtendo ganho de causa. O hospital recorreu da decisão que favoreceu as enfermeiras. Para a WSNA, o programa teria provocado inadmissível alteração nas normas laborais, sem negociação coletiva, mais do que garantir a segurança do paciente e o controle de infecção.

A Constituição dos EUA reconhece o direito dos indivíduos de recusar tratamento médico, e as leis de trabalho dos EUA reconhecem o direito dos indivíduos de formar sindicatos e negociar coletivamente sobre os termos e condições de emprego na ausência de políticas públicas abrangentes que limitam o poder de negociação (Stewart & Rosenbaum, 2010; Gilbert *et al.*, 2010).

A abordagem qualitativa por meio de grupos focais explorou os pontos de vista de TS sobre as baixas taxas de vacinação, apesar das campanhas e seus métodos de convencimento em todos os setores de dez estabelecimentos de saúde na Colúmbia Britânica. As análises evidenciam sentimento de frustração dos TS diante do reducionismo das campanhas de vacinação, com pouco ou nenhum suporte de informações ou de fontes científicas (Yassi *et al.*, 2010).

Os TS entrevistados expressaram a necessidade de se expandir o espectro da ação, incorporando princípios básicos de controle de infecções e de estilos de vida saudáveis. Eles sentiram que atuais campanhas de vacinação de influenza foram realizadas isoladamente de outras atividades de 'promoção da saúde', e eles teriam desejado abordagem global e ações contínuas no âmbito da saúde e da segurança. Também foram feitas críticas ao caráter punitivo da obrigatoriedade e da dispensa sem vencimentos nos casos de recusa da vacina em períodos de epidemia. Os TS percebem existir pressão e temem por algum tipo de punição vinda da gerência no caso de não optarem pela vacinação. Finalmente, salientaram a importância da disponibilidade e do fácil acesso no local de trabalho como sendo fator-chave para a adesão.

6. SITUAÇÃO DE SAÚDE E MORBIDADES

A síndrome de *burnout*¹¹ é um transtorno vivido como uma reação à tensão emocional crônica causada pelo contato excessivo com pessoas. Ezaias e colaboradores (2010) estudaram 160 TS de um hospital público de Londrina (PR). Os autores identificaram alto grau de exaustão emocional, alto grau de despersonalização e baixa realização profissional.

Silva e Menezes (2008) estudaram a prevalência da síndrome do esgotamento profissional e de transtornos mentais comuns (TMC) em ACS de seis UBS de uma região do município de São Paulo. Os autores observaram que a relação com a equipe e com a comunidade foram aspectos associados ao esgotamento profissional da maioria dos ACS (84,4%).

Foram observados níveis moderados ou altos de exaustão emocional, despersonalização e decepção; 24,1% dos entrevistados apresentavam síndrome do esgotamento profissional. A prevalência de TMC foi de 43,3% e associou-se a maiores níveis de exaustão emocional e decepção. O risco de TMC foi maior entre mulheres e entre aqueles sujeitos agindo em microáreas de risco e que faltaram duas ou mais vezes no trabalho no mês anterior.

A exaustão emocional e o fato de atuar em uma comunidade na qual mais de 20% das famílias cadastradas tinham o lixo queimado ou desprezado a céu aberto (indicadores de vulnerabilidade social) foram as duas características preditoras de maior chance de apresentar despersonalização moderada ou alta. Para os autores, é plausível que trabalhar em um contexto de condições socioeconômicas precárias esteja provocando a elaboração de mecanismos de enfrentamento que podem culminar na despersonalização (Silva & Menezes, 2008).

...é plausível que trabalhar em um contexto de condições socioeconômicas precárias esteja provocando a elaboração de mecanismos de enfrentamento que podem culminar na despersonalização.

Braga, Carvalho e Binder (2010) encontraram prevalência de 42,6% de TMC na amostra 378 trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). Não se observaram diferenças significativas quando as categorias profissionais foram comparadas. Viu-se que maioria dos TS estava exposta a situações de altas demandas

¹¹ A síndrome de *burnout* envolve três componentes relacionados, porém independentes: a exaustão emocional (carência de energia, sentimento de esgotamento), a despersonalização (insensibilidade emocional) e baixa realização no trabalho (insatisfação com o desenvolvimento profissional e autoavaliação negativa) (Ezaias *et al.*, 2009).

psicológicas no trabalho. Apesar de insatisfeitos com a remuneração, o reconhecimento profissional e a ascensão na carreira, os respondentes consideraram apropriadas as seguintes condições de trabalho: duração adequada da jornada, curto deslocamento trabalho-casa-trabalho, fruição regular de férias, flexibilidade do horário, realização de cursos de

capacitação, possibilidade de informar à chefia sobre o andamento do trabalho e tratamento dado pela chefia às informações sobre o trabalho. As autoras salientam a ausência de associação entre o desfecho e as variáveis sociodemográficas, sugerindo ampliar a investigação sobre o papel das condições de vida e de trabalho no desenvolvimento de TMC.

No Chile, Guic e colaboradores (2006) estudaram estressores ocupacionais preditores de estresse emocional e físico, buscando identificar moduladores individuais desses efeitos em uma amostra de 129 funcionários de centros de saúde de Santiago. A percepção de baixa demanda laboral e de menor apoio da hierarquia associou-se à maior prevalência de relatos de sintomas físicos de estresse. A sensação subjetiva de não conseguir fazer o necessário para melhorar a saúde das pessoas atendidas mostrou-se alinhada à percepção de falta de autonomia e de falta de controle no trabalho, ambas preditoras de elevado nível de estresse no grupo de sujeitos estudados. Entre as estratégias de enfrentamento adotadas pelos sujeitos mostraram-se positivas as seguintes: a) buscar informação; b) pedir ajuda; c) incentivar as mudanças que possam resolver conflitos interpessoais nos centros de saúde.

O estresse resultaria não somente das demandas e das condições de trabalho, pois os efeitos surgiriam quando a demanda percebida excede a percepção que o indivíduo tem de sua habilidade para enfrentá-la.

De Marco e colaboradores (2008) contrapõem as mutações na assistência em saúde mental derivada da reforma da assistência psiquiátrica brasileira à falta de investimentos em recursos humanos no referido setor e suas consequências quanto à falta de profissionais qualificados,

achatamento salarial e não reposição de pessoal para explicar o aumento da sobrecarga de trabalho sentida pela equipe, os altos níveis de estresse, *burnout* e sintomas depressivos e ansiosos. Ao adotar tais dispositivos explicativos, os autores avaliaram, por meio de instrumentos específicos, as articulações entre carga de trabalho em saúde mental, satisfação profissional, qualidade de vida e presença de sintomas psiquiátricos menores em 203 profissionais de saúde mental do Departamento de Psiquiatria da

Universidade Federal de São Paulo/
Escola Paulista de Medicina.

Utilizando-se de estudos de regressão linear múltipla, os autores examinaram se o impacto da sobrecarga de trabalho na lida com paciente psiquiátrico é fator preditivo de pior qualidade de vida, maior sintomatologia psiquiátrica e menor satisfação profissional. Os resultados obtidos evidenciaram que entre as profissões pesquisadas, os terapeutas ocupacionais e os assistentes sociais sofrem maior impacto do trabalho. Os fatores que contribuíram para os elevados índices foram constante exposição às angústias e dificuldades dos pacientes.

Os terapeutas ocupacionais que atuam em serviços de saúde mental estão expostos às angústias e às dificuldades dos pacientes, sobretudo enfrentam

“a resistência que muitos pacientes têm em mudar condições de vida que antes não traziam consequências desagradáveis, mas que agora contribuem para situações difíceis” (De Marco *et al.*, 2008: 182).

Os assistentes sociais se veem, no curso de suas tarefas, diante do paradoxo entre, por um lado, vivenciar situações de poder em relação ao cliente, e, por outro lado, falta de autonomia em relação à instituição e aos recursos. Talvez o profundo interesse pelo sofrimento humano que caracteriza as pessoas que optam para trabalhar na assistência

social torne esses profissionais mais sensíveis às mazelas do indivíduo a quem prestam os seus serviços.

Trabalhar com profissionais competentes e referenciados na área, deparar com sucesso nos tratamentos empregados, aprender e participar constantemente de estudos e pesquisas são aspectos positivos valorizados pelos TS inseridos em instituições universitárias e explicam o baixo impacto sentido pelos profissionais de saúde mental em consequência do trabalho diário com pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos.

Siqueira e colaboradores (2009) estudaram a prevalência de sedentarismo em uma amostra de 3.347 TS da atenção básica nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Os autores utilizaram um escore abaixo de 150 minutos por semana como ponto de corte para classificar os profissionais como sedentários. A prevalência de sedentarismo em profissionais da saúde das duas regiões pesquisadas foi de 27,5%. Entre os profissionais da região Sul, o percentual foi de 28,2%, ao passo que para os profissionais da região Nordeste foi 27%. Quanto maior o nível socioeconômico dos TS, maior o sedentarismo entre eles. Para os autores, é plausível considerar que as práticas de deslocamento ativo, os serviços domésticos pesados e a atividade física pesada no trabalho sejam mais frequentes entre os mais pobres.

O estudo evidenciou associação entre sedentarismo dos TS e a falta de uso de protocolos (que instigam a atividade física) no atendimento aos usuários. Desse modo, confirmam-se os indícios anteriores que sinalizam, de um lado, maior interesse e implicação dos TS em estimular os pacientes a adotarem práticas cujos benefícios são conhecidos por eles próprios em suas experiências pessoais. De outro lado, os TS extraem aprendizados para si mesmos ao aplicarem os protocolos aos usuários.

O objetivo de Garcia, Höfelmann e Facchini (2010) foi investigar a prevalência de autoavaliação negativa de saúde e sua associação com condições de trabalho em uma amostra de 1.249 TS da atenção primária de Florianópolis (SC). Os autores encontraram a taxa de 21,8%, sendo a maior prevalência observada entre assistentes odontológicos (35,7%) e a mais baixa entre os médicos (10,6%).

Os resultados evidenciam elevada carga de trabalho (59,7% dos respondentes) e condições inadequadas de trabalho (42,5% dos respondentes); 67,8% dos TS relataram sintomas musculoesqueléticos. Encontrou-se a proporção de um terço (32,7%) de fumantes e 10,93% de obesos.

Trabalhadores que informaram sintomas musculoesqueléticos tiveram o risco 169% maior de relatarem

autoavaliação negativa de saúde quando comparados àqueles que não relataram tais sintomas. Um elevado escore de carga de trabalho permaneceu associado com o desfecho, o que sugere uma associação entre condições de trabalho e autoavaliação de saúde.

No estudo Isosaki e colaboradores (2011), 89% dos trabalhadores (n = 115) do serviço de nutrição de um hospital de cardiologia, em São Paulo, referiram dor ou desconforto relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses, sendo as regiões do corpo mais citadas as seguintes: membros inferiores (65%), ombros (55%), região lombar (39%), região cervical (37%), mãos/punhos/dedos (29%), coluna (28%), antebraço (28%) e cotovelos (10%). O movimento de andar e de transportar carga durante as atividades diárias foi a causa mais citada para os sintomas (31%), seguido da postura em pé (16%). A piora ocorria também com o movimento de deambulação (38%) e a melhora somente com o uso de medicamento (39%). Apesar das dores, a maioria não se afastou do trabalho, o que sugere a utilização de estratégias como a automedicação e a procura de assistência médica somente em situações mais graves. Segundo os próprios trabalhadores, o uso de medicamentos é o que ocasiona a melhora dos sintomas.

Entre os TS do SUS de Belo Horizonte, a prevalência de distúrbios musculoesqueléticos (DME) relacionada a qualquer um dos três segmentos corporais foi de 49,9%: 21,7% referiram dor em apenas um dos três segmentos corporais analisados; 16,1% em dois segmentos e 12,1% nos três segmentos. No tocante às características do trabalho, as maiores prevalências de DME foram observadas no grupo

que relatou desequilíbrio entre as exigências das tarefas e os recursos disponíveis; entre os trabalhadores expostos a condições ambientais precárias quando comparadas às taxas encontradas no grupo de respondentes expostos a ótimas condições; entre aqueles que desempenhavam tarefas de alta demanda física e também entre aqueles com alta sobrecarga doméstica (Barbosa *et al.*, 2012).

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

No Canadá, Russo e colaboradores (2002), reconhecendo a adoção e a manutenção de posturas extremas para manipular e aplicar o transdutor contra o corpo do paciente durante exames de ultrassonografia, descreveram a prevalência de sintomas musculoesqueléticos e possíveis associações com fatores sociodemográficos, individuais, físicos, organizacionais e psicossociais entre os ultrassonografistas.

A maioria dos respondentes (192/91%) ao questionário autoaplicado relatou dor ou desconforto, principalmente, no membro superior, pescoço e dorso, coincidindo com as regiões mais solicitadas durante as tarefas com o equipamento. Em mais da metade da amostra os sintomas eram frequentes e foram considerados graves; consultaram um médico 65% dos sujeitos pertencentes ao grupo que relatou sintomas; aproximadamente dois terços receberam diagnóstico. Apesar da elevada prevalência de pacientes sintomáticos e de diagnósticos confirmados, apenas uma pequena percentagem de sujeitos relataram faltar ao trabalho, reduzir a jornada ou buscar benefícios trabalhistas ou previdenciários. A frequência e a gravidade dos sintomas podem estar associadas ao aumento do número de horas dedicadas à sessão de varredura durante uma jornada de trabalho.

7. LIÇÕES APRENDIDAS. E O FUTURO?

Paradoxos e debilidades no setor saúde quando o tema é a proteção à saúde dos TS podem ser exemplificados pelo caso do diclorodifeniltricloreto (DDT). Os procedimentos para controlar a malária utilizando DDT expuseram os trabalhadores da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Pensando no futuro, como aproveitar as lições aprendidas para evitar os custos de tais procedimentos que são benéficos para os usuários, mas nocivos para os TS?

Desde 1954, três milhões de casas na região da Amazônia foram dedetizadas. Em decorrência das ações de controle da malária, milhares de trabalhadores foram expostos entre 1945 a 1997. A exposição ocorre por meio da inalação durante a aplicação do inseticida, contato da pele e ingestão de alimentos e água contaminados.

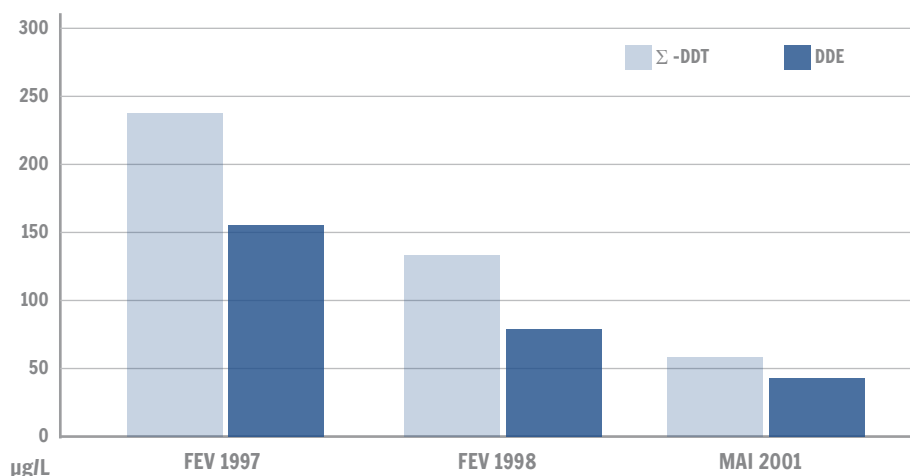
Em 1970, verificou-se queda importante de casos de malária. Tem-se que assumir: o sucesso no controle da doença se deu às custas da saúde dos TS. Notar que apesar de ter sido banido desde 1987 em todos os usos agrícolas¹², somente dez anos depois a Funasa proibiu o seu uso em todo programa de controle dos vetores da malária.

...o sucesso no controle da doença se deu às custas da saúde dos TS. Notar que apesar de ter sido banido desde 1987 em todos os usos agrícolas, somente dez anos depois a Funasa proibiu o seu uso em todo programa de controle dos vetores da malária.

Desde então, centenas de trabalhadores têm sido monitorados (saúde geral e avaliação sorológica). Ferreira, De-Oliveira e Paumgarten (2011) avaliaram 119 trabalhadores que realizaram atividades de controle da malária na região amazônica. Constataram-se altos níveis de concentração da soma de resíduos de DDT, mais elevados do que aqueles encontrados na população geral do Rio de Janeiro. A avaliação de saúde dos TS evidenciou morbidades possivelmente associadas à ocupação e às condições de trabalho. Registra-se que 91 (n=119) dos TS avaliados tiveram múltiplos episódios da malária, doença-alvo do seu trabalho. Hipertensão, alcoolismo, sintomas neuropsicológicos (depressão, ansiedade, insônia) sobrepeso e obesidade foram altamente prevalentes na amostra estudada (Figura 5).

¹² O uso de DDT na saúde pública foi autorizado até 1997, quando foi proibido pela Funasa. Em 2009, o Congresso Nacional aprovou a lei n. 11.936 que proíbe a fabricação, a importação, a exportação, a manutenção em estoque, a comercialização e o uso de DDT.

FIGURA 5
Níveis de DDT e
DDE em amostras
sanguíneas de
trabalhadores de
acordo com o ano
do exame (Ferreira,
De-Oliveira e
Paumgarten, 2011)



Progressos terapêuticos também são fonte de adoecimento dos TS. Tome-se o exemplo da exposição a radio-nuclídeos (Lucena *et al.*, 2007). São átomos com núcleos instáveis, que emitem radiação, podendo ligar-se quimicamente a outras moléculas que apresentam uma afinidade particular para determinado processo fisiológico, órgão ou tecido dos organismos. Os compostos resultantes desta ligação química têm o nome de radiofármacos e permitem, depois de administrados ao doente, visualizar o funcionamento do órgão ou tecido para o qual têm afinidade. Por exemplo, quando se administra um radiofármaco com afinidade para o osso, obtém-se uma cintilografia óssea.

Entre eles, Iodo 131 é amplamente aplicado para fins de diagnóstico e terapêutica. É altamente volátil. Representa um perigo radiológico ocupacional, especialmente em lugares

onde são rotineiramente manipulados em atividades fundamentais.

Um grupo de sete trabalhadores, que manipulam radioiodo no Centro de Medicina Nuclear do Hospital da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), foi monitorado para identificação e quantificação de amostras de Iodo 131 na tireoide (câmara gama) e na urina.

Todos os sete trabalhadores monitorados apresentaram resultados positivos em amostras de urina. Os autores recomendam que os centros de medicina nuclear, nos quais grandes quantidades de Iodo 131 são manipuladas, devem implementar programas de monitoramento utilizando uma câmara gama para controlar a exposição dos trabalhadores.

Constatou-se que as atividades intelectuais e relacionais, bem como as tarefas de organização e de coorde-

nação, estão associadas aos vários desfechos mórbidos em seus diferentes matizes (queixas, sintomas, insatisfação, doenças e acidentes). Ainda assim os resultados apresentados permitiram contestar a ideia de um recuo das exigências físicas e musculares do trabalho porque a saúde dos trabalhadores da saúde se mostrou ameaçada por posturas adotadas durante o manejo de equipamentos, distâncias percorridas pelos agentes, restrições espaciais para operar etc.

A impossibilidade de poder se sentir realizado no trabalho atinge a vida psíquica. As dificuldades encontradas para a realização da atividade e as limitações no poder de agir dos trabalhadores são nocivas para a saúde ao restringirem a capacidade de instituir novas normas em situações inusitadas: “O patológico implica em um sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada” (Canguilhem, 1976: 187). O julgamento que os trabalhadores elaboram sobre os resultados obtidos em suas jornadas e o fato de contar ou não com o apoio dos colegas e da hierarquia exercem influência sobre a situação de saúde e parecem estar articulados à satisfação no trabalho e à construção de sentidos.

A sensação subjetiva de não conseguir fazer o necessário para melhorar a saúde das pessoas atendidas se mostrou alinhada à percepção de falta de autonomia e de falta de controle no trabalho, ambas preditoras de elevado nível de estresse no grupo de sujeitos estudados.

O julgamento que os trabalhadores elaboram sobre os resultados obtidos em suas jornadas e o fato de contar ou não com o apoio dos colegas e da hierarquia exercem influência sobre a situação de saúde e parecem estar articulados à satisfação no trabalho e à construção de sentidos.

Vivências cotidianas no ato de cuidar e na lida com regras e dispositivos de controle desenhados pela gestão foram associadas aos eventos mórbidos, seja por aumentarem a vulnerabilidade aos agentes agressores, seja por se mostrarem contraditórias aos preceitos que orientam a atividade em si. A vulnerabilidade atingiu distintamente os grupos ocupacionais e diferenciais de gênero foram evidenciados.

Os pressupostos teóricos desenvolvidos pelos autores sinalizam a força e a centralidade da categoria ‘processo

de trabalho'. Contudo, os autores trouxeram outras linhagens e escolas que se mostraram coerentes às abordagens desejadas no campo da saúde do trabalhador da saúde.

O corpo de conhecimentos citado, a visibilidade de situações inesperadas (o reconhecimento da escabiose como doença ocupacional, por exemplo) e mesmo o reconhecimento das mobilizações afetivas são devedores do esforço epistemológico, no qual se destacaram empreendimentos investigativos ancorados em abordagens e perspectivas clínicas do trabalho, como a psicodinâmica do trabalho, a ergonomia da atividade, a ergologia e a clínica da atividade; em abordagens sociológicas ou antropológicas; em fundamentações fenomenológicas; em pesquisa / intervenção, dentre outras.

A presente revisão indica a diversidade de exposição e os gradientes de vulnerabilidade relacionados aos grupos ocupacionais, como se viu no caso dos trabalhadores que combateram a malária, no grupo de terapeutas ocupacionais e assistentes sociais que atuam em serviços de saúde mental e no grupo do ACS. Indica também situações extremas, como autorização para trabalhar apesar de acometidos pela influen-

za em áreas nas quais os pacientes deveriam estar isolados em virtude dos quadros de imunodeficiência ou outros.

A baixa taxa de adesão à vacinação contra influenza associada ao desconhecimento dos trabalhadores é inaceitável. Sugeriu-se esclarecer sobre outros agentes das infecções respiratórias para ajudar os TS a avançar em suas concepções sobre a eficácia da vacina contra influenza.

Tais situações convocam a elaboração de um sistema de vigilância à saúde dos TS que dê conta das especificidades mencionadas, ampliando o enfoque tradicional em favor de uma ótica que privilegie o significado do trabalhar na saúde.

Outra situação inaceitável: os trabalhadores se automedicam e continuam trabalhando a despeito das dores musculares. Tais situações convocam a elaboração de um sistema de vigilância à saúde dos TS que dê conta das especificidades mencionadas, ampliando o enfoque tradicional em favor de uma ótica que privilegie o significado do trabalhar na saúde.

QUADRO 3

Organização dos artigos segundo autores, ano, amostra e número de sujeitos e/ou exposições

| | AUTORES, ANO | AMOSTRA DO ESTUDO | NÚMERO DE SUJEITOS, EXPOSIÇÕES REGISTRADAS |
|-------------|-----------------------------------|---|---|
| 2007 | | | |
| 1 | Takayanagi <i>et al.</i> (2007) | Pessoal de saúde | n=258 |
| 2 | Almeida e Benatti (2007) | Pessoal de saúde | n=379 prontuários |
| 3 | Rapparini <i>et al.</i> (2007) | Pessoal de saúde | n=15.035 relatos de exposição em sistema vigilância |
| 4 | Buss e Fröde (2007) | Pessoal de saúde/setor público | n=260 |
| 5 | Trindade <i>et al.</i> (2007) | Agentes comunitários do PSF | n=5 |
| 6 | Santos, Soares e Campos (2007) | Enfermeiros de unidade básica de saúde | n=16 (estudo qualitativo) |
| 7 | De Oliveira <i>et al.</i> (2007) | Pessoal de saúde em hospital universitário | n=194 |
| 8 | Bellei <i>et al.</i> (2007) | Pessoal de saúde em hospital universitário | n=203 |
| 9 | Chiodi, Marziale e Robazzi (2007) | Pessoal de saúde, unidades de saúde pública | n=62 acidentes de trabalho com material biológico |
| 10 | Lucena <i>et al.</i> (2007) | Estudo experimental para testar técnicas de avaliação de exposição radionuclear | n=7 |
| 11 | Paraná <i>et al.</i> (2007) | Pessoal de saúde | n=646 |
| 12 | Rapparini <i>et al.</i> (2007) | Pessoal de Saúde | n=2.078 |
| 2008 | | | |
| 1 | Garcia e Facchini(2008) | Pessoal de saúde da atenção primária | n=1.249 |
| 2 | Tomasi <i>et al.</i> (2008) | Pessoal de saúde | n=4.749 |
| 3 | Prado <i>et al.</i> (2008) | Pessoal de saúde | n=25 notificações |
| 4 | Hass, Henrique e Demarzo (2008) | Unidades básicas de saúde = 13 postos de trabalho | Estudo de caso – condições ergonômicas |
| 5 | Hennington (2008) | A gestão dos processos de trabalho em saúde | Ensaio – processo de trabalho em saúde |
| 6 | De Marco <i>et al.</i> (2008) | Pessoal de saúde mental de serviço universitário | n=203 |
| 7 | Silva e Menezes (2008) | Agentes comunitários de saúde | n=141 |
| 8 | Fadel <i>et al.</i> (2008) | Pessoal de saúde do sistema público de saúde | n =78 |
| 9 | Garcia e Blank (2008) | Auxiliares de odontologia, odontólogos | n=393 |
| 10 | Oliveira e Chaves-Maia (2008) | Pessoal de saúde em hospitais públicos | n=95 |
| 11 | Lopes <i>et al.</i> (2008) | Equipe do atendimento pré-hospitalar | n=238 |
| 12 | Dos Santos <i>et al.</i> (2008) | Pessoal de saúde em unidade neonatal | n=215 |
| 13 | Ishara, Bandeira e Zuardi (2008) | Pessoal de saúde mental de seis serviços psiquiátricos | n=136 |
| 14 | Rebouças <i>et al.</i> (2008) | Pessoal de saúde mental de serviços comunitários e hospitalares | n=133 |

| 2009 | | | |
|------|-------------------------------------|---|--|
| 1 | Murofuse (2009) | Pessoal de saúde do setor público de saúde de 22 municípios | n=939 |
| 2 | Maciel <i>et al.</i> (2009) | Pessoal de saúde | Artigo de revisão |
| 3 | Reinhardt e Fischer (2009) | Pessoal de saúde | Artigo de revisão |
| 4 | Da Costa <i>et al.</i> (2009) | Pessoal de saúde | n inicial (1º teste): 1336 n (reteste) =599 |
| 5 | Sarquis <i>et al.</i> (2009) | Pessoal de saúde atendido no hospital do trabalhador | n=450 prontuários de trabalhadores expostos líquidos biológicos |
| 6 | Garcia e Facchini (2009) | Pessoal de saúde em Atenção Primária | n=1.077 |
| 7 | Lancman <i>et al.</i> (2009) | Equipes do PSF | n= 65 / sujeitos em grupos de psicodinâmica |
| 8 | Cezar-Vaz <i>et al.</i> (2009) | Equipes do PSF | n=48 estudo qualitativo |
| 9 | Lima Júnior, Alchieri e Maia (2009) | Pessoal de saúde em hospitais | n=213 |
| 10 | Oliveira <i>et al.</i> (2009) | Pessoal de saúde em hospital público | n=220 |
| 11 | Dinelli <i>et al.</i> (2009) | Pessoal de saúde em hospital universitário de alta complexidade | n=187 |
| 12 | Souza <i>et al.</i> (2009) | Enfermeiros de unidades de internação hospitalar | n=10 / observação participante e entrevistas sobre sistemas de improviso |
| 13 | Loureiro <i>et al.</i> (2009) | Enfermeiros e auxiliares de enfermagem | n=56 prontuários de TS acidentados |
| 14 | Siqueira <i>et al.</i> (2009) | Pessoal de saúde | n=3.347 |
| 15 | Sala <i>et al.</i> (2009) | Funcionários da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo | n=58.196 |
| 2010 | | | |
| 1 | Chiodi <i>et al.</i> (2010) | Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) de pessoal de saúde atendido no Centro de referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) de Ribeirão Preto | n=480 TS acidentados |
| 2 | Braga, Carvalho e Binder (2010) | Pessoal de saúde em Atenção primária | n= 378 |
| 3 | Garcia, Höfelmann e Facchini (2010) | Pessoal de saúde em Atenção primária | n=1.249 autopercepção de saúde |
| 4 | Pinto, De Menezes e Villa (2010) | Pessoal do PSF | n=190 |
| 5 | Guilarde <i>et al.</i> (2010) | Pessoal de saúde em hospital universitário | n=46 |
| 6 | Ezaías <i>et al.</i> (2010) | Pessoal de saúde em hospital público de média complexidade | n=160 |
| 7 | Jardim <i>et al.</i> (2010) | Estudantes de medicina. Os mesmos estudantes foram reavaliados 15 anos depois, já como profissionais. | n=100 (1ª fase) n=72 (2ª fase) |

| 2011 | | | |
|------|---|---|--|
| 1 | Isosaki <i>et al.</i> (2011) | Pessoal de saúde de um hospital público | n=115 |
| 2 | Machado e Machado (2011) | Profissionais de enfermagem em hospital público | n=389 |
| 3 | Silva <i>et al.</i> (2011) | Pessoal de saúde em hospitais públicos | n= 14 funcionários envolvidos no registro de acidentes |
| 4 | Silva <i>et al.</i> (2011) | Pessoal de saúde de um hospital público | n= 861 |
| 5 | Ferreira, De-Oliveira e Paumgarten (2011) | Pessoal de saúde – controle da malária | n= 119 |

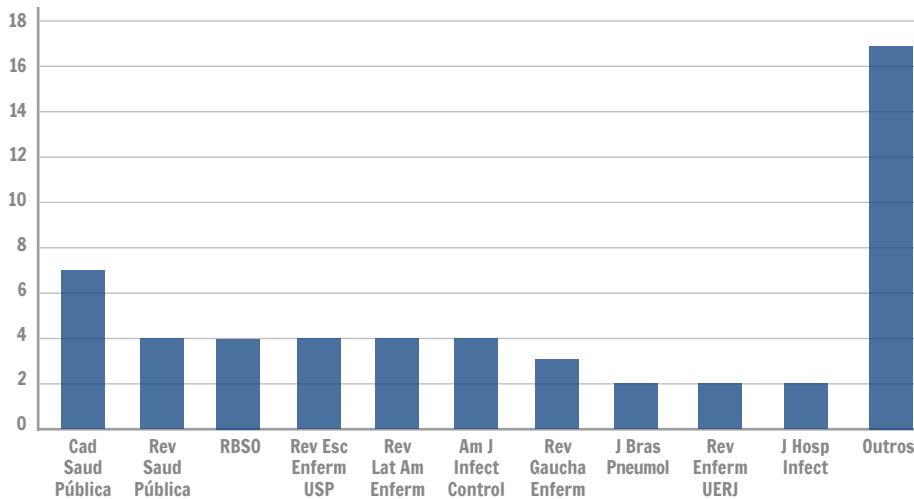


FIGURA 3
Número de artigos
por periódico

8. REFERÊNCIAS

ABRAMSON, Z. H. & LEVI, O. Influenza vaccination among primary healthcare workers. *Vaccine*, 26: 2.482-2.489, 2008.

AIKEN, L. H.; CLARKE, S. P & SLOANE, D. M. Hospital staffing, organizational support, and quality of care: Cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14, 5-13, 2002.

ALLIANCE MONDIALE POUR LES PERSONNELS DE SANTE. Organisation Mondiale de la Santé. Directives: mesures incitatives pour les professionnels de la santé. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2008.

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

ASSUNÇÃO, A. A. *Gestão das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde*. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2012. Disponível em <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3195.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2012.

BARBOSA, R. E. C.; ASSUNÇÃO, A. A. & ARAÚJO, T. M. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [no prelo].

BELLEI, N. *et al.* Influenza and rhinovirus infections among health-care workers. *Respirology*, 12: 100-103, 2007.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R. & BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(suppl.1): 1.585-1.596, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Exposição a Materiais Biológicos*. Brasília: MS, 2006.

BUSS, Z. S. & FRÖDE, T. S. Latex Allergen Sensitization and Risk Factors Due to Glove Use by Health Care Workers at Public Health Units in Florianópolis, Brazil. *Journal of Investigation Allergology and Clinical Immunology*, 17(1): 27-33, 2007.

CANGUILHELM, G. *El Conocimiento de la Vida*. Barcelona: Anagrama, 1976.

CEZAR-VAZ, M. R. *et al.* Risk perception in family health work: study with workers in southern Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6): 961-967, 2009.

CHIODI, M. B. *et al.* Acidentes registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Ribeirão Preto, São Paulo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2): 211-217, 2010.

CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P. & ROBAZZI, M. L. C. C. Occupational accidents involving biological material among public health workers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4): 632-638, 2007.

CLOT, Y. *A Função Psicológica do Trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2006.

COELHO, M. C. V.; ASSUNÇÃO, A. A. & BELISÁRIO, S. A. Employment and socio-demographic characteristics: a study on the precarization in the health districts in the city of Belo Horizonte, Brazil. *Journal of Human Resources for Health*, 2009. Disponível em: <<http://www.human-resources-health.com/content/7/1/56>>. Acesso em: 23 mai. 2012

COSTA, P. A. *et al.* Administrative measures for preventing Mycobacterium tuberculosis infection among healthcare workers in a teaching hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of Hospital Infection*, 72(1): 57-64, 2009.

D'AVILA L. S. *et al.* Drug dispensing and information giving in Belo Horizonte, Brazil. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(7): 643-657, 2010.

DE MARCO, P. F. *et al.* O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(3): 178-183, 2008.

DINELLI, M. I. S. *et al.* Immune status and risk perception of acquisition of vaccine preventable diseases among health care workers. *American Journal of Infection Control*, 37: 858-860, 2009.

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

EZAIAS, G. M. *et al.* Síndrome de burnout em trabalhadores de saúde em um hospital de média complexidade. *Revista Enfermagem Uerj*, 18(4): 524-529, 2010.

FADEL, C. B. *et al.* Interesse e satisfação profissional de quem atua em equipes do Programa Saúde da Família no Nordeste Paulista. *Revista Mineira de Enfermagem*, 12(1): 64-70, 2008.

FERREIRA, C. P.; DE-OLIVEIRA, A. C. & PAUMGARTTEN, F. J. Serum concentrations of DDT and DDE among malaria control workers in the Amazon region. *Journal of Occupational Health*, 53(2): 115-122, 2011.

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

GARCIA, L. P. & BLANK, V. L. G. Condutas pós-exposição ocupacional a material biológico na odontologia. *Revista de Saúde Pública*, 42(2): 279-286, 2008.

GARCIA, L. P. & FACCHINI, L. A. Exposures to blood and body fluids in Brazilian primary health care. *Occupational Medicine*, 59: 107-113, 2009?]

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

GARCIA, L. P.; HÖFELMANN, D. A. & FACCHINI, L. A. Self-rated health and working conditions among workers from primary health care centers in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(5): 971-980, 2010.

GILBERT, G. L.; KERRIDGE, I. & CHEUNG, P. Mandatory influenza immunization of health-care workers. *The Lancet Infectious Diseases*, 10: 3-5, 2010.

GUIC, S. E. *et al.* Estrés organizacional y salud en funcionarios de centros de atención primaria de una comuna de Santiago. *Revista Médica de Chile*, 134(4): 447-455, apr. 2006.

GUILARDE, A. O. *et al.* Acidentes com material biológico entre profissionais de hospital universitário em Goiânia. *Revista de Patologia Tropical*, 39(2): 131-136, 2010.

HAAS, G. G.; HENRIQUE, F. & DEMARZO, M. M. P. Condições ergonômicas em uma unidade básica de saúde recentemente informatizada de Florianópolis – SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 37(4): 27-31, 2008.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Revista de Saúde Pública*, 42(3): 555-561, 2008.

ISHARA, S.; BANDEIRA, M. & ZUARDI, A. W. Public psychiatric services: job satisfaction evaluation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1): 38-41, 2008.

ISOSAKI M. *et al.* Prevalência de sintomas osteomusculares entre trabalhadores de um Serviço de Nutrição Hospitalar em São Paulo, SP. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36 (124): 238-246, 2011.

JARDIM, T. S. V. *et al.* Fatores de risco cardiovascular em coorte de profissionais da área médica – 15 anos de evolução. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 95(3): 332-338, 2010.

JONGE J.; MULDER, M. J. G. P. & NIJHUIS, F. J. N. The incorporation of different demand concepts in the job demand-control model: effects on health care professionals. *Social Science and Medicine*, 8: 1149-1160, 1999.

KASSIM, S. *et al.* Tuberculin skin testing to assess the occupational risk of Mycobacterium tuberculosis infection among health care workers in Abidjan, Côte d'Ivoire. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 4(4): 321-326, apr. 2000.

LACAZ, F. A. C. *et al.* Gestão do trabalho e tecnologia na atenção básica do Sistema Único de Saúde em municípios do Estado de São Paulo. In: ASSUNÇÃO, A. A. & BRITO, J. (Orgs.). *Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

LANCMAN, S. *et al.* Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 43(4): 682-688, 2009.

LIMA JÚNIOR, J.; ALCHIERI, J. C. & MAIA, E. M. C. Avaliação das condições de trabalho em Hospitais de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3): 670-676, 2009.

LOPES, A. C. S. *et al.* Adesão às precauções padrão pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(6): 1.387-1.396, 2008.

LOUREIRO, L. A. *et al.* Adesão de profissionais de enfermagem ao seguimento clínico após exposição ocupacional com material biológico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(2): 303-308, 2009.

LUCENA, E. A. *et al.* Evaluation of internal exposure of nuclear medicine staff through in vivo and in vitro bioassay techniques. *Radiation Protection Dosimetry*, 127(1-4): 465-468, 2007.

MACHADO, M. R. M. & MACHADO, F. A. Acidentes com material biológico em trabalhadores de enfermagem do Hospital Geral de Palmas. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36 (124): 274-281, 2011.

MACIEL, E. L. N. *et al.* Tuberculose em profissionais de saúde: um novo olhar sobre um antigo problema. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(1): 83-90, 2009.

MUROFUSE, N. T. *et al.* Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3): 314-320, 2009.

OLIVEIRA, J. D. S. *et al.* Representações sociais sobre o risco ocupacional na perspectiva do trabalhador da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(1): 99-105, 2009.

OLIVEIRA, L. C. B. & CHAVES-MAIA, E. M. Saúde psíquica dos profissionais de saúde em hospitais públicos. *Revista de Saúde Pública*, 10(3): 405-413, 2008.

OLIVEIRA, S. M. V. L. *et al.* Prevalência da infecção tuberculosa entre profissionais de um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6): 1120-1124 2007.

PARANÁ, R. *et al.* Infection with hepatitis C virus among health care workers in the Brazilian Western Amazon Region (Rio Branco, state of Acre). *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 76(1): 165-169, 2007.

PINTO, E. S. G.; DE MENEZES, R. M. P. & VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3): 657-664, 2010.

PRADO, T. N. *et al.* Perfil epidemiológico dos casos notificados de tuberculose entre os profissionais de saúde no Hospital Universitário em Vitória (ES) Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(8): 607-613, 2008.

RAPPARINI, C. *et al.* Occupational exposures to bloodborne pathogens among healthcare workers in Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of Hospital Infection*, 65: 131-137, 2007a.

RAPPARINI, C. *et al.* Occupationally acquired infectious diseases among health care workers in Brazil: use of Internet tools to improve management, prevention, and surveillance. *American Journal of Infection Control*, 35: 267-270, 2007b.

REBOUÇAS, D. *et al.* O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3):624-632, 2008. Disponível em:

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

RICE, R. Is mandatory influenza vaccination for health care workers ethically permissible? *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 23(6): 56-58, 2010.

ROSS, R. S. *et al.* Risk of hepatitis C virus transmission from an infected gynecologist to patients: results of a 7-year retrospective investigation. *Archives of Internal Medicine*, 162: 805-810, 2002.

- RUSSO, A. *et al.* The prevalence of musculoskeletal symptoms among British Columbia sonographers. *Applied Ergonomics*, 33(5): 385-393, sep. 2002.
- SALA, A. *et al.* Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(10): 2.168-2.178, 2009.
- SANTOS, A. M. N. *et al.* Diphtheria, tetanus, and varicella immunity in health care workers in neonatal units. *American Journal of Infection Control*, 36: 142-147, 2008.
- SANTOS, V. C.; SOARES, C. B. & CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(Esp): 777-781, 2007.
- SARQUIS, L. M. M. *et al.* A adesão ao protocolo de monitoramento biológico entre trabalhadores de saúde. *Ciencia Y Enfermeria*, 15(2): 107-113, 2009.
- SILVA, A. I. D. *et al.* Acidentes com material biológico relacionados ao trabalho: análise de uma abordagem institucional. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36 (124): 265-273, 2011.
- SILVA, A. T. C. & MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42(5): 921-929, 2008.
- SIQUEIRA, F. C. V. *et al.* Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(9): 1.917-1.928, 2009.
- SMITH, D. R.; LEGGAT, P. A. & ARAKI, S. Emerging occupational hazards among health care workers in the new millennium. *Industrial Health*, 45(5): 595-597, 2007.
- SOUZA, N. V. D. O. *et al.* O trabalho da enfermagem e a criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. *Revista Enfermagem Uerj*, 17(3): 356-361, 2009.
- STEWART, A. M. & ROSENBAUM, S. Vaccinating the health-care workforce: state law vs. institutional requirements. *Public Health Reports*, 125(4): 615-618, 2010.
- TAKAYANAGI, I. J. *et al.* Attitudes of health care workers to influenza vaccination: why are they not vaccinated? *American Journal of Infection Control*, 35: 56-61, 2007.
- TOMASI, E. *et al.* Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(Supl. 1): 193-201, 2008.
- TRINDADE, L. L. *et al.* Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(4): 473-479, 2007.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS/NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA (UFMG/NESCON). *Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde*. Belo Horizonte: UFMG, 2007. (Cadernos Série Técnica 1). Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0942.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2011.
- YASSI, A. & WARSHAW, L. J. Asistencia Sanitaria: naturaleza y problemas de salud en el trabajo. In: *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*. 4. ed. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, 1998.
- YASSI, A. *et al.* Vaccination of health care workers for influenza: promote safety culture not coercion. *Canadian Journal of Public Health*, 101(suppl.1): S41-S45, 2010.
- ZAMPIERON, A. *et al.* European study on epidemiology and the management of HCV in the haemodialysis population: Part 1: center policy. *European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association*, 30: 84-90, 2004.

5

PROPOSTA DE UMA MATRIZ DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE

Jorge Mesquita Huet Machado

Neste capítulo busca-se apresentar uma proposta de orientação para a organização da vigilância em saúde do trabalhador (Visat) no setor saúde. A vigência das Diretrizes da Política de Promoção da Saúde dos Trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), desde a décima quarta Conferência Nacional de Saúde, prevê sua inserção no processo de gestão do SUS e a configuração de instância específica de governança setorial em saúde do trabalhador, com a criação do Comitê Permanente de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS articulado à Mesa de Negociação Nacional do SUS (MNNP-SUS). O objetivo do processo é a avaliação e a implementação das ações e planos em âmbito federal, estadual e municipal. Explicita-se a pertinência e o reforço dos espaços institucionais que oferecem uma perspectiva de construção de conteúdos de tais ações e planos.

Nesse sentido, partimos de uma reflexão sobre formas de abordagem que dinamizam tais ações, considerando as particularidades do setor e indicando caminhos metodológicos que se aproximem das situações de trabalho concretas tendo maiores impactos preventivos e de promoção da saúde.

A aproximação ao objeto saúde do trabalhador no setor saúde foi apre-

sentada de forma sistemática nos capítulos anteriores. Aqui faremos uma síntese de suas características, que devem ser observadas na construção de propostas de Visat no setor.

O trabalho no setor saúde é revestido de singularidades por se tratar de uma atividade voltada à reprodução social, regida simultaneamente pelas hierarquias próprias à gestão do trabalho e pelos conhecimentos e conceitos das corporações e práticas institucionais. A gestão define a estrutura organizacional e as condições de realização do trabalho. As corporações e instituições estabelecem orientações e regras que definem o cotidiano das atividades em tais serviços de saúde.

O trabalho no setor saúde é revestido de singularidades por se tratar de uma atividade voltada à reprodução social regida simultaneamente pelas hierarquias próprias à gestão do trabalho e pelos conhecimentos e conceitos das corporações e práticas institucionais.

A organização do setor saúde é forjada sob a tensão entre o efeito útil de produção de bem-estar, em atenção à sua missão característica de serviço de saúde, e o modo de acumulação desenvolvido em seu âmbito, caracterizado pela reprodução do capital no complexo produtivo da saúde (Gadelha, 2006).

A intervenção da Visat nos serviços de saúde convoca métodos passíveis de aportar elementos para a compreensão das dinâmicas e espaços institucionais. O estudo das dinâmicas e das transformações do cotidiano do trabalho é fundamental e se beneficiaria de abordagens ancoradas no conceito de atividade porque tal conceito permitiria articular distintas dimensões do contexto do trabalho, demandas objetivas e demandas subjetivas (Garrigou & Peissel-Cottenaz, 2008).

O caso da unidade de terapia neonatal de Florianópolis (Flor & Kirchhof, 2006) é emblemático no sentido das singularidades da configuração do trabalho em saúde, em que aspectos éticos e de responsabilidade social são inerentes ao cotidiano das atividades, pois os técnicos em radiologia demonstraram conhecer os princípios básicos de proteção radiológica, mas relataram existir atitude descuidada dos profissionais da enfermagem durante a atividade de apoio ao procedimento radiológico realizado no leito do paciente, mesmo quando avisados para se afastarem do ambiente. Vários aspectos foram problematizados pelos autores para interpretar os comportamentos identificados, merecendo destaque os seguintes: demonstração de pouco conhecimento sobre os

mecanismos deletérios associados à exposição à radiação ionizante; escassez de equipamentos de proteção individual plumbíferos; volume expressivo de procedimentos realizados na unidade neonatal analisada; ausência de formação no âmbito da segurança em ambientes com forte carga de radiação ionizante. Todavia, ressaltam-se os sentidos latentes de tais comportamentos. Os extratos das entrevistas reproduzidas no artigo mencionam razões, como o envolvimento com os recém-nascidos no momento do procedimento e a necessidade de conter o recém-nascido para garantir a qualidade do exame, ambas indicadoras do lócus ético da atividade, ou seja: é plausível supor a existência de um confronto entre o objetivo da atividade de cuidar do outro e o cuidar de si.

O caso do serviço de quimioterapia (Maia, 2008) descrito a seguir indica uma lógica semelhante ao caso da unidade de terapia neonatal, pois em ambos os resultados da análise da situação real de trabalho permitem questionar os limites entre o que se nomeia de descaso quanto à exposição à radiação ionizante ou negligência quanto à exposição aos quimioterápicos por parte de alguns profissionais. Identificaram-se os fatores extrínsecos da atividade que acentuam o risco de contato via

cutânea ou respiratória. A adoção de comportamentos seguros mostrou-se limitada diante das situações de simultaneidade dos atendimentos; urgências; demandas contínuas dos pacientes; restrições do espaço físico e materiais; constrangimentos sonoros, luminosos e microclimáticos. Os mesmos fatores podem influenciar negativamente o controle do processo e contribuir para o extravasamento de líquidos antes mesmo da instalação da infusão.

O trabalho de administração do quimioterápico ou o trabalho de imobilizar no leito um recém-nascido para o exame radiológico não é simples execução; sentidos latentes orientam o comportamento do trabalhador da saúde. Nos casos exemplificados, a vulnerabilidade é também explicada pela ética que orienta a atividade. Nos dizeres de Garcia e Jorge (2006), os trabalhadores da saúde desenvolvem a relação de cuidado com outra presença – o usuário – que está na relação participando seu mundo vivencial.

Ora, o paradigma da racionalidade técnica que orienta a conformação dos ambientes sanitários explica o primado dos aspectos técnicos em detrimento das questões relacionadas à organização do trabalho. Tal primado está alinhado à represen-

tação social dos diferentes fatos e aos problemas vivenciados pelos trabalhadores da saúde, provocando distância importante em relação à realidade do trabalho (Garrigou & Peissel-Cottenaz, 2008).

...as estratégias de Visat, indicadas no Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde, levam em conta as características da força de trabalho, dos ambientes e dos modos de realizar o cuidado com suas operações diretas e indiretas. Tais características definem o mosaico de atividades do setor.

Nesse contexto teórico e operacional, as estratégias de Visat, indicadas no *Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde*, levam em conta as características da força de trabalho, dos ambientes e dos modos de realizar o cuidado com suas operações diretas e indiretas. Tais características definem o mosaico de atividades do setor (Machado & Correa, 2002).

Organizar as abordagens múltiplas implica ter um arcabouço orientador que, ao mesmo tempo, estruture e flexibilize as formas das interações matriciais entre as distintas metodologias de observação e intervenção.

O processo que permite transformar a abstração teórica de formulações gerais em práticas é desafiador porque exige criar um modelo racional para guiar o planejamento e a execução das ações de vigilância e de promoção da saúde.

Nesse sentido, passamos a apresentar uma proposta de Visat a partir da organização de uma matriz dinâmica e estruturante das interligações entre conceitos. Os objetivos da matriz são a contextualização e a operação da relação da saúde com o processo de trabalho e a instrumentalização da ação. O conceito de processo de trabalho é operacionalizado no modelo pela atividade, que configura a especificidade da saúde do trabalhador no campo da Visat. O processo de trabalho é abordado a partir do conceito de atividade e suas interfaces com o território e as vulnerabilidades. A atividade relaciona os riscos e as vulnerabilidades com o trabalho e conecta a ação de intervenção com as informações geradoras de análises e avaliações dos impactos na saúde decorrentes do trabalho. Por sua vez, os impactos na saúde são vistos no contexto do processo saúde e doença e igualmente são representados pela magnitude e a variabilidade da morbimortalidade,

objeto central de avaliações de impactos na saúde e de prioridades das intervenções nos ambientes e processos de trabalho.

Os conceitos de vulnerabilidade e território (Monken & Barcellos, 2005) introduzem uma noção de risco e resiliência mediados pelo contexto social e instâncias de governança das situações de risco. O território é também o espaço de encontro, de confrontação dos saberes, entre o plano e a atividade (Schwartz, 2007).

A análise e a intervenção de Visat nos serviços de saúde requerem a construção de métodos que possam compreender as dinâmicas, os espaços institucionais e a avaliação dos mecanismos de monitoramento e controle do trabalho e dos trabalhadores. Os polos conceituais da matriz apresentados configuram categorias de objetos a serem capturados em processos de construção da informação e da ação dirigida a transformar a determinação social da atividade de trabalho no sentido da promoção da saúde. Tais polos se apresentam como um campo de forças em uma rede conceitual na perspectiva teórica da transversalidade discutida no capítulo 2 deste livro.

A Figura 1 representa esquematicamente uma rede de polos conceituais que configuram um campo de forças transdisciplinar que organiza a ação de Visat. São identificados os conceitos de saúde, atividade, território e vulnerabilidade como componentes

nodulares dessa rede conceitual em uma adaptação evolutiva do modelo apresentado por Machado (1997). Para entender a Figura 1 de modo mais aprofundado, segue uma explicitação de suas características e exemplos de intervenção.

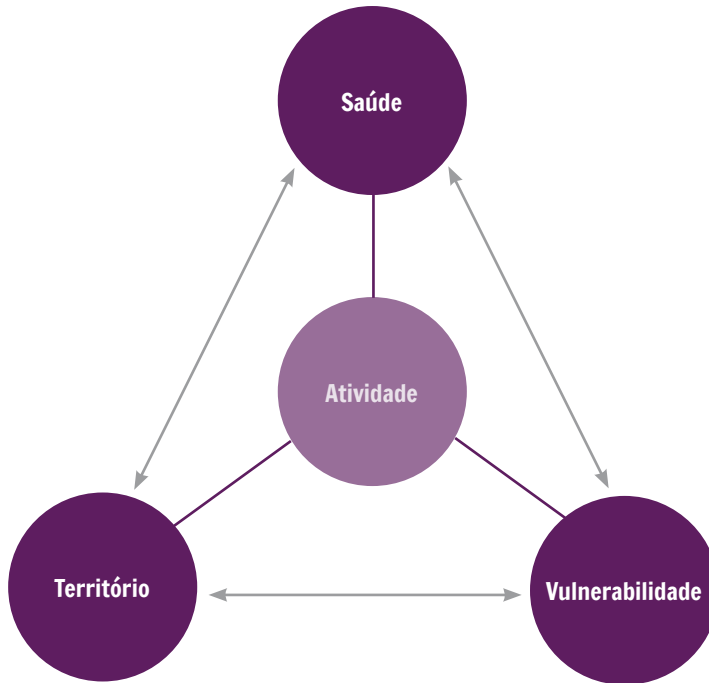


FIGURA 1
Matriz de interação
entre os polos da Visat

1. SAÚDE

É a expressão das tensões presentes nas atividades e é resultante das condições de vulnerabilidade, dos contextos dos territórios e dos impactos do trabalho no processo saúde-doença dos trabalhadores. O adoecimento pode ser observado por categorias estabelecidas a partir das formas de relação dos agravos com o trabalho. Deve-se destacar

que todo adoecimento tem relação com as condições e os modos de viver das pessoas (Canguilhem, 2000), suas histórias familiares e sociais. Nesse cenário o trabalho é central na estruturação das vivências e dos espaços cotidianos.

O perfil de saúde dos trabalhadores e mesmo da família dos trabalha-

dores tem relações diversas com a forma em que o trabalho é realizado por um trabalhador individualmente, por grupos de trabalhadores e de como o trabalho é organizado socialmente. A forma de adoecer de uma sociedade é uma expressão da sua possibilidade de reprodução social. Os acidentes, as doenças agudas e crônicas, a carga de doença e o perfil de mortalidade são formas dessa expressão.

A análise do adoecimento relacionado ao trabalho deve apreender sua gênese, segundo as possibilidades de desencadeamento e de agravamento dos quadros mórbidos e as limitações que repercutem na perda de capacidade laboral, sejam elas temporárias ou permanentes.

A situação de saúde dos trabalhadores de saúde apresenta como característica comum a alta prevalência do adoecimento por transtornos mentais, lesões por esforços repetitivos e doenças e acidentes relacionados à contaminação biológica.

A relação do perfil de morbidade com o trabalho pode ser de fácil apreensão quando há situações específicas que produzem um determinado padrão de adoecimento e de acidentes, situações em que o trabalho é um indutor direto de um acidente ou adoecimento.

A maior parte dos agravos tem uma relação indireta com o trabalho. O adoecimento é mediado pela relação do trabalho com o modo de viver, e as situações de adoecimento têm como característica o agravamento e o desencadeamento de processos de desgaste de forma aguda ou crônica.

A situação de saúde dos trabalhadores de saúde apresenta como característica comum a alta prevalência do adoecimento por transtornos mentais, lesões por esforços repetitivos e doenças e acidentes relacionados à contaminação biológica. Esse perfil epidemiológico do profissional de saúde deve ser considerado nos programas de promoção da saúde dos trabalhadores de saúde cujo foco é intervenção sobre o território e a abordagem das vulnerabilidades.

2. ATIVIDADE

É o conceito que relaciona a saúde com o processo de trabalho no sentido que remete aos modos de produzir em um dado território, em um cenário específico de vulnerabilidades. Diferencia a intervenção sanitária como ação específica de atenção em saúde do trabalhador.

Caracteriza-se como conceito operacional e define situações de recorte para intervenção. A observação da atividade busca enfatizar e dar visibilidade às bases técnicas e sociais do trabalho que influenciariam os modos de adoecimento. As evidências epidemiológicas e de observação de situações de vulnerabilidade estruturais produzidas no âmbito das atividades são moduladas pelas características técnicas e sociais e se constituiriam o foco de intervenção

em um local, espaço definido por atividades críticas similares como aplicação de inseticidas, infusão de quimioterápico, exame broncoscópico em paciente bacilífero, retirada e manipulação de resíduos hospitalares. Situações de intervenção social, como assinalado nos casos dos ACS que relataram temor de represália dos usuários e de exposição às zonas inseguras nos bairros de alta criminalidade, clamam por dispositivos organizacionais compatíveis, sob pena de intensificação de desgaste. Fórmulas rígidas de avaliação da produtividade, intensidade e extensão da jornada, e desvalorização do trabalho enfraquecem as formas de resistência e autoregulação que os trabalhadores em saúde podem operar diante do imprevisto e das dificuldades.

3. TERRITÓRIO

O território é definido pelo lugar onde é exercido um conjunto de atividades, designa espaços em que se inserem conglomerados de processos produtivos com distintas dimensões, como distrito sanitário, região de saúde, hospital, enfermarias, setores de atividades específicas.

Como lugar singular e histórico, o território se constitui ao mesmo tempo em objeto e condicionante das ações de prevenção e de vigilância em saúde. Em termos conceituais o entendimento desse território enquanto um espaço sócio-técnico de produção de condicionantes à saúde nos leva

a compreender que o “conteúdo geográfico do cotidiano” (Santos, 1996) pode contribuir para desvendar a complexidade da (re)produção do sistema através de sua incontestável obviedade e concretude do dia a dia (Fiocruz, 2012).

É o espaço onde as relações sociais se (re)produzem, entre elas a forma de adoecer, trabalhar e de resistir individual e coletivamente aos impactos sanitários do cotidiano. A análise da “dimensão espacial do cotidiano” (Santos, 1996) permite, sobretudo, concretizar as ações e as práticas sociais, conduzindo ao entendimento diferenciado das ações e das formas geográficas que podem formar vulnerabilidades geoepidemiológicas, loca-

lizadas em situações do cotidiano e, assim, em espaços definidos (Monken & Barcellos, 2005).

O território refere-se ao espaço onde as atividades de trabalho se concretizam; além de seu componente cartográfico, corresponde a um espaço de ação política. O conceito de território localiza as vulnerabilidades geoepidemiológicas e as possibilidades de resiliência dos trabalhadores enquanto grupo associadas ao nível de democracia das relações do trabalho presente em determinada instituição. É o lugar das múltiplas formas de organização dos trabalhadores, dos fóruns e comissões e também da operação da gestão do processo de trabalho.

4. VULNERABILIDADE

Em referência ao marco conceitual de apreensão do coletivo do trabalho, as vulnerabilidades e os riscos representam as expressões das condições que explicam os impactos sanitários do lugar; constituem-se em objetos de observação e de intervenção inter-setorial da Visat e representam um campo de forças de mediação entre o trabalho e as condições de saúde.

A vulnerabilidade compõe com o território as condições sociais e

ambientais em que as atividades estão inseridas e representam características da força de trabalho e do ambiente. Estabelece as formas da mediação entre a atividade e o adoecimento; configura as bases técnicas do desgaste. Representa os pontos específicos de intervenções de promoção de saúde em um processo de mudança do grau de patogenicidade das atividades.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O componente de intervenção da ação de Visat tem características múltiplas conforme cada polo conceitual. Tem sua eficiência condicionada

pela estratégia e pela capacidade de intervenção, que é dependente dos níveis de intervenção apresentados esquematicamente no Quadro 1.

| Nível de intervenção | Natureza da intervenção | Variável de intervenção |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Organização do Trabalho | Base setorial | Condicionantes sociais |
| Riscos específicos e ambientais | Intermediação ambiente e saúde | Riscos e vulnerabilidades |
| Capacidade de resposta | Base institucional | Organização dos trabalhadores |

QUADRO 1
Níveis, natureza e especificidades de intervenção da Visat

A configuração da Visat é diferenciada em níveis de intervenção baseados na organização do trabalho em saúde. Admite-se a mediação das lógicas presentes em níveis intermediários, nos quais a análise do trabalho é decomposta em situações, atividades e riscos e suas repercussões diretas e indiretas.

As dimensões da organização do trabalho e dos riscos específicos realizam a distinção presente na abordagem da psicodinâmica do trabalho (Dejours, 1994) e se articulam a uma terceira dimensão que diz respeito à capacidade de resposta, sendo esta determinada pelas instâncias de interação com a realidade do trabalho. Portanto, a análise desenvolvida em um sistema de vigilância em saúde no setor saú-

de destaca as formas de gestão das políticas de saúde do trabalhador, os serviços, as comissões, os programas institucionais, as redes de acolhimento e de resolução das demandas.

O modelo se dirige a uma busca contínua, participativa e de processo pedagógico transdisciplinar, constituindo um campo das forças com seu potencial transformador em uma dimensão instituinte, em detrimento das abordagens prescritivas calcadas no paradigma da racionalidade técnica. Tal busca se opera em uma relação direta entre trabalhadores e gestores internos das organizações e deve estar também associada aos serviços de saúde responsáveis pelas ações de Visat no SUS.

O pressuposto central da deflagração de ações de Visat é o registro da ausculta dos trabalhadores e de suas representações, em um processo de análise coletiva que permite vislumbrar o que é relevante. As situações-problema se constituem objeto de um segundo processo: a ação de construção dos programas de intervenção.

O modelo se dirige a uma busca contínua, participativa e de processo pedagógico transdisciplinar, constituindo um campo das forças com seu potencial transformador em uma dimensão instituinte, em detrimento das abordagens prescritivas calcadas no paradigma da racionalidade técnica.

Em síntese, as interpretações que precedem este capítulo estimularam a proposição do modelo cuja implantação privilegia o processo fundamentado em bases técnicas e sociais em articulação com abordagens múltiplas que utilizem instrumentos e técnicas de natureza epidemiológica e participativa.

A consolidação da Visat se opera pela construção de programas a

partir dessas demandas priorizadas, que se transformam, e pela implantação de ações permanentes de melhorias contínuas.

A promoção da saúde dos trabalhadores da saúde se realiza por meio da ação política, na sua relação com o fazer de diversos setores, na regulação sanitária de produtos e de consumo, na intervenção da vigilância dos determinantes sanitários ambientais e do trabalho, e na organização de uma rede atenção à saúde dos trabalhadores. Requer uma capacidade sanitária voltada para regulação e intervenção dimensionada em relação aos riscos, vulnerabilidades e iniquidades dos trabalhadores da saúde. Nesse sentido, é necessário construir um processo de governança com força institucional para operação da matriz de Visat.

A natureza flexível da matriz apresentada permite ligações entre as diferentes abordagens do trabalho em saúde. Tais abordagens, como cotidianos e vivências dos trabalhadores, situações de violência e questões de gênero, focalizam problemáticas relevantes para a análise do processo de trabalho em saúde.

6. REFERÊNCIAS

- CANGUILHEM, G. O. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- DEJOURS, C. *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da Escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Ed. Atlas, 1994.
- FLOR, R. C. & KIRCHHOF, A. L. C. Uma prática educativa de sensibilização quanto à exposição à radiação ionizante com profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(3):274-278, 2006.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, SAÚDE NA RIO + 20 (FIOCRUZ). *Desenvolvimento Sustentável, Ambiente e Saúde*. Documento institucional, 2012. Disponível em: <www.saudeio20.fiocruz>.
- GADELHA, C. A. G. O. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Revista de Saúde Pública*, 40: 11-23, 2006.
- GARCIA, M. L. P & JORGE, M. S. B. Vivência de trabalhadores de um centro de atenção psicossocial: estudo à luz do pensamento de Martin Heidegger e Hans-Georg Gadamer. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3): 765-774, 2006.
- GARRIGOU, A. & PEISSEL-COTTENAZ, G. Reflexive approach to the activity of preventionists and their training needs: results of a French study. *Safety Science*, 46(8): 1.271-1.288, oct. 2008.
- MACHADO, J. M. H. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(supl.2): 33-45, 1997.
- MACHADO, J. M. H. & CORREA, M. V. Conceitos de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde no hospital. *Informe Epidemiológico do SUS*, 11: 159-166, 2002.
- MAIA, P. G. *Riscos Associados à Exposição a Quimioterápicos Antineoplásicos numa Organização Hospitalar*, 2008. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- MONKEN, M. & BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3): 898-906, 2005.
- SANTOS, M. *O Trabalho do Geógrafo no Terceiro Mundo*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
- SCHWARTZ, Y. A abordagem do trabalho reconfigura nossa relação com saberes acadêmicos: as antecipações do trabalho. In: SOUZA E SILVA, M. C. P & FAITA, D. (Orgs.). *Linguagem e Trabalho*. São Paulo: Editora Cortez, 2007.

AUTORES

Ada Ávila Assunção (Organizadora)

Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Pós-doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Alice Paiva Souto

Mestre em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Armando Cypriano Pires

Professor do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense (UFF). Doutorando em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Isabela Rodrigues Tavares

Graduanda da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Jorge Mesquita Huet Machado (Organizador)

Tecnologista da Regional de Brasília da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Doutorado em Saúde Pública pela Fiocruz.

Jussara Brito

Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Pós-doutorado em Ergologia pela Universidade de Provence.

Luciana de Assis Amorim

Consultora Técnica da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Departamento de Saúde ambiental e Saúde do Trabalhador da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Especialista em Saúde do Trabalhador / UFMG.

Luciana Gomes

Pesquisadora Visitante da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). Doutorado em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz).

Maria Elizabeth Barros e Barros

Professora titular da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Pós-doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Paula Januzzi Serra

Graduanda da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Paulo Gilvane Lopes Pena

Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Ufba). Pós-doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Rafael da Silveira Gomes

Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. Doutor em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz).

Roberta Alamonica de Oliveira

Mestranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Serafim Barbosa Santos Filho

Consultor técnico do Ministério da Saúde. Doutorando em Ciências da Informação pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Simone Santos Oliveira

Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz. Doutora em Saúde Pública.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS – Agentes comunitários de saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
ART – Anotação de Responsabilidade Técnica
AT – Acidentes de trabalho
CAPS – Comunidades ampliadas de pesquisas
CAT – Comunicações de Acidente do Trabalho
CERESTS – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CRST – Centros Regionais de Saúde do Trabalhador
DDT – Diclorodifeniltricloreto
DM – Distúrbios musculoesqueléticos
DRT – Delegacias Regionais do Trabalho
ECRP – Entidades coletivas relativamente pertinentes
EPI – Equipamento de proteção individual
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSAT – Inquérito de Saúde e Trabalho
MNNP-SUS – Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS
MOI – Modelo Operário Italiano
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOSS – Norma Operacional de Saúde do Servidor
NOST – Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NRs – Normas regulamentadoras
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
PASS – Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal
PCCS – Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PNST – Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PPRA – de Prevenção de Riscos Ambientais
PSF – Programa Saúde da Família
QP – Quimioprofilaxia
RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SIAPE – Sistema Integrado de Administração de Recursos Humanos
SIASS – Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SISOSP – Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Público Federal
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
TMC – Transtornos Mentais Comuns
TS – Trabalhadores da Saúde
UPA – Unidade de Pronto-Atendimento
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

ISBN 978-85-60914-09-8



9 788560 914098



Ministério da
Saúde

