

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

GUSTAVO CASTRO BRANDÃO FILHO

RISCOS OCUPACIONAIS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: uma revisão de
literatura

São Luís

2012

GUSTAVO CASTRO BRANDÃO FILHO

RISCOS OCUPACIONAIS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: uma revisão de literatura

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Medicina do Trabalho do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Medicina do Trabalho.

Orientadora: Prof^a. Doutora Mônica Elinor Alves Gama

São Luís
2012

GUSTAVO CASTRO BRANDÃO FILHO

RISCOS OCUPACIONAIS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: uma revisão de literatura

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Medicina do Trabalho do LABORO – Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Medicina do Trabalho.

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Doutora Mônica Elinor Alves Gama
Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo-USP

Dedico este trabalho a Deus, por ser meu baluarte e a Nossa Senhora por sempre interceder por mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que me deu a vida.

Ao Instituto LABORO, que me abriu esse espaço de concretização de mais conhecimento que trarão benefícios a minha atividade profissional.

Aos meus familiares, que estão sempre me apoiando.

O Senhor Deus disse a Adão: “Por teres escutado a voz de tua mulher e comido da árvore da qual eu te havia formalmente prescrito não comer, o solo será maldito por tua causa. É com fadiga que te alimentarás dele todos os dias da tua vida; ele fará germinar para ti espinho e cardo, e tu comerás o pão, até voltares ao solo, pois dele foste tirado. Sim, és pó e ao pó voltarás”.

(Gênesis 3-16)

RESUMO

O trabalho é uma atividade do homem com capacidade transformadora, através do mesmo o homem busca se afirmar na sociedade a qual está inserido. O sistema de trabalho da saúde pública abrange as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) fundamentais no atendimento a população em que está inserida, abrangendo uma equipe multidisciplinar que possam oferecer um trabalho de prevenção e de qualidade de vida, no entanto, os profissionais de saúde não estão isentos de obterem problemas de saúde, especialmente, àqueles relacionados ao ambiente de trabalho. Os riscos ocupacionais que acometem os profissionais de saúde possuem origem nos fatores físicos, químicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos, como ruídos, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações, equipamentos, iluminação, mobiliário, etc. Assim este trabalho analisa os riscos ocupacionais em Unidades Básicas de Saúde apontando os fatores físicos e psicológicos que podem afetar a saúde do profissional da saúde podendo estar relacionada à ergonomia laboral, considerando a literatura especializada. A metodologia utilizada foi uma revisão de literatura do período de 2003 a 2008, considerando os estudos de publicações nacionais, periódicos indexados, impressos e virtuais, específicas da área relacionada ao tema como livros de BREVIGLIERE, Ezio; POSSEBON, José; SPINELLI, Robson, etc. além de monografias, dissertações e artigos, pesquisas pautadas em dados eletrônicos tais como Google Acadêmico, Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, Biblioteca Nacional, além da experiência do autor. Verificamos também que o procedimento de trabalho em saúde implica em compreender as proporções tecnológicas, organizacional e política da prática social e que as Unidades Básicas de Saúde são locais de atendimento de atenção básica e integral, oferecendo assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior envolvendo ações individuais, coletiva, preventiva, sanitária e de controle. Verificamos também que os profissionais da saúde podem ser acometidos por riscos profissionais de origem física, química, biológica psicossocial e ergonômica. Os riscos que acometem os profissionais que atuam nas UBSs relacionados aos fatores psicológicos são pressões anormais, estresse, responsabilidade profissional, isolamento social, fadiga, privação do sono, sobrecarga de trabalho, jornada dupla, pressão, ausência de lazer, família, amigos, etc., os de origem ergonômica são ruídos, vibrações, temperaturas extremas, fatores externos equipamentos, plantão noturno, ventilação, estrutura física imprópria, salas apertadas, corredores estreitos, estruturas físicas antigas, más condições, banheiros escassos entre outros. As queixas mais frequentes entre os profissionais de saúde são cansaço mental, insônia, sonolência, nervosismo, esquecimentos, dores lombares nas costas e membros, hipertensão arterial, varizes, eczemas crônicos, etc. Portanto concluímos que a ergonomia utilizada de maneira adequada nessas Unidades pode vir a diminuir, precaver os acidentes de trabalho aprimorando a qualidade de vida dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Riscos ocupacionais. Unidade básica de Saúde. Saúde pública.

ABSTRACT

The Work is an activity of man with transforming capacity by the same man seeks to assert itself in the society where he belongs. The conditions of the working environment can lead to several factors that will result in quality of life of the individual, causing serious damage to workers health. The work system of public health covers the Basic Health Units (UBS) in meeting the basic population in which it operates, including a multidisciplinary team that can offer a work of prevention and quality of life, however, health professionals are not exempt from obtaining health problems, especially those related to the workplace. Occupational hazards affecting health professionals have originated in the physical, chemical, biological, psychosocial and ergonomic such as noise, vibration, abnormal pressures, temperatures, radiation, equipment, lighting, furniture, etc. Thus, this paper examines the occupational hazards in Basic Health Units pointing the physical and psychological factors that can affect the health of the health professional may be related to ergonomics at work, considering the literature. The methodology used was a review of the literature of the period 2003 to 2008, considering the studies of national publications, periodicals indexed, printed and virtual, related to the specific subject area such as books Breviglieri, Ezio, Possebon, Joseph Spinelli, Robson, etc.; as well as monographs, dissertations and articles, research guided by electronic data such as Google Scholar, Virtual Library of the Ministry of Health, National Library, and the author's experience. This work provides sustenance, entertainment, consumption, social standing, etc. However, it should provide healthy conditions, and worthy of space, pleasure, workload, among other factors to contribute to the quality of life of the worker. We also note that the process of health work involves understanding the proportions technological, organizational and political and social practice that the Basic Health Units are places of care and comprehensive primary care, offering dental care and other higher education professionals' involved individual actions, collective, preventive and sanitary control. We also found that health professionals may be affected by occupational hazards caused by physical, chemical, biological, psychosocial and ergonomic. The risks that affect UBS personnel in the psychological factors are related to abnormal pressures, stress, professional responsibility, social isolation, fatigue, sleep deprivation, overwork, double shifts, pressure, lack of leisure, family, friends, etc. ., the ergonomics are the source noise, vibration, extreme temperatures, factors external equipment, night shift, ventilation, inadequate physical infrastructure, cramped rooms, narrow corridors, physical structures, old, poor, bathrooms and more scarce. The most frequent complaints among health professionals are mental fatigue, insomnia, drowsiness, nervousness, forgetfulness, lower back pain in the back and limbs, hypertension, varicose veins, sinusitis, READ, WMSD ultimately heart disease, digestive, circulatory, syndromes , mental disorders, asthma, chronic eczema, etc.. Therefore we conclude that the ergonomics used properly these units might decrease; prevent accidents at work improving the quality of life for health professionals.

Key- words: Worker`s.Occupacional risks.Basic health unit.Public health.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AIS	Atenção Integral à Saúde
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CRST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
DATAPREV	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DORT	Doenças Relacionadas ao Trabalho
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
FNS	Fundo Nacional de Solidariedade
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LBA	Lei Brasileira de Assistência
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LER	Lesões Por Esforços Repetitivos
LOA	Lei Orçamentária Anual
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação pactuada e Integrada
PSF	Programa Saúde da Família
QVT	Qualidade de Vida do Trabalhador
RENAST	Rede Nacional de Saúde do Trabalhador
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNICEF	Fundos das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidades de Tratamentos Intensivos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO -----	10
2	OBJETIVO-- -----	13
2.1	Geral -----	13
2.2	Específicos -----	13
3	METODOLOGIA -----	14
4	ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS -----	15
4.1	Trabalho, Unidade Básica de Saúde -----	16
4.1.1	Política de saúde -----	19
4.1.2	Processo em saúde coletiva em unidade básica de saúde -----	27
4.2	Exposição a riscos ocupacionais em Unidade Básica de Saúde --	30
4.2.1	Agentes biológicos -----	34
4.2.2	Agentes Químicos -----	36
4.2.3	Agentes Físicos -----	37
4.2.4	Riscos Mecânicos ou de Acidentes -----	37
4.2.5	Riscos ergonômicos -----	38
4.3	Características profissionais dos trabalhadores que atuam em UBS - -----	40
4.3.1	Condições de vida e trabalho dos profissionais de saúde -----	42
4.3.2	Fatores de riscos à saúde física e emocional dos profissionais de saúde -----	46
4.4	Fatores ergonômicos que influenciam na saúde e na produtividade do trabalhador em UBS -----	52
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	60
	REFERENCIAS-----	64

1 INTRODUÇÃO

O trabalho é refletido por muitos catedráticos e pesquisadores como uma maneira de socialização humana, representando algumas vezes uma forma de aprender, sendo também uma relação permanente entre as pessoas devido ao contato diário e contínuo. Possui uma denotação dialética que proporciona o desenvolvimento e aplicação da criatividade, imaginação, o progresso para muitos, e para alguns, o sofrimento, a insatisfação e a doença (MIELNIK, 2000).

Segundo a Bíblia, o trabalho tem como conotação o sofrimento, o castigo divino sendo ratificado pela etimologia da palavra que tem origem latina, “*tripalium*”, instrumento romano de tortura composto de três estacas dispostas em forma de pirâmide (BAUK, 2008).

Diante deste aspecto, a qualidade de vida do trabalhador pode ser afetada devido aos fatores externos e internos, espaço, violência, relacionamento, a organização e concepção que podem gerar riscos provenientes do ambiente e das atividades laborais.

Esses riscos podem impedir que o trabalhador continue exercendo suas atividades laborais, fazendo com que as condições de trabalho sejam parte do problema. O trabalho compete às pessoas e delas depende, de modo que a saúde mental e seus transtornos sejam questões que estão relacionadas ao local de trabalho (MAGALHÃES; GRUBITS, 2004).

Esses autores afirmam que o trabalho deverá respeitar a dignidade humana observando os direitos básicos dos trabalhadores, implicando também proteção contra imprevistos e a vulnerabilidade quando estas não podem trabalhar, assim como proteção no trabalho. Além disso, tem que poder estabelecer um diálogo acerca das questões que afetam sua vida laboral.

Quando se trata de segurança e saúde, a negligência pode ser a principal causadora de acidentes, provocando grandes danos e até a morte. “Negligência é a falta de precaução, de diligência, de cuidados no prevenir danos”. Esses danos podem ser compreendidos como lesões a pessoas, prejuízos a equipamentos e instalações, ao meio ambiente, perda de material em processo, ou diminuição da capacidade de produção (BRASIL, 2002).

A literatura que aborda a saúde, a qualidade de vida dos profissionais de saúde tem sido ampliada, juntamente com os estudos ergonômicos que podem

influenciar o desenvolvimento de doenças ocupacionais. Assim fundamentamos os direitos destes profissionais nas leis brasileiras que definem e asseguram a saúde do trabalhador. Para tanto, é preciso evitar os riscos existentes nas Unidades Básicas de Saúde Pública para que aqueles responsáveis pela da saúde da população mais carente tenham também qualidade de vida. Risco são condições de uma variável com potencial necessário para causar danos como os ergonômicos.

As jornadas extensas, ritmos acelerados de trabalho, pausas insuficientes para descanso, plantões, jornadas triplas de trabalho, convívio diário com situações penosas, equipamentos e condições ambientais inadequadas e outras tantas situações penosas e insalubres atingem com maior ou menor intensidade os profissionais das Unidades Básicas de Saúde que se encontram notadamente em situação mais vulnerável, seja porque em geral estão expostos a condições de trabalho mais adversas, seja por contarem com benefícios e sistemas de proteção social inferiores aos das unidades privadas (MIELNIK, 2000).

A precarização das condições materiais e ambientais em que se processa o atendimento à saúde nas Unidades públicas, expressa o desinteresse com que as autoridades governamentais têm tratado o problema. É atual a percepção de que as doenças do trabalho existem e que estas podem ser produto da precária condição do ambiente laboral onde os profissionais de saúde atendem (MAGALHÃES; GRUBITS, 2004).

No tocante ao profissional da saúde que atende nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a literatura ainda tem se mostrado rudimentar na análise da regulamentação e na defesa dos direitos relativos ao bem-estar laboral, à garantia de um local de trabalho sadio e às prevenções de futuros danos decorrentes do exercício desgastante do profissional que atende a saúde básica da população. Diante desse contexto dissertamos sobre os riscos ocupacionais em unidade básica de saúde, apontando os fatores fundamentais físicos e psicológicos que podem afetar a saúde do profissional da saúde podendo estar relacionada à ergonomia laboral (BRASIL,2002).

Verificamos que o ambiente laboral influencia significativamente na saúde de qualquer profissional, não sendo indiferente àqueles que trabalham com a saúde, sua ergonomia, seu sistema, etc. sabemos que o profissional da saúde do sistema público é pouco valorizado, respeitado na sociedade brasileira e que estudos que tratam da saúde priorizam o paciente, o sistema, a qualidade vida, esquecendo-se

da figura primordial para que ocorra a concretização da saúde em si. Diante desta realidade, acreditamos que estudos devem ser realizados sobre a saúde, a qualidade de vida destes profissionais.

Este trabalho foi dividido em quatro partes; a primeira apresenta definições e conceitos de trabalho e a exposição a riscos ocupacionais em unidade básica de saúde descrevendo sobre Trabalho, Unidade Básica de Saúde, as políticas de saúde e saúde coletiva; a segunda identifica as características profissionais dos trabalhadores que atuam em Unidade Básica de Saúde e as suas condições de vida e trabalho; O terceiro descreve os fatores de risco à saúde física e emocional; e a quarta trata os fatores ergonômicos que influenciam na saúde e na produtividade do trabalhador em unidade básica de saúde procurando conscientizar sobre as doenças ocupacionais, que podem afetar os profissionais da saúde das UBS para que haja medidas ergonômicas que previna ou diminua os riscos que podem atingir estes profissionais fundamentais a saúde e a qualidade de vida dos brasileiros. A justificativa para esse trabalho encontra-se em desenvolver um estudo que permita a este profissional sua qualidade de vida, dignidade, valorização, respeito e, sobretudo, saúde, em seu ambiente de trabalho.

2 OBJETIVO

2.1 Geral

Estudar os riscos ocupacionais em unidade básica de saúde, bem como os fatores físicos e psicológicos intervenientes na saúde do profissional da área, com ênfase na ergonomia laboral, a partir da literatura especializada.

3 METODOLOGIA

A pesquisa realizada neste estudo trata-se de uma revisão de literatura. Portanto é um estudo com coletas de dados de caráter bibliográfico sendo um levantamento de caráter descritivo e qualitativo com dados secundários.

- **Formulação da Pergunta:**
O que a literatura descreve sobre os riscos ocupacionais em Unidade Básica de Saúde?
- **Localização e seleção dos estudos:** foram considerados os estudos de publicações nacionais e periódicos indexados, impressos e virtuais, específicas da área relacionada ao tema como os livros, sobretudo o de Douglas Bauk “Temas de ergonomia para médicos do trabalho”; além de livros, monografias, dissertações e artigos que abordam o tema de autores como BREVIGLIERE, Ezio; POSSEBON, José; SPINELLI, Robson; GUIMARÃES, Liliana Andolpho Magalhães; GRUBITS, Sonia; MARTINS, Luiz Antonio Nogueira; BELLUSCI, Silvia Meirelles; Sendo também utilizadas pesquisas pautadas em dados eletrônicos tais como Google Acadêmico, Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, Biblioteca Nacional, além da experiência do autor.

- **Período**

A pesquisa foi realizada no período de **setembro a novembro de 2011**.

- **Coleta de dados**

Foram coletados dados relativos aos riscos ocupacionais em unidade básica de saúde, do trabalho da Ergonomia sua funcionalidade, definição, aplicabilidade relacionada à promoção da saúde dos profissionais de saúde relativo às doenças ocupacionais.

- **Análise e apresentação dos dados**

- Trabalho, Unidade Básica de Saúde;
- Exposição a riscos ocupacionais em uma Unidade Basica de Saúde
- As políticas de saúde, processo em saúde coletiva em Unidade Básica de Saúde;
- Características profissionais dos trabalhadores que atuam em Unidade Básica de Saúde;
- Fatores ergonômicos que influenciem na Saúde e na produtividade do trabalhador em Unidade básica de Saúde.

4 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

4.1 Trabalho, Unidade Básica de Saúde

O trabalho é considerado a marca característica do homem, do resto das criaturas. Somente ele possui a capacidade para o trabalho e o realiza. É da terra, do trabalho, seja qual for que mulheres e homens obtêm sustento próprio e de seus dependentes (POSSEBON, 2010).

O trabalho pode ser definido como atividade física, intelectual praticada pelo homem, objetivando fazer, transformar ou a aquisição de algo. O mesmo ocasiona conhecimentos, riquezas materiais, satisfação pessoal e evolução financeira, ou seja, econômica (NEGRI, 2002).

Para Fialho; Cruz (2003) "o trabalho é uma atividade essencialmente humana. Sua maior particularidade é sua capacidade transformadora, de modificação de certo aspecto da própria realidade. Trabalhar é repletar a realidade, buscando ultrapassá-la". Segundo esses autores, é por meio do trabalho que o homem busca se afirmar como indivíduo e que o significado social do trabalho está conexo às atividades desenvolvidas pelo indivíduo, na sociedade a qual está inserido.

Fialho;Cruz (2003) mencionam ainda, "que se considerarmos as condições e trabalho existente na sociedade e as atividades estabelecidas para a realização, constataremos o quanto é difícil a realização no e pelo trabalho". Garantem que a compreensão do trabalho pode ser colidente e complexa, pois seu sentido pode ser entendido de diferentes formas e sua representação cognitiva, estar sujeito a cultura, as características singulares e aos meios sociais. Constata-se que o trabalho, de acordo com os referenciais teóricos, ainda está anexo às idéias de esforço e cansaço, caracterizado também na expectativa psicológica e de representação social.

Sabemos que o trabalho é fundamental na vida do homem, visto que, o mesmo poderá proporcionar uma realização global do ser, tanto profissional como pessoal. O trabalho fornece sustento, diversão, consumo, destaque social, entre tantos outros fatores. Entretanto, o mesmo deverá oferecer condições salubres, e, digna de espaço, de prazer, de carga horária etc. para que seja um fator contribuinte

de qualidade de vida. A falta do mesmo poderá trazer conseqüências emocionais fortes acarretando doenças como a depressão.

Assim como o desemprego o espaço laboral poderá acarretar diversos fatores que implicam na qualidade de vida do indivíduo, ocasionando prejuízos sérios a saúde do trabalhador.

Trabalhar é humano e o mesmo pode constituir fonte de prazer e auto-realização em diversos paradigmas, contribuindo significativamente para a manutenção da saúde física e mental, entretanto, não compõe uma regra. Qualquer trabalho engloba aspectos físicos, cognitivos e psíquicos inter-relacionados, podendo ocasionar sobrecarga ou sofrimento. Os aspectos físicos, entretanto, são geralmente colocados em primeiro plano devido sua maior evidência (BAUK, 2008).

O processo de trabalho surge de imperativos determinados socialmente que aceita a compreensão da necessidade em saúde como causador dos processos de trabalho em seu caráter social e individual.

Nogueira (2000) ao abordar sobre o trabalho na saúde afiança que no campo dos serviços o trabalho contém uma singularidade, distinguida pela natureza e modalidade dos processos de cooperação, quais sejam: a cooperação vertical — diferentes ocupações ou tipologias de trabalhadores que compartilham de certa hierarquia — e a colaboração horizontal — distintas subunidades que fazem parte do cuidado em saúde. Ambos os níveis de cooperação abrangem uma complexidade de analogias com a coordenação da política administrativa dos serviços de saúde, com as questões dos usuários, com o Estado, com a indústria farmacêutica e de equipamentos biomédicos.

O autor também certifica que a origem, natureza e âmbito do sistema de colaboração horizontal e vertical vêm motivando o desenvolvimento, abertura do mercado de trabalho na área da saúde. Comenta que, diversamente de outros campos de produção de bens e serviços, nas da saúde não acontece uma arrefecimento da força de trabalho quando da implementação de novos serviços parciais, visto que os serviços mais remotos não são suprimidos em função dos mais recentes.

Para que seja oferecida a qualidade de vida ao trabalhador surge à medicina, entretanto o aspecto científico da medicina nunca penetrou no espírito do público da mesma maneira que o da ciência geral. O trabalhador é fatalista e indiferente à saúde é uma ideia preconcebida que não pode e nem deve ser aceita,

a menos que essa afirmação seja feita por pessoas desatualizadas ou que defendam algum tipo de interesse excuso. Pode acontecer que, às vezes, outras necessidades sentidas pelo indivíduo sejam mais urgentes, mais importantes do que aquilo que eles entendem por saúde, mas isso não significa, necessariamente, a ausência total de interesse por ela (SOUTO, 2004).

Analisar sobre o procedimento de trabalho em saúde implica em compreender as proporções tecnológica, organizacional e política daquela prática social. Isto exige ponderar a saúde como uma política social pública que se consolida como uma ocupação cujo teor, finalidade e processos de trabalho, fazer jus a conceituações de natureza teórica e histórica (LAURELL, 2001).

Conforme Merhy (2002), quando acontece um encontro entre o trabalhador e o usuário no interior de um procedimento de trabalho, acontece entre eles um espaço intercessor que fará parte dos seus encontros em ato. Já no caso dos serviços de saúde, essa interseção é compartilhada, pois o usuário não se resume apenas ao consumidor das conseqüências benéficas do trabalho e/ou de insumos, medicamentos etc., mas é co-participante do processo de trabalho, na medida em que dele resultam o provimento de informações sobre seu estado de saúde e o cumprimento / aplicação das prescrições médicas e recomendações terapêuticas.

Nesse contexto, o autor ressalta que, embora o processo de trabalho nos serviços de saúde se consolide como procedimento de trabalho em geral, tendo, portanto, peculiaridades comuns a outros processos de trabalho da sociedade (como os da indústria, agricultura e os serviços em geral), destaca-se a ocorrência de que nessa gama de serviço o trabalhador, devido à relação direta que institui com o usuário, precisa produzir um caminho ao seu trabalho que exige capacidade e autonomia para "autogovernar" o seu trabalho e os resultados esperados.

A atual organização do sistema de saúde, mesmo consentindo determinadas exigências históricas do movimento sanitário, como a universalização, a descentralização e a incorporação dos mecanismos de controle social e participação social da comunidade, ainda não ultrapassaram algumas discrepâncias existentes, dentre as quais fazem parte a demanda contida / isenção, a precariedade dos recursos, a quantidade e qualidade da atenção, a burocratização e a proeminência na assistência médica curativa individual. O sistema de trabalho da saúde pública abrange as Unidades Básicas de Saúde que são fundamentais no

atendimento a população do meio em que estão inseridas abrangendo uma equipe multidisciplinar e programas que possam oferecer um trabalho de prevenção e de qualidade de vida (NEGRI, 2002).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) surgiram no Brasil, no Estado de São Paulo em 1980, devido ao fluxo de imigrantes que fizeram com que o Estado não apresentasse uma estrutura suficiente para que a população tivesse uma vida digna. Desta forma, São Paulo procurou no âmbito da Organização Mundial de Saúde (OMS), estruturar seu sistema de saúde buscando trabalhar em três seguimentos:

Atenção Primária à Saúde (APS) – buscou a promoção da saúde através de informações sobre hábitos e atitudes que podem promover a manutenção da saúde.

Atenção Secundária à Saúde – acontece no ambulatório médico com atendimento necessário e remediativo sem remoção do paciente de seu habitat.

Atenção Terciária à Saúde - busca tratar da doença instalada com modo remediativo, com atenção intensificada envolvendo a remoção do paciente do seu meio. Os três estão no programa de Atenção Integral à Saúde (AIS). As ideologias que sustentam as Unidades Básicas de Saúde (UBS) surgem das ideias socialistas dos Estados Unidos do século XX. A proposta era um atendimento médico a milhares de proletariados que não tinham acesso a medicina liberal em Centros Comunitários, tendo como um dos fins a reestruturação da atenção médica individual através da prática da atenção sanitária (CAMPOS, 2002).

A divisão do trabalho em unidades de saúde reproduz em seu interior o desenvolvimento e a divisão do trabalho no modo de produção capitalista sendo preservadas as características criativo-religiosas. Essas unidades que trabalham ou processam a saúde carregam o ônus da dor, da doença e da morte (NEGRI, 2002).

O processo de trabalho nestas Unidades é parcelado, reproduzindo as características da organização do trabalho industrial, conseqüentemente produz profissionais em momentos compromissados, em outros desesperançados. Isso é uma reprodução da lógica do trabalho taylorizado, muitas vezes omitidos pelo discurso do trabalho em equipe. Entretanto, ressalta-se que a incorporação, nesse setor, de novas tecnologias não significa um alívio do trabalho humano, induz sim ao trabalho intensivo (DEJOURS, 2002).

Atualmente, após sofrer influência do modelo econômico, as práticas médica estão unidas à logística do mercado, assim como as Unidades Básicas de Saúde. Mesmo desta forma capitalista as Unidades procuram aumentar suas ações, no âmbito da saúde pública e sanitária, em procurar controlar as epidemias, e ter ações preventivas.

Os centros de saúde/ unidade básica de saúde- são locais de realização de atendimento de atenção básica e integral a uma clientela de maneira planejada, ou não contemplando as especialidades básicas, oferecendo assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Ficando a critério de cada Unidade oferecer SADT e pronto atendimento 24 horas (BRASIL, 2006).

A Unidade Básica de Saúde foi uma busca pelo arquétipo de atendimento à população que envolve ações de natureza individual e coletiva, preventiva, sanitária e de controle que tem tido algum significado na história da saúde (BRAGA, 2004).

4.1.1 Política de saúde

No Brasil as ações de Saúde Pública têm objetivado diminuir as enfermidades, controlar as doenças endêmicas e parasitárias, aprimorar a vigilância à saúde e a qualidade de vida da população (NEGRI, 2002).

A assistência à saúde dos trabalhadores esta associada ao momento do nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra, devido à industrialização nos países centrais. A classe trabalhadora conquistou alguns direitos sociais mediada pela interferência do Estado. No século XX, esta interferência torna-se mais significativa, com a elaboração de políticas para o setor e de propostas (PIOLA, et al 2001).

No Brasil, a intervenção estatal ocorre na década de 30 (trinta). No século XVIII, a filantropia e a prática liberal pautavam a assistência médica. No século XIX, surgiram na saúde pública a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas, conseqüência das transformações econômicas e políticas. No século XX, acontecem algumas iniciativas de organização do setor saúde, visto que, esta emerge como “questão social” (NEGRI, 2002).

No ano de 1923, a reforma Carlos Chagas tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central. Também foram colocadas as situações de higiene e saúde do trabalhador, sendo constituídas algumas medidas que tornaram-se o início do esquema previdenciário brasileiro, destacando-se a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), conhecida como Lei Elói Chaves em 1923. A mesma era financiada pela União, empresas empregadoras e empregados (La Rosa, 2007).

Em 1930, a sociedade brasileira sofre diversas modificações destacando-se a industrialização e o surgimento das políticas sociais nacionais e as de saúde. Isso ocorre devido à necessidade de ocorrer um enfrentamento mais sofisticado com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que considerasse de alguma forma, os assalariados urbanos, que eram fundamentais no cenário político nacional (NEGRI, 2002).

A política de saúde estabelecida neste período era de caráter nacional, constituída em dois subsetores: o de saúde pública e de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública centralizou-se na concepção de condições sanitárias menores para as populações urbanas, sobressaindo-se até meados de 60 (sessenta). O de medicina previdenciária incidira na saúde pública a partir de 1966 (NEGRI, 2002).

No período de 1930 a 1940, destaca-se na saúde pública:

- Realce nas campanhas sanitárias;
- Organização dos serviços estaduais de saúde dos Estados, avaliado fraco no poder político e econômico, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais devido aos cursos migratórios de mão-de-obra para as áreas urbanas;
- Criação de serviços de combate às endemias;
- Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, que teve distintos serviços de combate as surtos assumindo a qualificação de técnicos em saúde pública (NEGRI,2002).

Em 1933, começa a organização dos segurados por segmentos de empresas. Foram instituídos o Conselho Superior de Previdência Social - órgão de recursos em questões relativos a prestações - e o Departamento de Previdência Social - órgão de supervisão e controle geral dos institutos - ambos ligados ao

Ministério do Trabalho. Completa-se, assim, um sistema institucional acabaria em 1966, com a criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) (NEGRI, 2002).

Nos os anos 70, foi estabelecida uma adequada estrutura privada de atenção médica, elevando a medicina curativa. A rede privada atingiu o financiamento maior que 80% pelo Estado e os recursos para saúde eram bem inferiores. O sistema previdenciário teve modificações institucionais, apartando o elemento benefício da assistência médica. A criação do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS) garantiu a organização do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), além da reorganização dos órgãos de assistência social (LBA e FUNABEM) e da construção de uma empresa de processamento de dados (DATAPREV). Essa regeneração constituiu, também, uma ocasião de centralização do poder econômico e político no sistema previdenciário (NEGRI, 2002).

O período de 1980-1983 é reconhecido, no campo das políticas sociais, como o momento do colapso da previdência social. No ensejo de formar um programa nacional de serviços básicos de saúde foi criado o Prev-Saúde, infundido na Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde, entretanto, este não saiu da teoria. Nessa conferência promovida pela Organização Mundial da Saúde/UNICEF, se afirma que a saúde não é apenas carência de doença e sim um completo bem-estar físico, mental e social (BRAGA, 2004).

A criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981, sugere reorganizar a assistência médica, indicar critérios para alocação de recursos no sistema de saúde, instituir mecanismos de domínio de despesa e reavaliar o financiamento de assistência médico-hospitalar. O CONASP recomenda, em 1982, o plano de reorientação da assistência à saúde no campo da previdência social. As políticas de saúde passam a ser descentralizadas, universalizadas e hierarquizadas. A proposta operacional foi consolidada no Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) que, em 1985, passou a Ações Integradas de Saúde (AIS) (NEGRI, 2002).

Os elementos essenciais para o desenvolvimento econômico compreendem o sistema de proteção social. Este está acoplado ao que define

Estado de Bem Estar que abrange a cobertura de serviços básicos sociais como educação fundamental, previdência e assistência social e saúde (PIOLA et al. 2001).

Este Estado de Bem Estar, segundo alguns autores como La Rosa; Caballer (2007) o deferência em três segmentos. O primeiro é denominado de “Total” porque, o Estado, busca munir todas as necessidades fundamentais na área social. O segundo é o residual, este favorece a classe desfavorecida. O terceiro, o compromissário, abrange o atendimento (convênios) do privado ao público.

O desenvolvimento desse Estado de Bem Estar é consequência do poder de mobilização das classes trabalhadoras que substituíram as relações mercantilistas em direitos sociais que globalizaram as políticas sociais impulsionando os investimentos públicos na direção desse Estado. Entretanto, depois do seu ápice, ele entra em decadência devido aos ensejos econômicos, socioculturais e administrativos (PIOLA, 2001).

As reformas atribuídas ao setor da saúde que foram aplicadas durante as duas últimas décadas, em vários países, podem ser enquadradas nesse contexto de crise e transformação, mudanças que tem conhecido, vivido, experimentado a ideia de Estado de BEM Estar em sua concepção tradicional (PIOLA et al, 2001, p. 12).

A legislação trabalhista reconhece os custos humanos do trabalho classificando o trabalho em três categorias perigosas, insalubres e penosas tendo como consequência aposentadorias especiais, acréscimos salariais, medidas preventivas de proteção, limite de tempo e níveis de exposição. Como descreve Bauk (2004):

Os custos humanos do trabalho são reconhecidos pela legislação trabalhista através da classificação de determinadas atividades profissionais em perigosas, insalubres e penosas, “compensadas” por aposentadorias especiais, acréscimos salariais e pela imposição de medidas preventivas de proteção individual, coletiva ou limitantes de tempo e níveis de exposição. A carga de trabalho é a determinante dos custos humanos.

A globalização do acesso aos serviços de saúde pública acontece em 1988 com a promulgação da Constituição. Em 1990, a Lei Orgânica de Saúde institui o Sistema Único de Saúde (SUS) buscando a descentralização e democratização da gestão, ocasionando transformações significativas no setor da Saúde Pública do país que a partir deste momento depreca para a sua fundação e funcionamento, o refinamento do sistema de informação da saúde. Uma das alterações significativas

foi à intensificação das transferências de recursos da União para Estados e Municípios (NEGRI, 2002).

O Sistema Único de Saúde (SUS) usa diversas ferramentas de gestão conforme a realidade, necessidade e a capacidade técnica, administrativa, gerencial, política dos seus gestores para desempenhar o que determina a Constituição. São estas ferramentas que irão garantir a eficácia e o funcionamento do SUS em todos os seus segmentos (BRAGA, 2004).

A gestão do SUS conforme o que determina a Constituição é de âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios que através de seus órgãos gestores, usam alguns instrumentos de gestão almejando afiançar e aprimorar o funcionamento do sistema de saúde.

A Constituição Federal de 1988 determinou que fosse igualitário e universal o acesso às ações e aos serviços de saúde universal. Estabeleceu ainda que, o Sistema Único de Saúde (SUS) funcionasse através de uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada conforme as diretrizes de descentralização, tendo em cada domínio governamental um único comando que priorizasse o atendimento integral, as atividades preventivas e a participação da comunidade nos programas e ações, sem qualquer dano dos serviços assistenciais (CORDEIRO, 2002).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado um dos melhores do mundo no seu referente (sistema público de saúde), entretanto é o único que oferece assistência integral e gratuita para todos, sem qualquer exceção, ou seja, inclui portadores de HIV, sintomático ou não, clientes com doenças renais crônicas e com câncer. Sua Rede Ambulatorial possui aproximadamente 60 (sessenta) mil Unidades, tendo média de 350 (trezentos e cinquenta) milhões de atendimentos anual. A assistência compreende a atenção básica (programas de suprimento de carências nutricionais, bolsa alimentação, farmácia básica, vacina, saúde da família, combate as endemias), atendimento de media e alta complexidade (internações e tratamentos realizados em rede de hospitais próprios ou conveniados) (CABALLER, 2007).

Nessa Constituição de 1988, o Estado brasileiro adota como um dos seus objetivos a diminuição das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidaria sem quaisquer formas de

discriminação. Marcando a maneira de conceber direitos de cidadania e os deveres do Estado no país dentre os quais a saúde (BRASIL, 1988)

Assim essa garantia de saúde alude em garantir o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, mas também a formação de políticas sociais e econômicas que atuam na diminuição dos ímpetus de adoecer.

Serra (2007) enfatiza que a qualidade e a distribuição do atendimento estão atreladas a política de humanização com proeminência em ações que agencie a saúde e a prevenção das doenças.

Conforme a Lei 8.080/90, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão no que pertence à saúde, pautar-se pelos seus Planos de Saúde para a elaboração de suas respectivas propostas orçamentárias. Assim, torna-se pautável prosseguir com eficácia com a política de saúde, em todos os segmentos do governo (NEGRI, 2006).

Os dois principais instrumentos de planejamento das três esferas governamentais (Federal, Estadual, Municipal) de Gestão em Saúde são:

- Plano Plurianual (PPA) – estabelece conforme a região, as diretrizes, os objetivos e metas da gestão pública para as despesas de capital e as que decorrem destas, e para as relativas aos programas de duração continuada;
- Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) – abrange as metas e preferências da gestão pública, abrangendo as despesas de capital para o exercício financeiro seguinte. Norteia a preparação da Lei Orçamentária Anual, dispõe sobre as modificações na legislação tributária, institui a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

A Lei Orçamentária Anual (LOA) estima as receitas, estabelecendo gastos do governo, seus poderes, fundos, órgão, entidades da administração direta ou indireta, empresas das quais o poder público atenha a maior parte do capital com direito a voto (CORDEIRO, 2002).

A ampliação da política de saúde, o acompanhamento e controle efetivo e eficaz dos investimentos públicos em saúde acontecem com a interação entre os Instrumentos de Gestão em Saúde como: planos de saúde e diretor de regionalização (PDR), relatórios de gestão, agendas de saúde, programação

pactuada e integrada (PPI), Instrumentos de Planejamento do Governo (NEGRI, 2002).

Em relação à Atenção Básica podemos destacar algumas ações referentes ao Piso de Atenção Básica PAB- Fixo, mecanismo de financiamento do SUS em que fundos municipais de saúde ganham diretamente do Fundo Nacional de Saúde um montante per capita, fixado, cabendo ao mesmo a responsabilidade pela atenção básica à saúde da população de sua região, ao PACS-PSF, estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e da família de maneira integral e contínua, mediante atendimento de uma equipe multiprofissional que tem responsabilidade por certa população, as deficiências nutricionais que é o substituto do programa "Leite é Saúde", objetivando a diminuição e o domínio da desnutrição infantil e as carências nutricionais peculiares, a farmácia básica, vacinas, campanhas de conscientizações, combate as endemias com ações descentralizadas (FNS) e centralizadas (FUNASA) (VIANA, 2004).

No ano de 1998 ocorre a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB) que tornou-se fundamental para a solidificação da participação dos Municípios na gerência do sistema e também na organização da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (MACHADO; LEANDRO; MICHALISZYN, 2006).

Podemos citar ainda o PAB que é destinado ao desenvolvimento de ações estratégicas que ajuda no desenvolvimento de ações e serviços de saúde da atenção básica. O programa Saúde da Família (PSF) que é o eixo da Atenção Básica que inovou na dinâmica de atuação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde à família em seu próprio ambiente de maneira integral e contínua (CORDEIRO, 2002).

Para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que tende receber indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tem como objetivo reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social (MACHADO; LEANDRO; MICHALISZYN, 2006).

PSF pode ser acentuado como: "um arquétipo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, promulgado no melhoramento das condições de vida; no que está relacionada à área de saúde, essa melhoria deve ser explicada em serviços mais resolutivos, integrais e, sobretudo humanizados (VIANA, 2004).

Destaca-se o Piso de Atenção Básica Variável- Saúde da Família, o Incentivo Financeiro de Combate às Carências Nutricionais, Bolsa Alimentação, o Incentivo Financeiro para Ações de Prevenção e Controle das Doenças Transmissíveis, o Programa de prevenção e Controle das Doenças Imunopreveníveis, Ações de Vacinação, o Programa Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis por Vetores, Incentivo Financeiro para Assistência Farmacêutica Básica (MACHADO; LEANDRO; MICHALISZYN, 2006).

Temos ainda políticas que atendem a média e alta complexidade que incluem as internações e atendimentos realizados em rede de hospitais próprios e conveniados. São realizado transplante de órgãos, cirurgias, internações através da AIH implantado desde 1982 denominados de SIH/ SUS (Sistema de Informações Hospitalares) e também o Programa Qualidade e Eficiência do SUS, Programa das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST/AIDS que desenvolve campanhas educativas, implantação de serviços assistenciais alternativos, promoção de praticas seguras e aquisição e distribuição de preservativos, etc (BRAGA, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) deverá existir para cada 20.000 habitantes uma Unidade Básica.

Quanto as Unidades Básicas de Saúde estão sendo implantados valores de investimentos com reaparelhamento de Unidades de Hematologia, Unidades do SUS e da FIOCRUZ (VASCONCELOS, 2004).

O Programa Qualidade do Sangue tem reforçado a ações de modernização da infra-estrutura de hemocentros públicos esse Programa almeja assegurar a qualidade e auto-suficiência em sangue, componentes e correlatos sanguíneos para que o atendimento à população seja eficaz (VIANA, 2004).

As ações do Governo Federal incluem capacitação, qualificação dos profissionais da saúde, estruturação e modernização das Unidades de Saúde para que tenha maior eficiência. O reaparelhamento das Unidades possui seu foco em Urgência e Emergência buscando melhorar as condições dos Prontos Socorros e Unidades de Tratamentos Intensivos (UTI). Assim como a modernização e ampliação das Maternidades objetivando diminuir a mortalidade infantil (VASCONCELOS, 2004).

Em 1993, o Ministério da Saúde cria o projeto GERUS, que surge como uma intervenção no campo do desenvolvimento de recursos humanos em saúde, voltado para a qualificação técnica administrativa dos gerentes das Unidades

Básicas de Saúde, aumentando a capacidade gerencial, com o intuito de obter alterações práticas sanitárias e de atenção à saúde (NEGRI, 2002).

A Política Nacional de Promoção da Saúde confirma o compromisso do Ministério da Saúde no aumento e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde.

Assim a promoção da saúde, constitui uma estratégia de produção de saúde proferida as demais políticas desenvolvidas que contribui na constituição de ações que permitem responder aos imperativos sociais (BRAGA, 2004).

A gerência, o planejamento, informação, epidemiologia, ética, meio ambiente e políticas são campos essenciais para a reflexão, na construção do conhecimento, no pensar coletivo em saúde. Assim, devem ocasionar elementos mínimos que suscitem transformações na condição de saúde coletiva e na materialização de ações translúcidas, éticas, fundamentadas em indícios que conduzam efetividade, provocando uma extensão absoluta e ecossistêmica (MACHADO; LEANDRO; MICHALISZYN, 2006).

4.1.2 Processo em saúde coletiva em unidade básica de saúde

A saúde coletiva tendo com alicerce a promoção da saúde pode ser compreendida como um processo de se buscar sempre mais saúde; é estar propício à totalidade, respeitando a complexidade do mundo (VASCONCELOS, 2004).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a abertura ao sistema de saúde pública, ao próprio processo de saúde coletiva, visto que essa Unidade busca atender e encaminhar o que determinar necessário, imprescindível a os serviços e especialistas adequados e qualificados. Todos os municípios brasileiros devem proporcionar a sua população os serviços das UBS que oferecem acolhimento e atendimento às urgências de baixa gravidade ou complexidade que são atribuições destas Unidades (SILVEIRA, 2003).

Ainda conforme Silveira (2003) os administradores municipais precisam conceder alguma Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS), visto que, essa Unidade presta subsídio ao primeiro nível de assistência da média complexidade (nível secundário). Dessa forma, garante à população atendimento, assistência às urgências que tenham observação até 24 (vinte e quatro) horas para sua população ou para um agrupamento de municípios para os quais seja referência.

Os municípios devem proporcionar atendimento aos seus cidadãos por meio de suas unidades de Saúde Pública. Esse atendimento inclui: consultas em ginecologia, obstetrícia, clínica médica e pediatria; vacinação segundo o que determina o Ministério da Saúde; curativos; atendimento odontológico; terapia com aerosol; administração de medicação parenteral e via oral e coleta de colpocitologia oncológica. Estas Unidades (UBS e UBDS) devem ter uma equipe de profissionais multidisciplinar formados por: médicos, trabalhadores de enfermagem, cirurgiões dentistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, auxiliares administrativos e auxiliares de serviços gerais que são responsáveis pela assistência de saúde à população (BRASIL, 2000).

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta diversos programas de atenção ao usuário como Programa de Saúde da Família (PSF), Hipertensão Arterial, Diabetes, Programa de Saúde do Trabalhador entre outros (MACHADO; LEANDRO; MICHALISZYN, 2006).

No que está relacionado ao Programa de Saúde do Trabalhador, o mesmo apresenta por finalidade dar assistência a trabalhadores e tais programas são aplicados em determinadas UDS e UBDS. No ano de 2004 foram criados os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), integrantes da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST), com a intenção de afiançar a atenção à saúde dos trabalhadores em toda a rede pública (BRAGA, 2004).

Braga (2004) ainda acentua que a estruturação da RENAST alude em ações na rede de atenção básica e no Programa Saúde da Família; nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST); e em ações na rede assistencial de média e alta complexidade do SUS. A composição desta rede de atendimento aos problemas de saúde originados do processo produtivo ultrapassa o espaço de um serviço de médico tradicional. Exige mudanças, criação e desenvolvimento de uma cultura ou mentalidade sanitária difusa na sociedade e centralizada nos serviços de atendimento aos trabalhadores, sejam nos serviços de saúde, de segurança, na proteção social (assistência e previdência), no Ministério Público e na Vigilância Sanitária e Ambiental. Devendo garantir serviços técnicos assistenciais na rede de serviços do SUS e os profissionais de saúde das UBS e UBDS deverão receber o trabalhador, atuante nas múltiplas atividades profissionais, prestar-lhe acolhimento e assistência e quando necessário, encaminhá-lo ao CRST.

O SUS para o atendimento da população está organizado em níveis de complexidade como já foi ressaltado. O mesmo é iniciado com o nível primário que apresenta o atendimento básico, o secundário que oferece o atendimento básico e determinadas especialidades, o terciário que oferece todas as especialidades permitindo exames diagnósticos na própria instituição. As ações e serviços de atenção à saúde, no SUS, devem ser aplicados pela união de estabelecimentos, conforme os subsistemas, devendo ser organizadas em rede regionalizada e hierarquizadas, disciplinadas, um para cada município voltado ao atendimento integral da população (BRASIL, 2000).

O Sistema Único de Saúde (SUS) organiza a assistência de Saúde Pública no Brasil. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais, e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público planeja, constitui as ações da saúde coletiva. Enfatiza-se que em caráter complementar, a iniciativa privada poderá participar também do SUS (BRASIL, 2000).

Existem algumas estratégias que ainda estão em andamento que buscam a reformulação da formação do trabalho em Saúde, buscando produzir um maior alinhamento com os princípios e objetivos do SUS, estão: a expansão do Programa Saúde da Família (PSF), compreendido como a principal estratégia de reorientação do modelo assistencial, que busca superar o modelo hospitalcêntrico, fazendo chegar algum tipo de atenção à saúde a uma população excluída; a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no âmbito do Ministério da Saúde, ampliando iniciativas com os pólos de educação permanente; o Ensina- SUS e o fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS. Ressalta-se que dessa forma, existe um desafio de formar, qualificar profissionais da saúde em conformidade com os ideais e às demandas do SUS (SPINK, 2006).

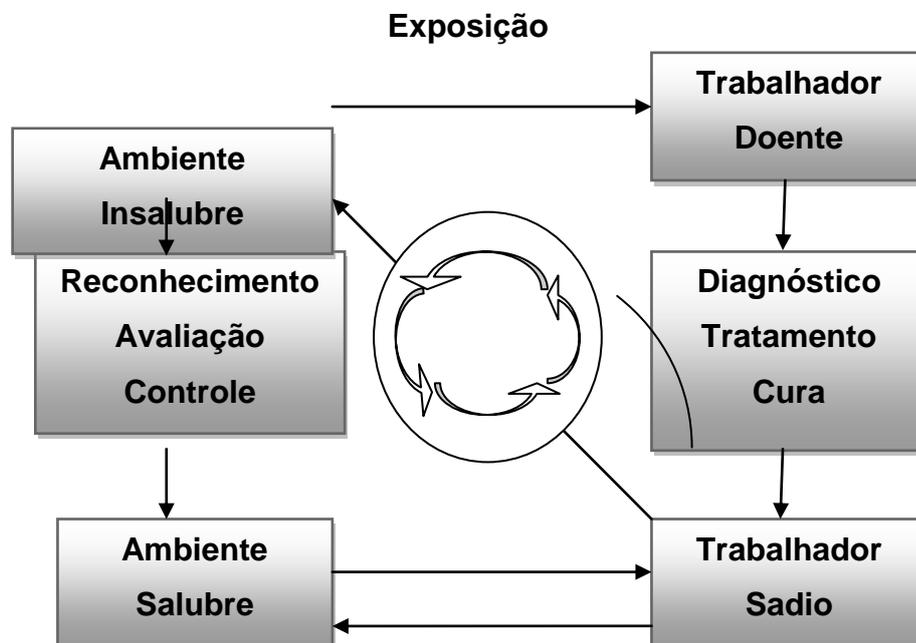
A formação do profissional que atua no campo da saúde coletiva não pode caracterizar-se como “hiperespecialização”, sob pena se perder o entendimento dialético da realidade pelo jogo das partes com o todo, visto que, a saúde coletiva está cada vez direcionada a interdisciplinaridade e a intersectoridade (MACHADO; LEANDRO; MICHALISZYN, 2006).

4.2 Exposição a riscos ocupacionais em Unidade Básica de Saúde

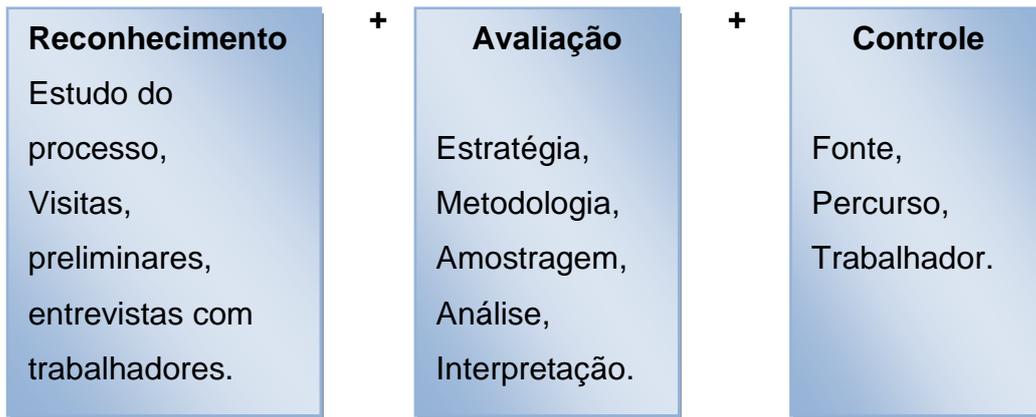
Os riscos ocupacionais que acometem os profissionais de saúde têm origem dos fatores físicos, químicos, psicossociais, ergonômicos e biológicos. Os riscos físicos são aqueles em que as variadas formas de energia a que possam estar exposto os trabalhadores como ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes e não ionizantes como o infra-som e ultra-som (XELEGATI, 2006).

O trabalhador colocado em um espaço de trabalho morbífico (infectado por agentes físicos, químicos ou biológicos) poderá vir a desenvolver uma patologia, que o incapacitará para o trabalho (SALAROLI, 2001).

A doença que atinge o trabalhador é conseqüência do seu ambiente laboral devendo ser realizado um reconhecimento para saber quais os agentes danosos existentes nesse espaço de trabalho, fazendo uma avaliação para saber se existe risco à saúde e adotar uma medida de controle (BREVIGLIERO; POSSEBON; SPINELLI, 2010), conforme podemos verificar no diagrama a seguir.



Fonte: BREVIGLIERO; POSSEBON; SPINELLI, 2010, p.9



Fonte: BREVIGLIERO; POSSEBON; SPINELLI, 2010, p.10

A higiene ocupacional é definida como a Ciência e arte dedicada ao reconhecimento, avaliação e controle daqueles fatores ou tensões ambientais, que surgem no/do trabalho, e que ocasionar doenças, prejuízos à saúde ou bem-estar, ou desconforto significativos entre trabalhadores ou entre cidadãos da comunidade (BREVIGLIERO; POSSEBON; SPINELLI, 2010).

Conforme esses autores o agentes ambientais físicos, químicos e biológicos que podem afetar a qualidade de vida do trabalhador estão assim descritos:

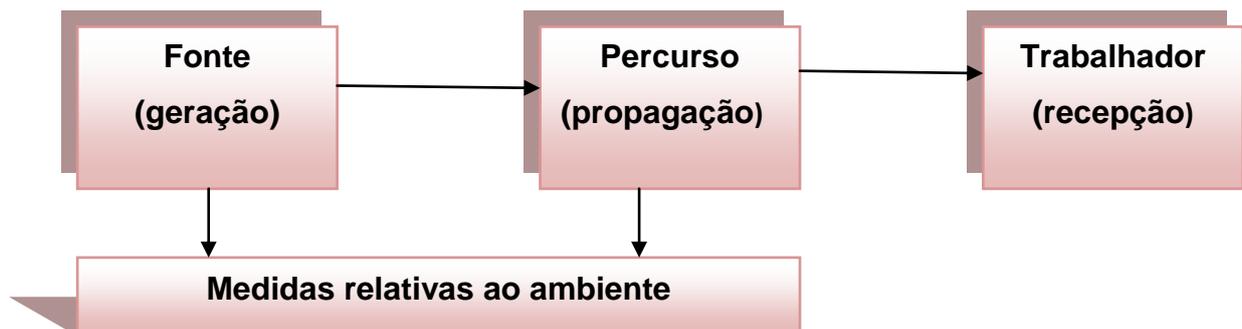
Agentes físicos	Ruídos Vibrações Temperaturas externas Pressões anormais Radiações ionizantes Radiações não ionizantes
Químicos	Gases e vapores Aerodispersóides: poeiras, fumos nevoas e neblinas (fibras)
Biológicos	Vírus Bactérias

Fungos, algas e parasitas

Segundo estes autores existem três etapas para um ambiente laboral adequado. O *Reconhecimento* é a primeira etapa da higiene ocupacional, sendo primordial, pois, caso um agente tóxico não for reconhecido, não ocorrerá avaliação conseqüentemente não ocorrerá controle. Posterior a essa etapa deverá ser realizada uma avaliação para verificar se as medidas adotadas foram suficientes para tornar adequado o ambiente de trabalho.

A segunda é a *Avaliação* que é uma medida de prevenção de doenças ocupacionais, pois, se o ambiente, o espaço laboral for saudável, possivelmente não haverá doenças profissionais, caso essa avaliação seja feita de forma inadequada, a falha só será descoberta quando o trabalhador adoecer. Temos duas tipologias de avaliação a quantitativa e a qualitativa com o mapa de riscos.

A terceira são as *Medidas de controle* dos agentes que deverá ser realizada através de medidas de engenharia que protegerá o ambiente de trabalho. Essas medidas devem ser adotadas, priorizando a sua eficiência, primeiramente a referente à fonte, seguida da de percurso e por último as relativas aos trabalhadores. Como demonstrado a seguir.



Fonte: BREVIGLIERO; POSSEBON; SPINELLI, 2010, p.11

Guimarães;Grubits(2004) além dos citados acrescentam aos determinantes dos riscos ocupacionais os fatores ergonômicos e mecânicos que, nos ambientes de trabalho, possam produzir danos à saúde, considerando a Classificação dos Principais Riscos Ocupacionais em Grupos do Mapa de Riscos.

De acordo com Guimarães e Grubits (2004, p.161 a 162) as principais contribuições básicas sobre os riscos ocupacionais no trabalho são trazidos pela Saúde Ambiental, Higiene do Trabalho, pelas Normas Regulamentadoras e Pela Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho que apresentam-se resumidos em:

—> Saúde Ambiental – evidência um estudo da interação dos indivíduos expostos, em seus espaços de trabalho ou moradia, a certos agentes nocivos à saúde e aos possíveis riscos de obter alguns transtornos orgânicos e/ou psíquicos diante dessa exposição (CÂMARA; GALVÃO, 1995 apud MAGALHÃES).

Conforme o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial- SENAC (2009) quando se trata de agir e decidir em relação à qualidade de vida das pessoas, é imprescindível trabalhar conforme o paradigma que cada grupo visualiza o seu ambiente e os ambientes mais abrangentes nos quais estão inseridos. Sendo fundamental aumentar a definição de meio ambiente passando a vê-lo como algo que ultrapassa o meio natural, incluindo também, necessariamente, o ambiente construído e modificado pelo homem ao longo da história. Tendo como foco o indivíduo enquanto sujeito histórico fincado em um determinado corpo social no qual as contradições tornam vulneráveis alguns grupos da população como crianças, índios, idosos e pobres.

Dessa forma, a promoção da saúde exige articulações de cinco áreas de ação: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, capacitação da comunidade, desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e reorientação dos serviços de saúde (SALAROLI, 2001).

—> Higiene do Trabalho destaca a importância do “reconhecimento, avaliação e controle dos fatores ou estresses ambientais que possam ocasionar doenças, alterações na saúde ou desconforto significativo a trabalhadores ou residentes da comunidade, conforme enfatiza a *American Industrial Hygiene Association (AIHA)* (KITAMURA, 2001 Apud MAGALHÃES).

—> As Normas Regulamentadoras que estão relacionadas à Segurança e Medicina do Trabalho são as bases para as empresas administrarem seus riscos potenciais à saúde do trabalhador.

4.2.1 Agentes biológicos

Os agentes biológicos que contaminam os ambientes ocupacionais são os vírus, bactérias, protozoários, fungos, artrópodes, parasitas (helmínteos) e derivados de animais vegetais (agentes que provocam alergia). Em geral, encontram-se em hospitais, estabelecimentos de serviços de saúde em geral, cemitérios, matadouros, laboratórios de análises e pesquisas, industriais-como farmacêutica e alimentícia-, empresas de coleta e reciclagem de lixo, estações de tratamento de esgotos, etc. (MARTINS, 2010)

Estes agentes são os responsáveis pela maior quantidade de agravos sofridos pelos profissionais da saúde, devido à distinta atividade realizada e também pela exposição a sangue e fluídos corpóreos ocasionadores de infecções, em que o contágio pode advir por via cutânea, respiratória ou digestiva (BRASIL, 2000).

Esse tipo de contaminação pode ocorrer pelo contato com materiais contaminados e com pessoas portadoras de algumas doenças contagiosas; por transmissão através de vetores (roedores, baratas, mosquitos e animais domésticos); por contato com roupas e objetos de pessoas doentes; pela permanência em ambientes fechados; por acidentes com objetos pontiagudos, etc. (SPINELLI, 2010).

Os trabalhadores que encontram-se sob riscos de agentes biológicos devem realizar exames periódicos pertinentes, receber vacinas para aos agentes presentes em seu ambiente de trabalho. Devendo fazer uso dos equipamentos de proteção individuais-EPIs buscando proteger-se de contaminações e prevenir acidentes. Esses equipamentos devem permitir uma visualização fácil de indícios de contaminação ou de contato com substâncias infectantes além de permitir também uma higienização fácil e rápida. (MARTINS, 2010).

Devem existir dois vestiários: um para roupa de trabalho e um para roupa comum, e os trabalhadores devem tomar um banho antes das refeições e ao término do trabalho (SPINELLI, 2010).

Quanto ao ambiente de trabalho esse deve ser bem sinalizado contendo avisos de risco biológico, permitindo uma limpeza e desinfecção fácil com o devido encaminhamento das águas de lavagens para uma área de tratamento de resíduos.

Os riscos biológicos podem originar doenças como tuberculose, leptospirose, hepatite “B” dentre outras (SPINELLI, 2010).

4.2.2 Agentes Químicos

Os agentes químicos que interessam a higiene ocupacional são os gases, os vapores e os aerodispersóides na forma de poeiras, fumos, nevoas, neblinas e de fibras, pois eles se mantêm em suspensão no ar contaminando os ambientes de trabalho e provocando desconforto, diminuindo a eficiência e a produtividade, sobretudo, provocando alterações na saúde dos trabalhadores, podendo ocasionar até as doenças profissionais com incapacitação e morte (POSSEBON 2009).

Segundo POSSEBON 2009; a morte pode ser ocasionada no caso das atmosferas deficientes de oxigênio e/ou explosões e inflamações de misturas de gases, vapores e aerodispersóides no ar. Por essa razão os agentes químicos são tratados como aspectos de higiene e de segurança ocupacional. Um grande número de agentes químicos é comprovadamente cancerígeno e não deveriam existir limites de tolerância.

Algumas doenças ocupacionais provocadas por produtos químicos segundo Bellusci, 2010:

- Saturnismo – é uma doença profissional ocasionada pela exposição dos trabalhadores ao chumbo. Os seus sintomas são fraqueza com dores iniciais nos membros inferiores, insônia, cólicas abdominais, impotência sexual, gosto amargo na boca, má digestão, inapetência, diarreia e obstipação alternadas;
- Hidrargirismo - é provocada pela exposição ao mercúrio metálico orgânico ou inorgânico. Ela degenera a parte central do sistema nervoso, ocasionando deformação nos fetos. Os seus sintomas são dificuldade na fala e na coordenação motora, perda da sensibilidade e tremores nos membros, dores de cabeça, fadiga, irritabilidade, insônia, paranóia, perda de memória, ansiedade, depressão, gosto metálico, mau hálito, diarreia, perda de apetite e de peso, tosse, bronquite, pneumonia e fraqueza geral;
- Manganismo ou Parkinson mangânico – é ocasionado por intoxicação por manganês seus sintomas são cefaléia, sonolência, espasmos musculares dos membros inferiores, artralgia, excitabilidade, irritabilidade, euforia, agressividade, alucinações, distúrbios de locomoção e tremores parecidos com o mal de Parkinson, fala monótona, impotência sexual e contração dos músculos da face (riso sardônico).

Podemos ainda citar a pneumoconiose originada da inalação de poeiras fibrogênicas e seu acúmulo nos pulmões (silicose, asbestose, berrinose). Temos ainda doenças ocasionadas pelos solventes, produtos toxicológicos, gases e os vapores, classificadas segundo sua ação no organismo em três tipos:

- Irritantes;
- Anestésicos;
- Asfixiantes.

4.2.3 Agentes Físicos

Os riscos físicos encontram-se sob a denominação conforme Classificação dos Principais Riscos Ocupacionais em Grupos, os ruídos, as vibrações, as radiações ionizantes e não ionizantes, o frio, o calor, as pressões anormais e a umidade (BELLUSCI, 2010).

Grubits (2008) afirma que o ruído é um estressor físico, estando entre um dos principais estressores psicossociais no trabalho. Os efeitos extra-auditivos da perda auditiva induzida pelo ruído compreendem: reações generalizadas ao estresse e suas consequências, como a hipertensão arterial, distúrbios digestivos e fadiga somática.

As pressões anormais estão relacionadas às atividades hiperbáricas em que o indivíduo está submetido ao aumento da pressão atmosférica ou hidrostática (Alves apud Guimarães; Grubits, 2008).

As vibrações encontradas no ambiente laboral quanto ao uso de instrumentos podem afetar o conforto e a eficiência do trabalhador quanto à intensidade da exposição for intensa, comprometendo o sistema endócrino, metabólico cardiovascular, gastrointestinal e o nervoso central ocasionando debilitação e mal-estar geral (CORRÊA apud GUIMARAES ; GRUBITS, 2008).

- ✓ Radiações ionizantes e não-ionizantes – são representadas pelos Raios X, gama, alfa e beta, e encontradas na extração de minerais radioativos.
- ✓ Frio e calor – são denominados de estressor físico o calor e o frio extremo, estão entre os principais estressores psicossociais no trabalho.

Barbosa apud Secco (2008) relatam que os riscos físicos advindos do trabalho que atingem os profissionais da área de saúde são procedentes da eletricidade, dos pisos escorregadios, ruídos, umidade, calor, má iluminação, radiações e ventilação inadequada.

Silva (2008) relata que os riscos físicos são referentes aos ruídos, vibrações, radiações ionizante e não-ionizantes, temperaturas extremas, pressões anormais e umidades, iluminação inadequada e exposição a incêndios e choques elétricos.

Na Unidade de Tratamento Intensiva – UTI, encontra-se uma incidência de radiações ionizantes relatadas por 22% dos trabalhadores conforme literatura de Nishide & Benatte (2004). Essas radiações são emitidas pelos aparelhos de Raios X, sendo que nessa unidade a exposição é diária e periódica, mas, não é contínua.

As medidas de precaução são as condições térmicas do ambiente de trabalho que devem oferecer conforto aos trabalhadores, tendo temperatura mantida entre 24° e 26°C, estável e igual em todos os compartimentos impedindo condução de ar descomunal e mantendo a umidade relativa em níveis de 40% a 60%. É certo que a iluminação adequada no ambiente de trabalho proporciona um local agradável diminuindo as probabilidades de acidentes.

4.2.4 Riscos Mecânicos ou de Acidentes

Conforme a Lei nº 8213 de 24 (vinte e quatro) de julho de 1991 que foi modificado pelo Decreto nº 611 de 21 (vinte e um) de julho do ano posterior, Acidentes de Trabalho é quando advém do exercício do trabalho, a serviço da empresa, do trabalho de segurados especiais, ocasionando lesão corporal ou perturbação funcional que ocasione a morte, a perda, ou a diminuição da capacidade para o trabalho, permanente ou temporária (SÊCCO, 2005).

Os dispositivos constitucionais sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltado a Saúde do Trabalhador é regulamentada pelos dispositivos da Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8.080/1990). No artigo 6º, parágrafo 3º menciona o conjunto de atividades que se reservam através de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como objetivam a recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos incididos das condições de trabalho (REIS, 2008).

Os problemas e doenças do trabalho formam alguns dos mais graves problemas de saúde pública do país, com complexidade regional incerta, originada pela natureza, estágio e diversidade dos processos produtivos instalados em cada um locais que compõe o território nacional (RENAST-SP, 2007).

Os trabalhadores brasileiros estão expostos, diariamente, aos mais variados riscos à saúde, que já são reconhecíveis, assim como seus riscos e agravos à saúde. Assim, as mortes, mutilações, e agravos determinados pelo trabalho poderiam ser evitados, anualmente modificando a qualidade vida do trabalhador (RENAST-SP, 2007).Conforme pesquisa de Benatte (2001):

As condições de trabalho são as causadoras de 30% dos acidentes dos trabalhadores, a culpabilidade pelo acidente foi das condições de trabalho. Mesmo quando são conhecidas as más condições de trabalho, inclusive pela existência de outros acidentes anteriores no mesmo local, o trabalhador não questiona a periculosidade a que está exposto. Nesta pesquisa, 6% dos acidentes ocorreram no expurgo da Central de Material Esterilizado.

4.2.5 Riscos ergonômicos

A ergonomia possui diversas definições postuladas às suas dedicações. A seguir algumas descritas na literatura de Bauk (2008, p.29):

Ergonomia é o estudo do relacionamento entre o homem e o seu trabalho, equipamento e ambiente, e particularmente a aplicação dos conhecimentos de anatomia, fisiologia e psicologia na solução dos problemas surgidos desse relacionamento (Ergonomics Research Society).

Assim compreendemos que a ergonomia abrange o ambiente de trabalho, os instrumentos, o sistema, a metodologia, envolvendo o homem e sua qualidade de vida tendo o laboro como fator determinante.

Para Silva, Santos e Nascimento (2008) os riscos ergonômicos estão relacionados ao ambiente impróprio de trabalho, elevação e transporte de peso, postura inapropriada, erro de compreensão de rotinas e serviços, jornada de trabalho inadequada, fatores externos, mobiliário, entre outros fatores.

Recentemente os riscos ergonômicos foram relacionados às sobrecargas nas estruturas músculo - esqueléticas, devido os esforços físicos intensos, uso do

computador, o transporte e o levantamento manual de peso, cobrança de posturas impróprias, repetitividade, entre outros (JARDIM, 2003).

Os tecidos musculares são constituídos por células cilíndricas alongadas - as fibras musculares - as quais, de acordo com suas características morfofuncionais podem ter três tipos o liso, estriado cardíaco e o estriado esquelético. [...] o tecido muscular esquelético representa aproximadamente 40% do peso corporal e é responsável pela geração de força e movimentos (BAUK, 2008).

A fadiga muscular é um exemplo de riscos ergonômicos, a mesma é a incapacidade do músculo esquelético gerar elevados níveis de força e mantê-los ao longo do tempo. A contração forte e prolongada de um músculo pode levar ao estado de fadiga, caracterizado por (JARDIM, 2003):

- ✓ Declínio da força muscular provocada durante e posteriormente aos exercícios;
- ✓ Incapacidade de manter a mesma intensidade de exercícios ao longo do tempo;
- ✓ Diminuição da velocidade de contração;
- ✓ Aumento do tempo de relaxamento muscular.

Esforços musculares intensos ou repetitivos podem causar hipersensibilidade de alguns músculos, tornando-os mais propensos à contração de outros, não exercitados. Nesse estado, o músculo pode não ser capaz de relaxar completamente, persistindo em uma atividade residual, mesmo em repouso, que pode ser traduzida por tremores. A combinação dessa hipersensibilidade com a pressão do fluido intramuscular sobre as fibras pode ser causa de contrações localizadas ou espasmos musculares dolorosos. Além disso, grupos musculares podem entrar em contratura espontânea, ocasionando câibras (BAUK, 2008).

4.3 Características profissionais dos trabalhadores que atuam em UBS

Diante das exigências do mercado atual no que se refere ao profissional, verifica-se a importância da formação profissional na área da saúde, visto que esta formação poderá proporcionar a criação de mecanismos sistemáticos que poderão qualificar e aprimorar as ações intencionais no âmbito da saúde coletiva (CATTANI, 2000).

Unicovski e Lautert (2008) consideram que a maioria dos profissionais de saúde nas Unidades Básicas permanece exercendo atividades tradicionais dentro

dos serviços formais de saúde e educação, havendo, portanto, uma necessidade de reorientação dos processos de formação, devendo-se levar em consideração o contexto político e sócio-econômico que caracteriza a sociedade, a problemática, o conhecimento técnico-científico e o desenvolvimento do processo evolutivo humano e social.

Para Araújo (2007), esses profissionais devem estar aptos para analisar o saber e o fazer, como elementos do objeto de conhecimento e da prática, no sentido de superar as representações das suas atividades, reconhecendo suas interfaces (cuidar/ administrar, individual/ coletivo, preventivo/ curativo, pensar/ fazer), desenvolvendo estratégias para superar os problemas diários.

Os profissionais que atuam nas Unidades de Saúde devem possuir características técnicas- científicas, humanitária, elementos filosóficos, ideológicos e políticos para que possa criticar, opinar sobre a realidade, ter noções, princípios, ética no conhecimento e na sua visão de mundo para que possa desenvolver seus relacionamentos com o outro de maneira democrática (JARDIM, 2003).

Entretanto devido ao salário, a jornada de trabalho e ao próprio mercado de trabalho e as condições oferecidas aos trabalhadores da saúde, especialmente, os públicos nos deparamos com profissionais com apenas cursos técnicos profissionalizantes, estressados, sem qualidade de vida ou perspectivas satisfatórias, ou mesmo sem ética profissional, sem humanização (REIS, 2008).

O profissional que atua na área de saúde, especialmente o médico, enfermeiras, terapeutas, fisioterapeutas das UBSs devido ao mercado acabam atuando em regiões distantes das suas famílias, especialmente os que estão em início de carreira, isso ocasiona o sentimento de saudade, vazio que poderá trazer consequências sérias ao seu psíquico. 75% dos profissionais atuantes nesta área são jovens formados ou com idade inferior a 45 anos. As mulheres representam 53% destes profissionais; 69% possuem entre três a quatro atividades, alguns com função de plantonistas e ambulatorial. Alguns se dividem em programas de residência médica ou similar, buscando também especializações, mestrados, doutorados. A maioria dos profissionais de saúde considera sua atividade desgastante, desenvolvendo sentimentos de incerteza e pessimismo relacionados ao futuro na profissão (SOBRAL, 2009).

Os principais fatores que acabam desgastando estes profissionais é o excesso de trabalho (multiemprego) baixa remuneração, más condições de trabalho,

responsabilidade profissional, área de atuação (especialidade) relação médico - paciente, conflito/ cobrança da população, do sistema do gestor, viagens estressantes, perda de autonomia (ALMEIDA, 2000).

Todo profissional da saúde lida diariamente direta ou indiretamente com as pessoas e suas vidas devendo, portanto, seguir as recomendações quanto aos cuidados éticos conforme determina o Comitê de Ética da Saúde. Este profissional deve se qualificar e possuir dedicação a atividade desenvolvida. De acordo com Sobral (2009), o profissional de saúde deve ter uma visão crítica e atenção com o paciente, conhecimento e atualização constante dos estudos. Devendo ainda ser analítico para poder julgar as situações do cotidiano e assumir o paciente. Ressalta-se que esses profissionais da saúde, sobretudo, os do PSF devem ter um contato direto com o paciente e sua família, mesmo que de maneira preventiva reforçando a importância de tratar a população com qualidade.

Dependendo da área atuante pode existir flexibilidade dos horários, visto que, muitos trabalham meio período ou em regime de plantão, devendo este profissional utilizar essa flexibilidade em possibilidade de capacitação profissional. O profissional de saúde que atende ao setor público é tão exigido quanto na iniciativa privada, visto que, estes servidores estão atualmente voltados para metas e comprometimento com a instituição em que atuam (MASSON, 2007).

Assim as características desses profissionais de saúde devem ter atenção e cuidados com o paciente, iniciativa, responsabilidade, persistência e compromisso, dedicação ao estudo, capacitação constante, compromisso com a instituição e trabalho em equipe.

Qualquer profissional de saúde deverá estar apto para assumir a gerência das unidades básicas onde atuam, devendo possuir conhecimentos para que os capacitem para esses cargos, visto que, deverão estar integrado as atuais tendências da assistência e o seu cotidiano conforme sua realidade, devendo planejar e organizar a execução de ações de saúde (JARDIM, 2003).

A diversidade e a complexidade das áreas de atuação destes profissionais decorrem do contínuo desenvolvimento científico-tecnológico e dos quadros demográficos-sanitários que exigem novos delineamentos para cada âmbito específico desta profissão. Eles deverão estar dotados de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) que possam possibilitar sua interação e

atuação múltipla funcional, promovendo e executando ações integrais de saúde que beneficiem indivíduos e comunidades (ALMEIDA, 2000).

Estes profissionais da atenção básica devem ser capazes de organizar, planejar, desenvolver, avaliar ações que respondam as necessidades da comunidade, na articulação com os vários setores promovidos na promoção da saúde.

4.3.1 Condições de vida e trabalho dos profissionais de saúde

Conforme Chiavenato (2001), a concepção de qualidade de vida no trabalho está direcionada a estima pelas pessoas. Como as corporações necessitam de pessoas determinadas, motivadas para obter as posições aguardadas de qualidade e produtividade, a Qualidade de Vida do Trabalhador (QVT) junto a excelência pessoal dos colaboradores, pode avalizar o pleno sucesso da organização.

Antes de prestar assistência, promovendo satisfação os clientes externos, as empresas devem priorizar os seus colaboradores, já que estes são os responsáveis pelo atendimento satisfatório dos externos. Nas Unidades de Saúde, tanto a Qualidade de Vida do Trabalhador quanto à qualidade pessoal contribuem para a eficácia no atendimento ao cliente. Qualquer profissional que trabalha com prazer em suas tarefas se comprometendo em fazer sempre o melhor, terá absorvido os princípios da qualidade de forma mais eficaz e rápida. (BERTELLI, 2004).

Acredita-se que o trabalho individual e social tem como ferramenta importante a organização, que deve ser apreciada a partir da adequação do ambiente físico ou social ao processo de trabalho. Quando se trata do fator organizacional do trabalho nos deparamos um tema amplo e complexo, formado de muitas variáveis. Pode-se ponderar que as organizações são estruturas formadas por unidades internas, com suas próprias características que se relacionam com o meio externo, em processo contínuo de inter-relação com interferência mútua (FARIA 2005).

Hoje, essa organização infere em um desafio empresarial devido às divergências contabilizadas entre os interesses de trabalhadores e empregadores, tendo as condições físicas, ambientais e organizacionais de execução de trabalho

como fatores que proporcionam diversos graus de desgaste e sofrimento ao trabalhador (DEJOURS, 2004).

De acordo com o autor (2004) quando não é provável o rearranjo organizacional do trabalho pelo trabalhador, a relação conflitante do psíquico à tarefa é inibida, tendo uma capitalização de energia pulsional que não acha quitação no trabalho, implicando em sentimento de insatisfação, fadiga e tensão. Segundo Dejours a procedência da carga psíquica do trabalho está na relação e flexibilização do homem com a organização do trabalho, permitindo pleno uso das habilidades psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas, de modo a existir maior liberdade ao trabalhador para rearranjar seu atuar e utilizar-se de gestos capazes de lhe proporcionar prazer, transformando um trabalho exaustivo em trabalho compensado (FARIA 2005).

No campo da saúde busca-se o conhecimento sobre o processo de trabalho buscando a coletividade, o fator organizacional e a qualidade de vida do trabalhador em seu ambiente de trabalho, visto que o mesmo apresenta desafios, problemáticas a serem elucidadas, em um contexto político e econômico (SANTOS, 2004).

De acordo com Mattos e Reis (2001), existe uma política social para a saúde e qualidade de vida do trabalhador, em meio às questões sociais, políticas, à flexibilização da economia, à precariedade do trabalho e ao desemprego, que problematizam as demandas e as necessidades de intervenção na organização e nos processos de trabalho que pensamos ter conhecimento.

Sabemos que todos os dias, nos encontramos a mercê dos mais diferentes microorganismos causadores de enfermidades, contudo, mesmo estando em toda parte, determinados ambientes de trabalho corre-se mais risco de se adoecer em decorrências dos mesmos (BREVIGLIERO; POSSEBON, 2010).

Kirchhof (2006), em suas pesquisas sobre a relação trabalho e saúde, reconhece algumas tendências pertinentes, como a denominada saúde do trabalhador que possui o pressuposto que o trabalho adiciona ao ser humano, outras condições de vida que respondem por adoecimentos. Segundo ele, a relação entre a atividade desenvolvida e manifestações físicas e psíquicas apresentadas pelos trabalhadores, podem gerar adoecimento que pode ser específico do trabalho.

Conforme o Ministério da Saúde as enfermidades infecciosas e parasitárias são muito comuns no Brasil, tendo predominância no nordeste. Corresponderam a 8,5% da morbidade hospitalar do SUS. Existe grande número destas enfermidades, algumas facilitadas por costumes impróprios, comportamentos de risco, estresse constante, trabalho em ambientes insalubres, acidentes ocupacionais; outras podem proceder de acontecimentos inevitáveis e, em tal contexto, os médicos estão submergidos, pagando alta contribuição. O contato direto com os portadores de doenças infecciosas transmissíveis, associado à precisão de trabalhos diversos e estafantes, amplia o ímpeto destes agravos entre os médicos, fato que compõe um truísmo, notadamente para as infecções virais do trato respiratório (BRASIL, 2006).

Os riscos ocupacionais originam-se nas atividades insalubres e perigosas, aquelas cuja natureza, condições de trabalho, os mecanismos de controle sobre os agentes biológicos, químicos, físicos e mecânicos do ambiente de tratamentos, consultas, internações e prevenção podem ocasionar efeitos adversos à saúde dos profissionais (KIRCHHOF, 2006).

Os hospitais e as unidades de saúde demonstram uma significativa prevalência aos riscos biológicos devido à exposição ao material biológico que encontram-se no ambiente de trabalho, pois o mesmo, está ligado ao contato com sangue e outros fluidos orgânicos, a exemplos de secreções naso-faríngeas, exsudato de lesões da pele, líquido cefalorraquidiano, respingo em mucosas, etc., os quais poderão estar infectados com vários patógenos (Brevidlli apud Silva, 2008).

Silva (2008) relata que o risco biológico nas instituições de saúde, não está relacionado apenas à interação do trabalhador com pacientes portadores de agentes infecciosos, mas, também ao contato com os materiais contagiados por fluidos biológicos. Segundo o mesmo pode ser relacionada aproximadamente vinte e duas enfermidades passíveis de transmissão através desta interação, sendo os patógenos difundidos pelo sangue como o HIV, hepatite "C" e "B" e também os de maior ímpeto na saúde dos profissionais de saúde.

Autores como Silva (2008) destaca a pouca ventilação, a ausência do EPI ou não utilização do mesmo, o ambiente e a ausência de treinamento para que os profissionais procedam à esterilização a desinfecção e a limpeza ou o mau uso das precauções exigidas que predisponha esse risco.

Entretanto a situação do trabalho desses profissionais não é gratificante devido à questão salarial, carências de recursos técnicos materiais, ergonomia, entre outros fatores. Essas condições de trabalho desses profissionais que atuam no serviço público como em unidades básicas de saúde geram desmotivação descomprometimento na execução das suas atividades e até mesmo abandono do trabalho.

Alguns profissionais da saúde como o médico, o enfermeiro, trabalha mais que a maioria dos outros trabalhadores, pois eles tendem a trabalhar 15 (quinze) horas a mais semanalmente que os outros profissionais. Tiram pouco tempo de férias enquanto tiram 4 (quatro) semanas/ano ou outros podem tirar até 8 (oito) semanas/ano. Trabalham maior quantidade de anos do que a população geral (FERRAZ, 2007).

Pesquisas realizadas por Clever (2010) revelam que as tensões e prazeres relacionados ao estilo de vida e à família e a morbidade entre médicos apontam doenças referentes ao tabaco, suicídio e dependência de drogas. Outro fator preponderante que chega até a ser contraditório é que segundo a autora muitos médicos não possuem médicos, recorrendo ao autotratamento. Ela ainda ressalta que o constrangimento relacionado à cortesia profissional pode impedir o diagnóstico e o tratamento, podendo ocorrer apenas consultas de corredor [...] Uma extensão patológica da negação é a “síndrome da invulnerabilidade médica” que se distingue por apresentar a convicção de que os problemas pessoais e familiares, as complicações e as doenças que comprometem outros indivíduos não podem afetar o médico ou não irão fazê-lo.

Para Bertelli (2004) ter qualidade de vida resulta em um trabalho desenvolvido com satisfação na tentativa de obter resultados almejados pela organização e também em desenvolver habilidades e talentos na resolução de problemas organizacionais como aqueles que surgem fora da organização. Em uma Unidade de saúde deverá existir espaço necessário que contabilize a higiene, ruídos, ergonomia, etc. aos seus funcionários promovendo saúde e bem - estar a todos (clientes e colaboradores).

Chiavenato (2008) implica a qualidade de vida a capacidade de criar, manter, melhorar, condicionar o ambiente de trabalho em suas condições físicas de higiene, ou seja, em condições psicológicas e sociais.

4.3.2 Fatores de riscos à saúde física e emocional dos profissionais de saúde

A UBS é citada como ambientes laborais que possuem um espaço estressante tendo alguns fatores peculiares na rotina de trabalho como agravantes para a qualidade de vida dos profissionais de saúde como a urgência exigida no atendimento, às freqüentes interrupções nas atividades, a ausência de autoridade decisória, trabalho extremamente repetitivo, o enfrentamento a situações perigosas (agressões e visitas a locais distantes), jornada de trabalho, sobrecarga de trabalho, esforço exigido e fragmentação do trabalho (AQUINO, 2002).

Acidentes com material pérfuro-cortante entre trabalhadores da Saúde Pública demonstram que essa exposição dos profissionais ao risco biológico tem evidenciado que comportamento dos profissionais em não adotar o uso das precauções padrão e manter práticas de risco de acidentes com exposição ao material biológico tais como; descarte de material em recipientes inadequados quanto ao tipo e capacidade, não uso de luvas, encape ativo de agulhas e transporte ou manipulação de agulhas desprotegidas tem se acentuado como predisposição a acidentes e doenças do trabalho (FERRAZ, 2007).

Os desastres de trabalho com sangue e outros fluídos potencialmente infeccionados passam a ser considerados como emergência médica, uma vez que para atingir maior eficácia, as intervenções para a prevenção do contágio do HIV e da hepatite B devem ser começadas imediatamente a ocorrência do acidente. A conduta deve estar orientada na análise da condição do acidente, do profissional que se acidentou e da pessoa fonte. Deve-se considerar, ainda, de forma decisiva, o contexto epidemiológico mais amplo em que aconteceu o incidente no curso de analisarem minuciosamente as potencialidades de perigos (BRASIL, 2002).

Conforme Sêcco (2005) o risco de transmissão do HIV para os profissionais da área de saúde é estimada em 0,3% devido à exposição aos acidentes com agulhas. A possibilidade de contágio pelo vírus da hepatite "B" é de 40% em circunstâncias em que o agente de contaminação é o paciente com sorologia positiva ao antígeno da hepatite "B". Em relação à "C" é de 1,8%, ou de 1% a 10%. Quanto à exposição a mucosas integras ao fluido corrompido apresenta um risco médio de 0,1% e a exposição da pele integra um risco inferior de 0,1%.

Diversas situações infecciosas e parasitárias, insistentes ou emergentes, algumas delas de intimação obrigatória no Brasil (2003), põe o profissional de saúde

em perigo, sendo a assiduidade diretamente relacionada ao perfil epidemiológico da condição na área de atuação: infecção pelo HIV; hepatites virais; doença de chagas; rubéola; varicela; tuberculose; Doença de Creutzfeldt-Jakob (príon); febres hemorrágicas virais (exemplo, infecção pelo vírus ebola); gripe etc (AQUINO, 2002).

Xelegati (2006) destaca que substâncias químicas que podem ser inaladas, digeridas ou que entrem em contato com a pele são causadores de danos à saúde dos trabalhadores. As circunstâncias que favorecem a essa exposição ocupacional é a utilização demorada de luvas de látex, a manipulação de detergentes, solventes, drogas antineoplásicas e antibióticos de última geração, a absorção de gases anestésicos, a exposição aos vapores de formaldeído e aos vapores de gases esterilizantes entre outros.

Segundo a pesquisa ordenada por esse autor os riscos químicos possuem cinco agentes com maior frequência são: antibiótico e benzina (100% cada), iodo (98,1%), látex/talco (88,7%) e glutaraldeído (71,7%), que são comumente encontrados em hospitais. Para um tratamento medicamentoso em pacientes são utilizados mais os antibióticos, desgorduramento da pele (benzina), limpeza (glutaraldeído e hipoclorídico de sódio) assepsia de pele (iodo) e proteção das mãos (luvas de látex). Ressalta-se que o álcool foi pouco citado apenas (9,4%) embora seu uso seja habitual na prática hospitalar. No que se relaciona aos antineoplásicos a menção restrita (11,3%) ocorre devido à carência de uma área exclusiva para atendimentos a pacientes oncológicos, conforme a literatura de Xelegati (2006).

A existência de risco biológico está relacionado à variedade de agentes infecciosos e parasitários ampliando-se depois para diversas situações que ultrapassam a prática na área da saúde, incorporando outros profissionais (limpeza) que podem se expor ocasionalmente a materiais biológicos contaminados ao desenvolverem suas atividades. Além disso, situações como violência sexual passam a ser reconhecidas como ocorrência de risco biológico (BRASIL, 2002).

Estes riscos biológicos representados por agentes biológicos como as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários e vírus são responsáveis pelo maior quantidade de injúrias sofridas pelos profissionais da saúde, devido à peculiaridade das tarefas desempenhadas e exposição a sangue e fluídos corpóreos causadores de infecções, onde a contaminação pode ocorrer por via cutânea, respiratória ou digestiva (FERRAZ, 2007).

Eles compreendem doenças transmissíveis agudas e crônicas, parasitoses, reações tóxicas e alérgicas a plantas e animais. As maiores fontes de contaminação são através do contato mão-boca, o contato mão-olho, os cortes e feridas superficiais na pele exposta e perfuração cutânea (BRASIL, 2004).

O manejo apropriado dos acidentes com material biológico vem sem apreciado mundialmente com um importante fator na diminuição na taxa de infecção e na conscientização significativa dos profissionais da área da saúde (LITJEN et al., 2001; BRASIL, 2004). Entretanto, evidenciamos que as medidas pós-exposição não são totalmente eficazes por apresentarem risco residual, sendo indispensável sustentar ações educativas constantes.

Determinados profissionais de saúde pública não restringem suas tarefas à sede, perpetrando visitas domiciliares, indo até os pacientes que não podem se deslocar às Unidades, procurando identificar necessidades de saúde na população ficando dessa forma, expostos a outros fatores que podem causar-lhes adoecimento, como os animais peçonhentos que transmitem microorganismos e também poderão sofrer acidentes. Outro aspecto considerado fator de risco nessas visitas é a exposição à violência, já que muitas vezes os trabalhadores realizam suas atividades em áreas distantes, pouco habitadas e perigosas (AQUINO, 2002).

As atividades dos profissionais de saúde são fortemente tensiogenas devido às prolongadas jornadas de trabalho ao número limitado de profissionais e ao desgastes psicoemocionais nas tarefas realizadas em ambiente hospitalar (FERRAZ, 2007).

A tarefa do profissional de saúde tem caráter altamente ansiogênico. Essa atividade inclui o clinicar que expõe o médico, o enfermeiro, o técnico, o auxiliar, a atendente a poderosas radiações psicológicas emanadas do contato íntimo com o adoecer. Visto que, em unidades de emergência, acontecem situações dramáticas. Este caráter estressante inerente à tarefa destes profissionais tem se tornado significativo ocasionado pela quantidade de pacientes e as precárias condições de trabalho na maioria das unidades da saúde pública, gerando hostilidade por parte dos pacientes e seus familiares (CLEVER, 2010).

Esse recinto possui aspectos muito específicos como à excessiva carga de trabalho, o contato direto com condições limitadas, nível de tensão e de riscos significativos para si e para os outros (DEJOURS, 2002).

Existe ainda a necessidade de funcionamento diuturno, implicando em regime de turnos e plantões, permitindo a ocorrência de duplos empregos e longas jornadas de trabalho, sobretudo quando a remuneração é insuficiente para manter a família, potencializando fatores que acabam prejudicando a integridade física e psíquica do profissional de saúde (AQUINO, 2002).

Bertelli (2004) relata que o salário não é fator de motivação. A motivação advém do aumento salarial como pré-requisito de incentivo as pessoas a encarar novos desafios, mudanças no trabalho. Sabemos que embora a motivação, o bem-estar e a satisfação sejam alguns fatores importantes no trabalho, os fatores externos ao ambiente laboral são os mais significativos no desenvolvimento das atividades laborais, pois, as preocupações e emoções não são mais deixadas de lado, estão, hoje, inseridas no cotidiano das pessoas nas relações de trabalho.

Conforme descreve Bertelli (2004) a cobrança excessiva pode desmotivar o funcionário fazendo com que este pense que o empregador nunca vai ficar satisfeito com seus serviços, acreditando que sempre terá que acrescentar algo mais no seu resultado final. Esse profissional poderá ter uma exaustão física e psíquica ou mesmo desenvolver um estresse ou uma síndrome.

O médico, ou qualquer profissional da saúde é sempre o culpado pelos acontecimentos das unidades em que trabalha se faltam profissionais, remédios, leitos, atendimento, equipamentos, se a estrutura do ambulatório não é satisfatória etc., entretanto quem mais sofre com os desmazelos relegados ao setor em que atua, é o profissional que a qualquer custo tenta desenvolver sua atividade com eficácia e responsabilidade. Isso caracteriza um estado de insalubridade ocupacional que tem repercussões psicológicas e físicas significativas no profissional e em suas atividades e em sua relação com o paciente resultando numa situação insatisfatória tanto para quem assiste como para quem é assistido (CLEVER, 2010).

Chiavenato (2008) relata que o desempenho e o clima organizacional são importantes fatores para a determinação da Qualidade de Vida do Trabalhador. Caso exista uma qualidade pobre conseqüentemente haverá uma alienação do trabalhador, tendo, uma insatisfação, má vontade, declínio da produtividade e comportamento contraproducentes. Caso ocorra o contrário, ou seja, tenha uma qualidade satisfatória, ocorrerá um clima de confiança e respeito mútuo, o qual o

trabalhador desenvolverá suas atividades com êxito e elevando seu psicológico de forma satisfatória.

Conforme preceitua Barros (2009) existe uma ausência de adequação da organização do trabalho, uma lacuna nos recursos humanos, fazendo com que ocorra um aumento significativo à carga cognitiva na realização do trabalho diário.

Diariamente, estes profissionais, especialmente o médico tem que lidar com a intimidade corporal e emocional do paciente, ter contato íntimo frequente com a dor e o sofrimento do paciente e de seus familiares, aguentar pacientes difíceis, queixosos, rebeldes, hostis, reivindicadores, autodestrutivos, cronicamente deprimidos, não aderentes ao tratamento Gouveia (2004).

Algumas síndromes afetam a saúde destes profissionais como a de burn-out que é ocasionada pelos sintomas somáticos, psicológicos e comportamentais. Nos somáticos podemos citar: exaustão, fadiga, cefaléia, distúrbios gastrointestinais, insônia e dispnéia. Os psicológicos são: Humor depressivo, irritabilidade, ansiedade, rigidez, negativismo, ceticismo e desinteresse. A principal sintomatologia pode ser encontrada no ato de fazer consultas rápidas, sugerir rótulos depreciativos, evitar os pacientes, entre outros (CLEVER, 2010).

Nessa atividade surge o estresse mais acentuado, a responsabilidade profissional, o isolamento social, a fadiga, a privação do sono, a sobrecarga de trabalho, plantão noturno, jornada dupla, pressão, ausência de lazer, família, amigos, necessidades pessoais entre outros que estão associados a várias expressões psicológicas, psicopatológicas e comportamentais que incluem estado depressivo, consumo excessivo de álcool, raiva crônica, adição a drogas, ceticismo e humor negro (MARTINS, 2011).

Segundo Martins a alta prevalência de suicídio, depressão, distúrbios conjugais e disfunções profissionais, estresse, síndromes advêm da rigidez, do controle das emoções, da compulsividade do ambiente e da forma de desenvolver suas atividades.

As queixas mais frequente entre os profissionais de saúde são: cansaço mental, dores lombares nas costas, membros, esquecimento, insônia, sonolência, nervosismo. Destacando-se entre as doenças a hipertensão arterial, varizes, lombalgia, infecção urinária, sinusite, doenças cardíacas e do aparelho digestivo e circulatório, síndromes, eczemas crônicos, distúrbios mentais, artrose, asma, diabetes, neoplasias etc (FERRAZ, 2007).

A vulnerabilidade do médico a crises pessoais o leva a sentimentos de solidão, depressão, ansiedade, insônia, problemas com álcool ou drogas psicotrópicas, assim como outras manifestações físicas. Por certo, os fatores psicossociais e a saúde física mantêm forte relação entre si; as doenças, a incapacidade e mesmo a morte podem ser desencadeadas em detrimento do tabagismo, dieta, uso de bebidas alcoólicas e drogas psicotrópicas (BARBOSA, 2004).

Barbosa ainda evidência que as condições impróprias de trabalho, que abrangem ambientes de trabalho impróprios – até por questões de higiene, conforto mínimo e mesmo salubridade –, salários tidos como insuficientes, no que se refere ao valor do trabalho, plantões excessivos, falta de lazer constituem igualmente estressores poderosos que afetam o médico.

Gouveia (2004) cita como fatores de riscos que abrangem a saúde dos profissionais da saúde a exaustão emocional e física, poucas horas de sono, solidão, carga dupla ou tripla de trabalho, ambientes insalubres, refeições fora de hora ou inadequada, tempo corrido, instrumento de trabalhos inadequados, ergonomia imprópria considerando ruídos, ventilação, esforço físico e repetitivo, ausência de atividades físicas, pressão diária, contato direto com a dor, a perda e a violência, a miséria, controle das emoções, alta concentração, a cobrança diária do não poder errar, localização das unidades em que trabalham ambiente impróprio, negligência com a saúde, condições precárias de trabalho, tranquilizantes, sedativos, tabaco, álcool entre outros.

Acrescenta-se a esse quadro as transformações com que vem passando os profissionais de saúde, alterando o cenário do exercício profissional. Estes profissionais devido ao sistema perdem muitas vezes sua autonomia, afetando sua remuneração, seu estilo de vida, sua saúde, seu comportamento ético e a relação profissional/paciente. Profissionais de saúde como médico, enfermeiros, técnicos, auxiliares, agentes, assistentes sociais, terapeutas, psicólogos, fisioterapeutas, dentistas, entre outros estão cada vez mais desenvolvendo doenças ocupacionais ou de trabalho devido ao sofrimento psíquico inerente ao trabalho em âmbito de doenças e também aos fatores físicos e ergonômicos (GOUVEIA, 2004).

Conceitos como precauções universais, básicas/padrão foram instituídas baseadas no princípio de que qualquer paciente poderá ser considerado infectado com agentes infecciosos e parasitários de risco potencial, independente do

diagnóstico de doença contagiosa. Trata-se de comedimentos que devem ser empregadas na manipulação de sangue, secreções e excreções, no contato com mucosas e pele com locais de integridade comprometida (CDC, 2001; BRASIL,2004a; BRASIL, 2004b). Abrangem também indicações sobre a utilização de equipamentos de proteção individual (luvas, gorros, óculos, capotes, dentre outros) objetivando diminuir a exposição do trabalhador da saúde ao sangue ou a outros fluídos corpóreos, e os cuidados específicos na manipulação e descarte de materiais pérfuro-cortantes (BARBOSA, 2004).

Contudo, evidenciamos a significativa importância de observação e análise das atividades exercidas nas diversas áreas das Unidades Básicas de Saúde que desenvolvem o Programa de Saúde da Família (PSF), considerando-se, o risco diferencial fundamentado na tipologia e freqüência de métodos invasivos bem como na qualificação técnica do profissional na atividade da sua responsabilidade. Adicionando a estes fatores questões de ergonomia aplicadas aos equipamentos, ao organizacional e aos quesitos trabalhistas de responsabilidade profissional e de modalidades de vínculo empregatício no PSF que ocasionam atividades em outras unidades de saúde de maior complexidade, com cargas de trabalho aumentadas e o aumento a exposição aos agentes infecciosos e parasitários Barros (2009).

4.4 Fatores ergonômicos que influenciam na saúde e na produtividade do trabalhador em UBS

Para Chapanis (2004), Ergonomia é o estudo sobre as habilidades, limitações e outras características humanas que são condescendentes para o design. Já o projeto ergonômico é o aproveitamento do conhecimento ergonômico ao design de ferramentas, máquinas, sistemas, tarefas, trabalho e ambientes para o uso humano seguro, confortável e efetivo. Hoje, a Ergonomia é utilizada onde existe a participação do homem na sua totalidade e nas diferentes áreas de trabalho, objetivando fornecer segurança e saúde ao trabalhador, e também a melhoria do que produz.

A Ergonomia objetiva a adequação do espaço de trabalho ao trabalhador, buscando respeitar seus limites, delineando os pontos difíceis de inadequação, analisando as características comportamentais. Atua também na interação do homem com o espaço laboral para que este tenha um ambiente

adequado e confortável para desenvolver suas atividades, preocupando-se com melhoria e conservação da saúde (SANTOS, 2005).

Para Cardoso e Moraes (2006), a Ergonomia Hospitalar objetiva melhorar as condições de trabalho dos profissionais da saúde e conseqüentemente dos seus usuários. Buscando proporcionar conforto e segurança e contribuições importantes na busca de melhoria das atividades profissionais, assim como para o desenvolvimento das atividades dos pacientes, sua recuperação e autonomia, mesmo sendo pouco difundida.

Mauro e Cupello (2001) relatam que nas últimas décadas, a visão da Ergonomia Hospitalar se desenvolveu bastante, entretanto grande parte dos estudos feitos, procura identificar estratégias ergonômicas em desenvolvimento, visando conciliar às cargas de trabalho aos níveis aceitáveis, abordando quase sempre assuntos como o estresse, problemas osteomusculares e os determinantes mais freqüentes dos problemas de saúde dos trabalhadores de Unidades de Saúde.

O ambiente laboral no setor de Saúde Pública expõe os trabalhadores a riscos e cargas físicas, químicas, biológicas, psíquicas e a fatores de não adaptação ao trabalho relacionado à ergonomia. A postura inadequada para administração de vacinas e medicamentos e transporte e movimentação de peso (instrumentos e pacientes) que podem originar lesões osteomusculares nesses trabalhadores, provocando o seu adoecimento. São fatores ergonômicos de risco ocupacional responsáveis por elevado índice de absenteísmo (AQUINO, 2002).

A precariedade dos espaços físicos, equipamentos, instrumentos; a ausência de investimentos de modernização destinados a realização das atividades de saúde a serem oferecidos aos usuários e funcionários destes serviços oferecem riscos a saúde de ambos (CARDOSO; MORAES, 2006).

De acordo com Mendes (2002) as deficiências da infra-estrutura das Unidades Básicas de Saúde possuem diversas causas, entretanto destaca a baixa complexidade tecnológica e a predestinação de qualquer ambiente para ofertar os serviços de saúde à população, a expressão arquitetônica é inadequada ao processo de trabalho e também a ausência na padronização dos equipamentos e materiais permanentes.

Mendes afirma que o ambiente laboral no setor de Saúde Pública coloca os trabalhadores a riscos e cargas físicas, químicas, biológicas, psíquicas e a fatores de não adaptação ao trabalho relacionado à ergonomia.

Existem diversos elementos que intervêm no implemento dos métodos de movimentação e transporte de pacientes, destacando-se o restringido espaço físico, o número escasso de profissionais, a compleição de equipamentos impróprios, como camas sem travas nas rodas, macas e cadeiras de rodas sem manutenção, a carência de materiais auxiliares, entre outros (GALLASCH ; ALEXANDRE, 2003).

Na grande maioria das instituições hospitalares a estrutura física apresenta-se imprópria: falta de boa iluminação, ventilação, janelas, local ao ar livre (para arejar), salas apertadas, corredores estreitos, rampas íngremes, escadas, salas que necessitavam estar vinculadas, uma à outra, distantes entre si, estrutura física antiga e em más condições, banheiros escassos para a quantidade de funcionários, deficiência de armários para guardar os pertences pessoais, de um local de repouso adequado para os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares) e demais funcionários e também locais apropriado para os clientes entre outros problemas (SILVA, SANTOS ; NASCIMENTO, 2008).

Os procedimentos ergonômicos relacionados à postura no ambiente de trabalho e as ações que devem ser tomadas para prevenção, sobretudo, quando aplicadas à utilização de técnicas corretas no trabalho. Entretanto, esta técnica é utilizada de forma inadequada pelos médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares, etc. gerando problemas de saúde. Lembrando que trabalhar sentado também tem suas implicações com a hérnia de disco. Assim torna-se primordial que o funcionário da saúde também aplique seus conhecimento ergonômicos na pratica de suas atividades e que a empresa em que trabalhe forneça condições para que essas técnicas e normas ergonômicas sejam utilizadas (MAURO; CUPELLO, 2001).

O calor em Unidade e os ruídos são constantes devendo ser oferecido ao funcionário às condições térmicas adequadas ao ambiente de trabalho que devem oferecer conforto aos trabalhadores, tendo temperatura mantida entre 24° e 26°C (GALLASCH ; ALEXANDRE, 2003).

O motivo da perda auditiva vai depender de alguns fatores que estão anexados ao hospedeiro, ao meio ambiente e ao próprio agente. Dentre outras características do agente, importantes para o aparecimento de doenças, destacam-se a amplitude (nivelamento de coação sonora), a tipologia (contínuo, intermitente ou de colisão), a constância (período de exibição a cada espécie de agente) e a qualidade (frequência dos sons que compõe o ruído em análise) (MASSON, 2007).

O ruído pode ocasionar sérias perturbações funcionais ao organismo. Afetando o sistema nervoso, os aparelhos, digestivo e circulatório; trazendo desconforto e fadiga. Fatores que influem sobremaneira na produtividade do profissional (GALLASCH ; ALEXANDRE, 2003).

Os efeitos danosos das vibrações podem acometer pessoas, as estruturas da edificação e os equipamentos sensíveis, cujo efeito das vibrações impedem o seu funcionamento adequado. No corpo humano, causam, entre outros sintomas, cansaço, dores nos membros, dores na coluna, artrite, problemas digestivos, lesões ósseas, lesões dos tecidos moles e lesões circulatórias (MASSON, 2007)

As Unidades devem oferecer boa iluminação para que seja elevada a produtividade, melhor qualidade do resultado final, diminuição da quantidade de incidentes, redução da dissipação de equipamentos, abatimento da fadiga ocular e geral, melhor monitoramento do trabalho, maior utilidade do espaço, mais ordem e limpeza das áreas e elevação da moral dos funcionários (GALLASCH; ALEXANDRE, 2003).

Umidade excessiva deve ser verificada, especialmente nas Unidades que funcionam em locais inadequados ou aquelas que estão necessitando de reformas cujos projetos originais foram mal concebidos. Podendo também apresentar danos nas tubulações de água ou mesmo de esgoto. A umidade é geralmente detectada pela inspeção visual. É necessária a identificação de manchas nas paredes e pisos, decorrentes de infiltrações de água. Também é imprescindível averiguar o exagero de água em locais de passagem ou de realização de serviços de eletricidade, por ocasião da época de chuvas intensas. É necessário verificar os circuitos hidráulicos, os desníveis e as inclinações de pisos. Infiltrações que causem umidade excessiva devem ser prontamente corrigidas pela manutenção (LOURENÇO, et al., 2006).

Em Unidades onde a umidade elevada seja proveniente, por exemplo, de pouca incidência de luz natural (solar), a utilização de estrutura de refrigeração e calor (ar condicionado) pode ser a única alternativa (GALLASCH e ALEXANDRE, 2003).

A estrutura da construção civil está sujeita aos efeitos danosos das vibrações quando são excitadas por vibrações vizinhas provenientes de outras fontes, como: grupos geradores de energia auxiliar, centrais de vácuo, ar

comprimido, bombas de recalque de água e tráfego intenso em vias urbanas (LOURENÇO, et al., 2006).

De um modo geral, o cansaço, dores nos membros, na coluna, doença do movimento, artrite, problemas digestivos, lesões ósseas, lesões dos tecidos moles e circulatórias compreendem alguns efeitos danosos das vibrações no corpo humano, entre outros indícios (XELEGATI, 2006).

Compreendemos que a ergonomia procura evidenciar a extensão entre o trabalho prescrito e o real, expondo para os trabalhadores que as condicionantes físico-ambientais e organizacionais muitas vezes estabelecem uma reprodução mental própria diariamente (novas preparações, imprevisibilidade, novas pressões temporais etc), que nem sempre foram visualizadas, ou planejadas no início para que seja melhorada a produtividade (SANTANA, 2002).

A Norma Regulamentadora-17 busca constituir parâmetros que comportem a adequação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, proporcionando um máximo de conforto, segurança e atuação qualificada e eficaz (BRASIL, 2009).

As condições de trabalho compreendem vários aspectos que estão direcionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho, e à própria organização e sistema do trabalho (BRASIL, 2009).

A ergonomia aplicada de forma apropriada em Unidade Básicas de Saúde tendem a diminuir e precaver os acidentes de trabalho, aprimorar a qualidade de vida de seus funcionários, amortizar os casos de Lesão por Esforços Repetitivos (LER) relacionadas ao Trabalho (DORT), prevenir a fadiga muscular e articular, retificar vícios posturais, diminuir o absenteísmo e a incidência de doenças ocupacionais, aumentar a auto-estima e disposição para o trabalho e apurar a consciência corporal (LOURENÇO, et al., 2006).

Os riscos de acidentes ocorrem com os profissionais durante o seu trabalho devido a vibrações, doença arterial periférica, máquina e equipamentos sem proteção, probabilidade de incêndio e explosão, eletricidade, iluminação inadequada ou toda situação de risco que poderá gerar acidentes (XELEGATI, 2006).

Os acidentes com materiais que perfuram, cortantes ou cortocortusos (contaminados), são comuns, pois esses materiais são encontrados depositados em recipientes inadequados, assim como a não-utilização de equipamentos de proteção

individual (EPIs), os quais podem levar a um risco do tipo biológico. Dessa forma, a coleta de lixo hospitalar deve ser seletiva, definindo-se quais os recipientes que devem ser utilizados para a coleta dos resíduos (SANTANA, 2002).

Os riscos químicos são localizados nos processos químicos de esterilização utilizados nas Unidades, podendo-se fazer uso de gases ou líquidos, ambos prejudiciais à saúde (XELEGATI, 2006).

No armazenamento, estocagem, transporte, manipulação e aplicação desses produtos, dever-se-á verificar as medidas preventivas, assim como deverá ser oferecido treinamento apropriado. A aplicação inadequada dessas substâncias poderá ocasionar conseqüências aos pacientes e funcionários que realizam esse tipo de serviço (MAURO; CUPELLO, 2001).

O reconhecimento dos riscos provenientes destas Unidades está relacionado à forma de operar, a organização, equipamentos de cada uma. Cada Unidade deverá ter controle de cada produto que entra. Assim, todos os profissionais podem ter conhecimento dos produtos químicos e seus riscos permitindo que sejam tomadas medidas de controle, as quais visam educar e treinar o profissional para as atividades necessárias ao serviço. Tais medidas envolvem a proteção do trabalhador através do uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), controle a saúde através de exames médicos periódicos e a limitação do tempo de exposição do trabalhador à fonte de risco (SANTANA, 2002).

Algumas medidas tomadas em relação ao ambiente de trabalho são: a substituição do produto tóxico ou nocivo, a mudança do processo ou o encerramento da operação e manutenção das medidas de controle adotadas (CHAPANIS, 2004).

A prevenção desses riscos visa à busca de ambiente físico propício à eficácia, ao conforto, à segurança e satisfação do trabalhador através do uso de regras, normas e regulamentos de um sistema de gestão de segurança e saúde do trabalho (XELEGATI, 2006).

Além de ações de ergonomia e promoção à saúde do paradigma da sensibilização e da habilitação técnica para a prática profissional na área da saúde, intervenções de proteção específica em relação aos acidentes com materiais biológicos devem ser difundidas e colocadas em prática (GALLASCH e ALEXANDRE, 2003).

Além dessas medidas, seguindo o parâmetro da proteção específica dos profissionais de saúde, programas de imunização para doenças de potencial

transmissão na prática profissional vêm sendo desenvolvidos (BRASIL, 1994; BRASIL, 1997; CDC, 1997; CDC, 2001; BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b; BRASIL, 2001c; BRASIL, 2003a).

Analisando as características do processo de trabalho dos profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Saúde torna-se necessária a projeção de espaços físicos compatíveis com o atendimento e as atividades que serão realizadas. O convertimento do arquétipo de doença, notadamente, as que comprometem os profissionais da saúde para a produção social da saúde estabelece uma novidade no entendimento do fazer saúde, em que a infra-estrutura física e a ergonomia adequadas é constitucional para acolher o cidadão com dignidade e respeito, oferecendo condições de salubridade e de biossegurança para os trabalhadores da saúde, sobretudo àqueles que atuam na rede pública (MAURO; CUPELLO, 2001).

Evidenciaremos alguns fatores ergonômicos que tem influenciado bastante na qualidade dos serviços oferecido nas Unidades Básicas de Saúde e na qualidade de vida dos seus funcionários e clientes devido à realidade das Unidades:

- A maioria necessita de reformas na estrutura física tendo prioridade a iluminação e ventilação que são precárias;
- Mobiliário devem ser trocados por outros ergonomicamente mais apropriados, pois se encontram ultrapassados, velhos e enferrujados, entre outros desgastes levando os funcionários a adotarem posturas incorretas;
- Ventilação natural e mecânica inadequada, iluminação puçá, instalação elétrica com pontos energizados expostos, paredes necessitando de troca de pintura para que o ambiente fique claro, tetos com infiltrações, espaços pequenos para funcionários e clientes;
- Ritmo de trabalho intenso, cansativo e repetitivo;
- Instalações precárias, entre outros.

Conclui-se que a NR-17, que trata das questões de Ergonomia, deve ser utilizadas em todas as atividades profissionais e respectivos ambientes de trabalho. Devendo ser observado: “o mobiliário para o trabalho executado seja na posição em pé seja sentado deve ser planejado e adaptado às posições requeridas; os

equipamentos que compõem o posto de trabalho devem estar adequados às características dos trabalhadores e ao trabalho; as condições ambientais devem observar o conforto térmico, o nível de ruído nos seus limites e todos os parâmetros de iluminação e visualização segura e eficiente para as atividades; a organização do trabalho deve considerar: normas de produção, o modo operatório, a exigência do tempo, a determinação do conteúdo de tempo, o ritmo de trabalho e o conteúdo das tarefas. Esses aspectos devem estar adequados às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza de trabalho executado” (SALAROLI, 2001).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificamos que os fatores associados aos riscos ocupacionais em unidade básica de saúde, apontando os fatores fundamentais físicos e psicológicos que podem afetar a saúde do profissional da saúde podendo estar relacionada à ergonomia laboral na literatura consultado refletem que:

Quanto ao trabalho e as Unidades Básicas de Saúde o trabalho é fundamental na vida deste profissional, visto que, o mesmo é a maior particularidade do homem tendo capacidade transformadora, de modificação da própria realidade. O trabalho fornece sustento, diversão, consumo, destaque social, entre tantos outros fatores. Entretanto, o mesmo deverá proporcionar condições salubres, e, digna de espaço, de prazer, de carga horária etc. para que seja um fator contribuinte de qualidade de vida. A falta do mesmo poderá trazer conseqüências emocionais fortes acarretando doenças como a depressão.

Analisar sobre o procedimento de trabalho em saúde implica em compreender as proporções tecnológica, organizacional e política daquela prática social. Ponderando a saúde como uma política social pública.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são locais de atendimento de atenção básica e integral, contemplando especialidades básicas, oferecendo assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. Elas oferecem atendimento que envolve ações individual, coletiva, preventiva, sanitária e de controle. Com assistência permanente prestada por médico generalista ou especialista. Podendo oferecer SADT e pronto atendimento 24 horas. Todos os municípios brasileiros devem proporcionar a sua população os serviços das UBS que oferecem acolhimento e atendimento às urgências de baixa gravidade ou complexidade que são atribuições destas Unidades.

Quanto às políticas de saúde pública verificamos que as ações de Saúde Pública objetiva diminuir as enfermidades, controlar as doenças endêmicas e parasitárias, aprimorar a vigilância à saúde e a qualidade de vida da população. Para isso já foram criados diversos Programas e Órgãos, podemos citar: INPS, SINPAS, IAPAS, LBA e FUNABEM, DATAPREV, Prev-Saúde, CONASP, PAIS, AIS, SUS, PACS-PSF, FNS, FUNASA, entre outros. Destacamos o PAB (atenção básica). O programa Saúde da Família (PSF) que inovou na atuação das UBS

priorizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde à família em seu próprio ambiente de maneira integral e contínua.

Podemos ainda destacar alguns itens relacionados às políticas de saúde pública como: Piso de Atenção Básica Variável- Saúde da Família, o Incentivo Financeiro de Combate às Carências Nutricionais, Bolsa Alimentação, o Incentivo Financeiro para Ações de Prevenção e Controle das Doenças Transmissíveis, o Programa de prevenção e Controle das Doenças Imunopreveníveis, Ações de Vacinação, o Programa Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis por Vetores, Incentivo Financeiro para Assistência Farmacêutica Básica.

Quanto aos riscos ocupacionais que acometem os profissionais de saúde verificamos que têm origem dos fatores físicos, químicos, biológicos, psicossociais, ergonômicos.

Os riscos físicos que os profissionais das UBSs podem estar expostos são os ruídos, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes e não ionizantes como o infra-som e ultra-som.

Os profissionais das UBS devido ao salário, a jornada de trabalho, próprio mercado de trabalho e as condições oferecidas aos trabalhadores da saúde, tem como consequência a ausência muitos possuem apenas cursos técnicos profissionalizantes, estão estressados, sem qualidade de vida ou perspectivas satisfatórias, ou mesmo sem ética profissional, sem humanização. A maioria é jovem com idade até 45 (quarenta e cinco) anos com três ou quatro atividades alguns com função de plantonistas e ambulatorial.

Os principais fatores que acabam desgastando estes profissionais é o excesso de trabalho (multiemprego) baixa remuneração, más condições de trabalho, responsabilidade profissional, área de atuação (especialidade) relação médico - paciente, conflito/ cobrança da população, do sistema do gestor, viagens estressantes, perda de autonomia.

As atividades dos profissionais de saúde são fortemente tensiogenas e ansiogênica devido às prolongadas jornadas de trabalho ao número limitado de profissionais e ao desgastes psicoemocionais nas tarefas realizadas em ambiente hospitalar.

As tensões e prazeres relacionados ao estilo de vida e à família e a morbidade entre médicos apontam doenças referentes ao tabaco, suicídio e dependência de drogas.

Averiguamos que os fatores de riscos psicossociais que abrangem a qualidade de vida dos profissionais da saúde, especialmente os médicos são o estresse, a responsabilidade profissional, o isolamento social, a fadiga, a privação do sono, a sobrecarga de trabalho, plantão noturno, jornada dupla, pressão, ausência de lazer, família, amigos, necessidades pessoais entre outros.

Constatamos que as queixas mais frequente entre os profissionais de saúde são: cansaço mental, dores lombares nas costas, membros, esquecimento, insônia, sonolência, nervosismo. Destacando-se entre as doenças a hipertensão arterial, varizes, lombalgia, infecção urinária, sinusite, doenças cardíacas e do aparelho digestivo e circulatório, síndromes, eczemas crônicos, distúrbios mentais, artrose, asma, diabetes, neoplasias, etc.

Vimos que os principais riscos ergonômicos são: estrutura física imprópria: falta de boa iluminação, ventilação, janelas, local ao ar livre (para arejar), salas apertadas, corredores estreitos, rampas íngremes, escadas, salas distantes entre si, estrutura física antiga e em más condições, banheiros escassos para a quantidade de funcionários, deficiência de armários, de local de repouso adequado para os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares) e demais funcionários e também locais apropriado para os clientes entre outros problemas.

Verificamos que a ergonomia aplicada de forma apropriada em UBS pode diminuir e precaver os acidentes de trabalho, aprimorando a qualidade de vida de seus funcionários, amortizando casos de Lesão por Esforços Repetitivos (LER) relacionadas ao Trabalho (DORT), prevenindo a fadiga muscular e articular, retificar vícios posturais, diminuir o absenteísmo e a incidência de doenças ocupacionais, aumentar a auto-estima e disposição para o trabalho e apurar a consciência corporal.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Clara Alice Franco de. Exposições Ocupacionais por fluídos corpóreos entre trabalhadores da saúde e a sua adesão à quimioprofilaxia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n.1, p.120-126. Março 2000.

AQUINO, E.M.L. Saúde e trabalho de mulheres profissionais de enfermagem em um hospital público de Salvador, Bahia. *Rev Bras Enfermagem*, 2002.

ARAÚJO N.R. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, supl.2, 2007.

BARBOSA, Maria do Socorro Alécio; SANTOS, Regina Maria dos. A vida do trabalhador ante e após a lesão por Esforço Repetitivo (LER) e doença osteomuscular Relacionada ao trabalho (IORT). **Revista Brasileira de Enfermagem REBEN**, Rio de Janeiro, v.60, n.5, p.491-496, set/out. 2004.

BAUK, Douglas A. **Ergonomia para médicos do trabalho**. 2 ed. Anaiteroi, RJ; Nitpress, 2008.

BARROS, Elisabeth. **Saúde e ambiente no desenvolvimento sustentável: subsídios para a preparação do Plano Nacional de ação**. 19º Workshop. Etapa Nacional da COPASAD. Brasília: [s. n.], 2009.

BELLUSCI, A.M. **Acidente do trabalho e doenças ocupacionais**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara koogan 2010.

BERTELLI, Sandra B. (Coord). **Gestão de pessoas em administração hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualytimark, 2004.

BRAGA, Junior D. **Elementos para implementação de uma política nacional de saúde para os trabalhadores**. BEPA Bol Epidemiol Paul. 2004; 1(10). Acesso em 10/12/2004. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/agencia/bepa10_st.htm

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília; 1988.

BRASIL, Ministério do Trabalho. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília; 2001.

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Norma Regulamentadora nº 9. Programa de prevenção dos riscos ambientais.** Brasília: Ministério do Trabalho; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB - SUS 1/96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Acesso em 12/12/2011. Disponível em: http://www.conass.com.br/?page=publicacao_livro_detalha&cod_livro=1.

BREVIGLIERE, Ezio; POSSEBON, José; SPINELLI, Robson. **Higiene Ocupacional: agentes biológicos, químicos e físicos.** 5ª ed. São Paulo: SENAC, 2010.

CABALLER L.A. Residência Médica: estresse e crescimento. **Psychiatry Online**, São Paulo, n.18, p.11, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Um Método para Análise e Co-gestão de Coletivos. 1ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2002.

CARDOSO, M. e MORAES C.O. Proposição de um método de análise coletiva dos acidentes de trabalho no hospital. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.517-524, mar./abr., 2006.

CATTANI, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3. ed. Porto Alegre: Bookman , 2000.

CHAPANIS L.B. **Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas.** **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 6, n. 2, Feb. , 2004.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos humanos: o capital humano das organizações.** 8ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

CLEVER, L. H. **A saúde do médico.** In: Bessen, P.G Tratado de Medicina. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Ayuri, ABRASCO, 2002.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. Desejo ou motivação? A interrogação psicanalítica sobre o trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. & JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo: Atlas, 2004.

FARIAS, S. N. P. trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 2005.

- FERRAZ, FA. O mal estar no trabalho. In: Volich M, Ferras FA, Arantes M, organizadores. *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo, SP. Casa do Psicólogo; 2007.
- FIALHO, G ; CRUZ, C.L.N. et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.131-140, 2003.
- GALLASCH L.A; ALEXANDRE. M. Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. **Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica**, São Paulo, v.28, n.19, p.353-364, 2003.
- GOUVEIA, R. S. V. A utilização do QSG-12 na população geral: Estudo de sua validade de construto. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19, 241-248, 2004.
- GUIMARÃES, Liliansa Andolpho Magalhães; GRUBITS, Sonia. **Série Saúde Mental e Trabalho**. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.v.2.
- JARDIM, A.T. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- KIRCHHOFF, A.L. Tendências temáticas sobre a relação trabalho e saúde: a contribuição dos estudos acadêmicos brasileiros [Tese de Doutorado em Enfermagem]. Florianópolis (SC): Programa de pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
- LAURELL, A.C. Processo de produção e saúde-trabalho e desgastes operário. São Paulo: EPU, 2001.
- LA ROSA, C.R. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2007; 6(2): 341-60.
- MACHADO, Paulo Bataglin; LEANDRO, José Augusto; MICHALISZYN, Mario Sergio. ed 1ª. **Saúde Coletiva um Campo em Construção**. Curitiba, Paraná: IBPEX, 2006.
- MARTINS, F. Trabalho e saúde. In: FALZON, Pierre (Org.). **Ergonomia**. São Paulo: Blucher, 2011. v.10.
- MATTOS, U. A. O; REIS, T. S. Introdução ao estudo da questão saúde e trabalho. Rio de Janeiro. 2001. Livroto Sociedade e Condições de Trabalho, 2001.
- MAURO, M. Y; CUPELLO, A. J. O trabalho hospitalar: uma visão ergonômica In: Anais ABERGO, Gramado, 2 a 6 de setembro, 2001. Anais. Gramado: ABERGO, 2001.
- MASSON, G. A. **A saúde dos médicos no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo, 2002.

MENDES E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MIELNIK, I. **Higiene mental no trabalho**. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**: caderno 1. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica; 2000.

NASCIMENTO, G.M. Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade básica de saúde. 2008. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- SP. 2008.

NEGRI, M. E.N. **Doenças Ocupacionais**. Leitura Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

NISHIDE, W.V & BENATTE, K.S. LER/DORT multifatorialidade etiológica e modelos explicativos. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 8, n. 14, p.149-162, 2004.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Capital e trabalho nos serviços de saúde. Introdução e o conceito de serviços; determinação geral. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, (mimeo).

PIOLA, S.F; VIANNA, S.M. *et al.* **Políticas e prioridades do Sistema Único de Saúde**. — Brasília: IPEA 2001.

POSSEBON José. **Higiene Ocupacional**. Agentes biológicos, físicos e químicos. SENAC, 2009.

REIS, A. L. **Stress e trabalho**: guia básico com abordagens psicossomáticas. São Paulo: Atlas, 2008.

RENAST-SP, RENAST. Manual de Gestão e Gerenciamento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, 1ª edição, MS COSAT RENAST. 2007.

SALAROLI, L. O. D. **Evolução de acidentes de trabalho em profissionais de saúde**. Controle de Infecção, n. 24, 2001.

SANTOS, E. A. D. Violência no trabalho: uma revisão de literatura. Rev. Bras. med. Trab., belo Horizonte, v.2. nº 1, p. 29-55, janeiro/março, 2004.

SANTOS, B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 2005. Cap.3: Medicina e enfermagem na sociedade brasileira, 2005

SILVA, K.L, Um estudo comparativo sobre a identificação dos riscos ocupacionais por trabalhadores de duas unidades básicas de saúde do Município de São Paulo. Rev. Esc. Enfermagem USP. 2008; 36(1): 18-24.

SILVA, V.E.F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem: relação do trabalho em enfermagem em Unidades básicas de trabalho e a saúde do trabalhador**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- SP. 2008.

SECCO, R.C. **Introdução a saúde no trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008.

SERRA, E. C. Qualidade de vida no trabalho (QVT); a renovação das empresas para os anos noventa. Tendências do trabalho. Rio de Janeiro, 2007.

SOBRAL, M.A. Transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de medicina e médicos. In: Kátia Burle Guimarães. (Org.). **Saúde mental do médico e do estudante de medicina**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

SOUTO, A. FERREIRA, Daphis. Saúde no trabalho uma revolução em andamento. Petrópolis: Vozes, 2004.

SPINELLI, M. G. N.; KOGA, R. A. **Análise Ergonômica do Trabalho (AET) de uma Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) de São José dos Campos**. Revista Nutrição em Pauta. São Paulo, p. 46-49, 2010.

SPINK, Mary Jane Paris. A Psicologia em diálogo com o SUS: pratica profissional e produção acadêmica. São Paulo: UNESP, 2006.

SILVEIRA, R.C.P. **As crianças e os adolescentes acidentados no trabalho e atendidos em uma unidade distrital de saúde em Ribeirão Preto (SP)**. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo; 2003.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec; 2004.

UNICOVSKI, W. V.; LAUTERT, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teóricoepistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 2 ed. Petrópolis: Vozes. 2008.

VIANNA ALA, Dal Poz MR. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. (RJ): Abril; 2004.

XELEGATI, R. Robazzi. MLCC. Riscos químicos a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem: uma revisão da literatura. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2006 maio-junho; 11(3): 350-6.

