

Condições de trabalho e saúde dos médicos: uma questão negligenciada e um desafio para a Associação Nacional de Medicina do Trabalho

Working conditions and health of physicians: a neglected issue and a challenge for the Brazilian National Association of Occupational Medicine

Elizabeth Costa Dias¹

Este ensaio convida à reflexão sobre as condições de trabalho e a saúde dos médicos, tema relativamente pouco explorado na literatura técnico-científica e negligenciado no cotidiano do exercício profissional. Não se trata de uma revisão sistemática sobre o tema, nem apresenta resultados de pesquisa empírica, porém reúne ideias e informações na perspectiva de contribuir para as discussões postas neste número temático da Revista Brasileira de Medicina do Trabalho, dedicado à saúde dos trabalhadores da Saúde.

A escolha por enfatizar o trabalho médico não tem motivação corporativista, uma vez que esses profissionais compartilham das mesmas condições e dificuldades presentes nos serviços de Saúde, porém decorre da pouca atenção dada a esse grupo profissional na produção técnica e acadêmica, quando comparada a outros trabalhadores.

Seguindo a abordagem clássica no campo da Saúde do Trabalhador, o texto está organizado considerando os cenários e o processo de trabalho médico no Brasil, na atualidade, os aspectos demográficos e epidemiológicos do perfil dos médicos brasileiros e as políticas públicas de proteção da saúde e segurança dessa população, e finaliza identificando pontos de uma agenda de trabalho comprometida com a melhoria das condições de trabalho e de saúde dos médicos, estimulando as contribuições da Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT).

CENÁRIOS DO EXERCÍCIO DA MEDICINA NA ATUALIDADE: IMPACTOS DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A PROFISSÃO MÉDICA

Os serviços de Saúde são parte do sistema produtivo e incorporam e/ou refletem as mudanças que ocorrem no mundo do trabalho, orientadas, na atualidade, predominantemente, pelo modelo econômico neoliberal¹. No setor Saúde, a Medicina está entre as profissões que mais sofreram os impactos dessas mudanças, acentuadamente nos últimos 50 anos.

Considerada e valorizada no imaginário social como sacerdócio ou nobre missão, coerente com a explicação ancestral do fenômeno saúde-doença enquanto bênção ou castigo divino, demandando um mediador que tivesse parte com os deuses, como os xamãs e pajés, a profissão médica se transformou radicalmente. Pressionada pelas inovações tecnológicas e pela reorganização dos serviços de Saúde, na lógica capitalista, em que a saúde e particularmente a doença se tornam mercadorias, observa-se a crescente proletarização dos

¹Médica Sanitarista e do Trabalho; Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.

profissionais e precarização do trabalho, com altas exigências de desempenho e qualidade, agravadas pela redução do reconhecimento social e da renda.

No Brasil, os primeiros estudos sistemáticos sobre o processo de trabalho em Saúde foram realizados por Cecília Donnangelo, em meados dos anos 1960, em um momento marcado pela incorporação tecnológica maciça e por profundas mudanças na lógica da prestação de serviços de Saúde, na passagem da Medicina Liberal para a Medicina Socializada².

Donnangelo^{3,4} discute o trabalho médico e as formas pelas quais o médico, enquanto trabalhador especializado, participa do mercado e se relaciona com o conjunto de meios de produção nos serviços de Saúde. No plano internacional, pesquisadores como Freidson⁵ descrevem o declínio de profissões que perdem suas posições privilegiadas e de poder e se tornam empregados assalariados, fenômeno que denomina de proletarização. Essas ideias são compartilhadas por pensadores e militantes do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que consideram o trabalho médico indiretamente produtivo, organizado sob a égide da acumulação capitalista em vinculação direta com contextos sociais, econômicos e políticos.

O processo de trabalho em Saúde, entendido como a forma com que o trabalho é organizado para a produção do cuidado em Saúde, abrange as atividades assistenciais tradicionais, incluindo a reabilitação, a promoção e a vigilância da Saúde, ações educativas e de suporte emocional e social, entre outras. Porém, o produto, diferentemente de outros setores produtivos, como na indústria, não é bem material, mas um “efeito útil”. O “objeto” de trabalho é também um sujeito, um ser humano, um igual. Assim, os trabalhadores de Saúde, além de serem sujeitos no processo, interagem, no trabalho, com outro sujeito, ou sujeitos, se incluímos a família, e no caso dos trabalhadores, com o coletivo de trabalho, que possui histórias e conhecimentos singulares que interferem e transformam o ato de cuidar e se expressam no produto final.

Apartir dos anos 1990, os estudos de Merhy⁶ sobre o processo de trabalho em Saúde introduzem os conceitos de trabalho vivo e trabalho morto e desenvolvem a noção de tecnologias duras e leves e as relações de produção, consumo e necessidades em Saúde. Sobre as repercussões do processo de reestruturação produtiva e a transição tecnológica no setor Saúde sobre as formas de produção, organização e prestação de

assistência e nas relações sociais no trabalho em Saúde, os autores destacam a predominância da lógica instrumental dura, que acentua o trabalho fragmentado, estruturado em protocolos e prescrições, centrado em insumos e maquinários. A incorporação tecnológica é orientada pelos padrões do mercado, e não pelas necessidades dos sujeitos, com valorização exagerada dos procedimentos técnicos, desconsiderando as inter-relações entre as pessoas, prevalecendo, assim, o “trabalho morto”. Porém, no cotidiano dos serviços, várias dimensões e diferentes atores e interesses se entrecruzam na produção do cuidado: profissionais, gestores, empresários, operadoras, prestadores e os usuários, configurando forças em disputa e a micropolítica do “trabalho vivo”.

Assim, o trabalho em Saúde envolve, além da técnica, atividade criadora, subjetividade, elementos simbólicos imbricados nos modos de agir, além da interação com instrumentos e as relações interpessoais, que exigem negociação permanente. Uma mesma tarefa proposta, desenvolvida por diferentes trabalhadores, mobiliza saberes e histórias diferentes e constitui situações de trabalho distintas. Nesse cenário o médico produz o cuidado e também a si mesmo.

O aprofundamento dessas questões complexas extrapola os objetivos deste texto, mas deve ser conhecido pelos que se interessam pelo tema, particularmente pelos Médicos do Trabalho, que têm sob sua responsabilidade o cuidado de trabalhadores da Saúde^{7,8}.

De modo simplificado, observa-se, na atualidade, que o processo de trabalho em Saúde e o exercício da Medicina, em particular, são caracterizados por situações-limite em que predominam uma carga de trabalho excessiva e a expectativa de alta performance, com longas jornadas e intensificação do trabalho, nos plantões à distância, por exemplo, múltiplos vínculos, assumidos para garantir uma renda mínima, condizente com as expectativas sociais, baixa autonomia, dificuldades crescentes relacionadas à deficiência de infraestrutura, especialmente nos serviços públicos, e redução do prestígio social. Formas instáveis de contratação e vínculos frágeis dos trabalhadores entre si e com os empregadores reais repercutem em perdas de direitos e da proteção ao trabalhador assegurada na legislação vigente e no acesso à educação permanente, resultando em maior vulnerabilidade, muitas vezes encoberta ou invisível.

Os novos paradigmas do cuidado em Saúde, determinados pela incorporação de novas tecnologias e formas de gestão do trabalho, produzem exigências nas relações

dos profissionais com os usuários-pacientes, agravadas, muitas vezes, pela necessidade de improvisar, fazer escolhas eticamente difíceis para superar ou driblar carências, deficiências e faltas nos serviços de Saúde.

Além disso, os profissionais convivem com a iniquidade na proteção social da população e com o sofrimento e a morte de pessoas sob sua responsabilidade, situações agravadas pelas condições de trabalho precárias, em serviços de Saúde sucateados e sem garantia de acesso à hierarquização do cuidado. A exposição a velhos e novos perigos para a saúde dos trabalhadores: fatores de risco físicos, químicos, biológicos e psicossociais acarreta sobrecarga física, cognitiva e afetiva, por vezes insuportável para os profissionais, gerando adoecimento, sofrimento e baixa satisfação profissional.

No setor hospitalar, por exemplo, configura-se um paradoxo, pois são adotadas técnicas e métodos de inspiração taylorista, copiados da indústria, com padronização e normatização excessivas e produção em massa, fragmentação das tarefas, separação entre planejamento e execução, crescentemente abandonados em setores produtivos que exigem soluções inovadoras e criativas, como as que caracterizam o cuidado em Saúde. Assim, cabe perguntar: além dos ganhos na racionalidade e na diminuição dos custos, que outras consequências essas práticas acarretam para a qualidade do trabalho e a saúde dos trabalhadores?

Porém, apesar dessas e de outras adversidades os médicos continuam trabalhando e, a cada ano, milhares de jovens, apoiados por suas famílias, investem grande esforço para chegar à escola médica. As taxas de abandono da profissão e dos estudos são baixas e o mercado de trabalho, diversificado nos setores privado e público, permanece atraente. Porém, cabe perguntar sobre a satisfação que os médicos encontram no trabalho e por que persistem, apesar das condições adversas? São questões que demandam mais estudo e respostas.

OS TRABALHADORES-MÉDICOS

Estudo clássico, “Os médicos no Brasil um retrato da realidade”, publicado em 1997, desvelou aspectos interessantes do perfil dos médicos brasileiros, destacando a tendência de urbanização, a concentração dos profissionais nos centros maiores e nas regiões mais ricas do país, a feminização da força de trabalho e a importância da linhagem

médica. Mostrou também as precárias condições de trabalho, com jornadas extenuantes e multiplicidade de atividades, observando-se que 50% dos profissionais tinham entre 3 e 4 atividades, 50% eram plantonistas, 80% dos que tinham consultório atendiam convênios médicos e 80% dos entrevistados queixavam-se de desgaste profissional e redução da renda⁹.

Em 2013, o Conselho Federal de Medicina (CFM), em colaboração com o Conselho Estadual de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), publicou os resultados de um estudo demográfico sobre os médicos brasileiros que confirmou essas tendências e revelou o crescimento acelerado do número de médicos e o aumento das inscrições de novos diplomas. Observa-se a juvenização da força de trabalho e o aumento dos anos trabalhados, ampliando a presença de profissionais mais idosos em exercício. Permanece acentuada a desigualdade na distribuição geográfica, observando-se estreita correlação entre a presença de médicos e a de outros profissionais e de estabelecimentos de Saúde, sendo que 55% dos médicos trabalham na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS). Cresce a feminização da profissão, consistente desde 2009, e, apesar do crescimento do número de médicos com título de especialistas, este permanece baixo¹⁰.

O mesmo estudo revela ainda que, entre 2011 e 2013, houve um acréscimo de quase 15.000 médicos no total de registros estaduais, observando-se média de 2 médicos por 1.000 habitantes. Em 1980, havia 1,15 médico para cada grupo de 1.000 habitantes no país, razão que sobe para 1,48 em 1990, para 1,72 no ano de 2000 e atinge 1,91 em 2010. Entre 1970 e 2012, o número de médicos cresceu 557,72%, percentual quase 6 vezes maior que o do crescimento da população, que em 5 décadas aumentou 101,84%, como mostrado no Gráfico 1.

Apesar do aumento da razão de médicos por habitante, tendo sido atingidos indicadores semelhantes aos países mais desenvolvidos e de economia forte, persistem a desigualdade na distribuição dos profissionais e as dificuldades de acesso da população, sinalizando a necessidade urgente de adoção de políticas de atração e fixação de médicos nos locais mais pobres e remotos do país, e de mudanças substantivas no funcionamento do sistema de saúde brasileiro.

Alguns desses argumentos fundamentaram a instituição do Programa Mais Médicos, pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que tem por objetivos: diminuir a carência

de médicos, reduzir as desigualdades regionais na área da Saúde e fortalecer a prestação de serviços de atenção básica à saúde no país. De acordo com o texto legal, a proposta também visa aprimorar a formação médica, ampliando as atividades práticas durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, aproximando-o da realidade da população brasileira; fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais brasileiros e estrangeiros; preparar profissionais para a gestão e o aperfeiçoamento do SUS¹¹.

Em princípio, esses objetivos parecem adequados, porém são grandes as divergências e os conflitos quanto às estratégias para sua implementação, particularmente no que se refere à ampliação da oferta de cursos de Medicina e à contratação de profissionais no exterior sem adequada revalidação de diplomas. As entidades médicas consideram que essas estratégias não contemplam aspectos cruciais do problema e não

resolverão a desigualdade da distribuição dos profissionais e a baixa cobertura da população, com serviços de qualidade.

Outro tema polêmico se refere ao crescimento do número de cursos médicos e da oferta de vagas concentrados no setor privado. De acordo com a Radiografia das Escolas Médicas do Brasil, publicada pelo CFM em 2015, nos últimos dois anos, o número de escolas privadas passou de 64 para 154, e as de gestão estatal passaram de 63 para 103. Existem na atualidade 257 cursos médicos que preparam cerca de 23 mil novos médicos a cada ano. Dos 36 municípios autorizados a receber novos cursos, 89% se concentram em 6 Estados que já contam com o maior número de escolas. No final de 2016, o país contará com 293 escolas médicas em funcionamento, concentrados nas Regiões Sudeste e Nordeste, sendo que 55% dos cursos estão localizados em 45 municípios. Das 44 escolas existentes em São Paulo, 10 estão na capital, e das 4.380 vagas oferecidas, 3.600 estão em escolas privadas, que cobram mensalidades médias de R\$ 5.833,00 por aluno¹².

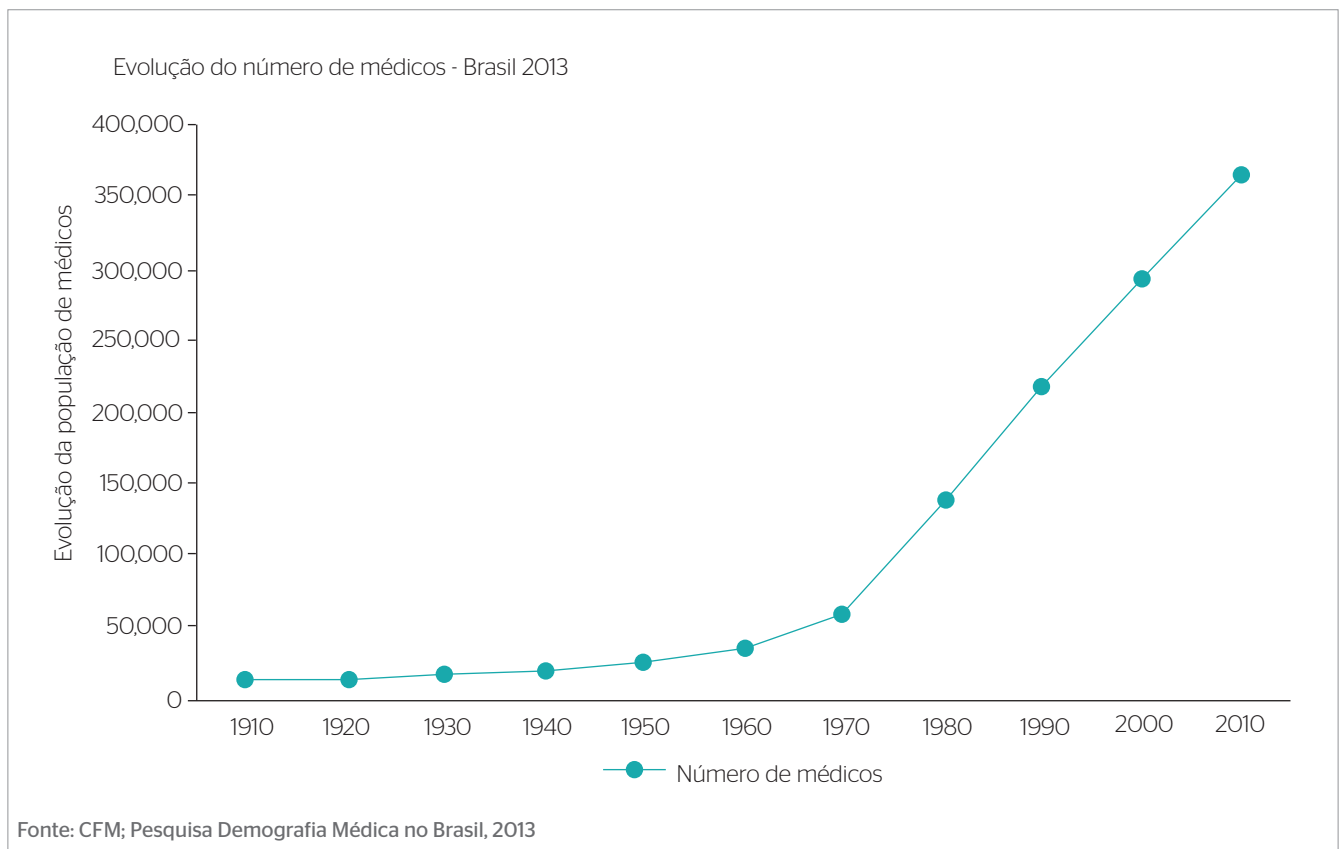


Gráfico 1. Evolução do número de médicos registrados no Brasil, entre 1910-2010

Esse cenário leva a perguntas, ainda sem respostas, quanto à qualidade da formação desses profissionais, às reais possibilidades de garantir estágios curriculares, particularmente ao se considerar que 50% dessa carga horária deverá ser cumprida nas áreas de urgência e emergência e nos programas de Saúde da Família e Comunidade, e à capacidade de assegurar a fixação dos profissionais em áreas com menor densidade médico-paciente.

Outra questão importante se refere às consequências desse crescimento acelerado do número de profissionais sobre as condições de trabalho e a saúde dos médicos-trabalhadores.

CONDIÇÕES DE TRABALHO, RISCOS E AGRAVOS À SAÚDE DOS MÉDICOS

Como mencionado, são poucos os estudos brasileiros sobre as condições de trabalho e saúde dos médicos considerando a variabilidade das inserções profissionais e as condições objetivas de trabalho. No cotidiano de trabalho os médicos são expostos a múltiplos fatores de risco para a saúde: físicos, químicos, biológicos, mecânicos, no manuseio de instrumentos e máquinas, e principalmente de natureza psicossocial. Esses interagem sinergicamente, potencializando efeitos e danos para a saúde. Nessa perspectiva, considera-se mais adequado adotar o conceito de carga de trabalho, em substituição ao fator de risco e a categoria desgaste, que é mais abrangente do que sofrimento e adoecimento relacionado ao trabalho.

O conceito de carga de trabalho foi utilizado por Laurell e Noriega¹³ para nomear a relação entre os fatores que interagem dinamicamente entre si e o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste. Este se expressa como a perda total ou parcial das capacidades biopsíquicas que acomete grupos de trabalhadores que apresentam perfil de adoecimento semelhante. Os autores categorizam as cargas de trabalho como biológicas, químicas, mecânicas, físicas, fisiológicas e psíquicas. Assim, nas situações de trabalho, o trabalhador está simultaneamente exposto a múltiplas cargas de trabalho, em processo crescente e cumulativo¹⁴.

Os efeitos sobre a saúde dos médicos se expressam em múltiplas formas e intensidades, traduzidas em queixas de lombalgia e maior prevalência de varizes de membros inferiores nos cirurgiões, que assumem posturas forçadas

por longos períodos; as dores musculoesqueléticas nos membros superiores, em profissionais que realizam sessões de ultrassonografia por horas seguidas, sem pausas adequadas; quadros graves de dermatose decorrentes da alergia ao látex e aditivos químicos; o aumento do abortamento espontâneo em médicas anesthesiologistas, quando comparadas com grupos semelhantes de mulheres em idade fértil, entre outros^{15,16}.

A partir de cuidadosa revisão bibliográfica, Brito et al.¹⁷ descrevem particularidades do trabalho em hospitais e serviços de urgência, nas unidades de terapia intensiva e na Estratégia Saúde da Família e suas consequências sobre a saúde e a vida dos usuários e dos trabalhadores. Na mesma publicação, Assunção, Tavares e Serra¹⁸ analisam a natureza e as condições do trabalho em Saúde e os impactos sobre os trabalhadores. Nas mídias tradicionais e nas redes sociais, com frequência são veiculadas, com destaque, notícias de agressões e de violência física e moral contra profissionais de Saúde, incluindo médicos, em alguns casos envolvendo a morte desses profissionais, e de ofensas graves perpetradas por usuários dos serviços e familiares.

Sobre a exposição aos agentes biológicos, formas graves de adoecimento e morte por contaminação no trabalho têm sido descritas, em médicos e outros profissionais de Saúde, como na recente epidemia pelo vírus ebola em países africanos. Estudos mostram que a ocorrência de acidentes com material perfurocortante potencialmente contaminado é maior em hospitais menores, que os homens se acidentam mais do que as mulheres e que o treinamento em biossegurança não reduz as ocorrências. A acidentabilidade não parece estar relacionada ao conhecimento das normas de segurança e também não afeta o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), sugerindo a necessidade de se reavaliar o treinamento em serviço¹⁹.

Nos estudos disponíveis na literatura nacional e estrangeira, aparecem, com destaque, os quadros e as manifestações de sofrimento e o adoecimento mental relacionados ao trabalho. Pela sua frequência e gravidade têm recebido atenção de pesquisadores, gestores de Saúde, empregadores e entidades representativas da classe médica.

As relações estabelecidas com pacientes e demais membros da equipe de Saúde, características do processo de trabalho em Saúde, contribuem fortemente para a elevada carga psíquica. Entre os fatores de risco psicossociais presentes no trabalho em Saúde, decorrentes dos modos de organização

e da gestão do trabalho, estão: a sobrecarga de trabalho; o trabalho em turnos; a pressão pelo cumprimento de prazos e demandas incompatíveis entre si; o controle excessivo explícito ou implícito, com pouca autonomia de decisão; o ambiente físico adverso e inadequado; a violência física e/ou velada na forma de assédio moral, comportamento agressivo ou intimidação; a pouca participação nas decisões e a comunicação deficiente na equipe; a ausência de recompensas e reconhecimento; a falta de apoio para equilibrar a vida profissional e familiar, que Karazek denomina de suporte social²⁰.

Essas situações se traduzem em múltiplas e variadas formas de expressão: mal-estar, sofrimento e adoecimento físico e psicológico, manifestações de estresse, o que inclui estresse pós-traumático, distúrbios de sono, sendo a privação de sono considerada fator importante para o aumento do desgaste e a ocorrência de erro. A ansiedade produzida no e pelo trabalho contribui para o desencadeamento de quadros psiquiátricos, como síndrome do pânico, queixas digestivas, doenças cardiovasculares, com aumento da prevalência de hipertensão arterial, fadiga, depressão, burnout, entre outros²¹⁻²⁶.

A fadiga crônica, caracterizada por sensação de desconforto generalizado, apresenta os componentes comportamental, cognitivo e emocional e se expressa por sentimento de cansaço, desprazer pelas atividades que estão sendo realizadas e relutância em seguir fazendo a tarefa; é um fenômeno psicofisiológico que diminui as habilidades do indivíduo, interferindo no estado de alerta e vigília e na motivação²⁷.

A Síndrome de Burnout é uma resposta ao estresse laboral crônico, quando as estratégias de enfrentamento do trabalhador falham em manejá-lo satisfatoriamente. Manifesta-se por sintomas de natureza orgânica e/ou fisiológica, como distúrbios do sono, dores musculares ou osteomusculares, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência e infecções frequentes, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório ou disfunções sexuais com diminuição da libido e sintomas psicológicos envolvendo sentimentos e emoções. As exigências cognitivas e afetivas excessivas contribuem para a falta de atenção e concentração, alterações da memória, sentimento de alienação, sentimento de solidão, impaciência, baixa autoestima, desânimo, depressão, desconfiança, que pode configurar quadros de paranoia, com profundas repercussões na qualidade do cuidado dos pacientes e usuários²⁸.

O quadro de despersonalização é definido como uma atitude fria e distante em relação ao trabalho e às pessoas

nele presentes e também é uma forma de enfrentamento da exaustão emocional. Os trabalhadores apresentam comportamentos negativos e depreciadores, com reações distantes e frias em relação ao trabalho, ao seu contexto e aos colegas, questionam ou desistem de seus ideais, e muitas vezes buscam cargos burocráticos, evitando o contato com os que demandam seu serviço e sua atenção.

As questões relacionadas ao suicídio e ao abuso de drogas lícitas e ilícitas entre médicos têm recebido especial atenção dos estudiosos e das organizações de classe. Os médicos parecem apresentar maiores taxa de divórcio, suicídio e uso de drogas psicoativas, quando comparados a outros grupos semelhantes na população geral²⁹.

“Os médicos se suicidam cinco vezes mais que a população geral”, afirma a psiquiatra Alexandrina Meleiro, membro da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), coordenadora da Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio da ABP e membro do Grupo de Atenção da Saúde Mental do Médico, e são mais vulneráveis na faixa etária de 35 a 50 anos³⁰.

Sobre as questões de gênero relacionadas ao trabalho médico, a situação das médicas é agravada pela dupla ou tripla jornada de trabalho, acrescida da culpa pela não atenção adequada aos filhos, que aumentam a sobrecarga e o desgaste, e se manifestam por sintomas psicossomáticos e comprometem a qualidade de vida delas e dos familiares próximos e podem interferir no cuidado¹⁴.

Os vínculos precarizados de trabalho impedem que as médicas usufruam do direito ao afastamento remunerado no período de gravidez, parto e lactação, sendo relativamente frequente encontrarmos gestantes no final da gestação trabalhando em regime de plantões diurnos e noturnos, pois não trabalhar significa não ter rendimento.

Sobre o envelhecimento dos médicos e suas repercussões sobre o trabalho, a produção técnico-científica é ainda mais escassa. Como eles e elas lidam ou têm lidado com as limitações naturais do envelhecimento e suas repercussões sobre a vida e o trabalho? E com as mudanças e inovações tecnológicas? E com a competição com os mais jovens? Como dar suporte a esses trabalhadores? São perguntas à espera de respostas.

A multiplicidade de vínculos é outro fator importante de desgaste da saúde dos médicos³¹. Estudo conduzido por Maciel e colaboradores com 7.008 médicos do Estado do Ceará mostrou que 3.751 (53,5%) possuíam entre 2 e 4 vínculos, e 39 (0,6%), de 11 a 20 vínculos. Aos muitos problemas decorrentes dessa situação, de natureza ética e técnica, somam-se

o aumento do desgaste, do adoecimento e da frequência de envolvimento em acidentes nos deslocamentos no trânsito caótico das cidades, com vítimas, por vezes, fatais.

Finalizando, é importante lembrar a situação dos estudantes de Medicina e dos médicos residentes. Estudos revelam que estudantes de Medicina apresentam limitações para manter uma vida social adequada já no primeiro ano de curso e apresentam sintomas psicossomáticos, como manifestações de depressão e ansiedade, problemas que crescem em frequência e gravidade no decorrer do curso. Os estudantes utilizam substâncias psicotrópicas, especialmente tranquilizantes, e apresentam incidência de suicídio em índices superiores aos da população geral²⁸.

Estudo conduzido por Ribeiro³² com estudantes de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) revelou dificuldades emocionais e sofrimento entre os alunos, frequentemente encobertos por soluções administrativas de regime especial e trancamento de matrícula, observando-se que 69,6% dos trancamentos estão relacionados ao sofrimento psíquico, sendo que apenas 15% dos casos são reconhecidos como anteriores ao ingresso no curso médico.

POLÍTICAS DE PROTEÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

Apesar dos indicadores, frágeis e certamente subestimados, começam a ser implementadas políticas públicas destinadas à proteção da saúde e à segurança dos trabalhadores da Saúde no Brasil. No âmbito do SUS, a Política Interministerial de Segurança e Saúde no Trabalho (2011)³³, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora³⁴, a Política Nacional de Humanização da Saúde^{35,36} e as Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS³⁶ tratam dessa questão. Entretanto, observa-se grande distância entre esse conjunto de prescrições e sua concretização no cotidiano dos serviços de Saúde.

Para os trabalhadores com contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a Norma Regulamentadora no 32, de 2005, atualizada em 2011, trata da segurança e da saúde no trabalho em serviços de Saúde e detalha procedimentos adequados para lidar com riscos biológicos e químicos, radiações ionizantes,

condições de conforto para os trabalhadores, manutenção de máquinas, entre outros aspectos³⁷.

A Resolução CRESMP nº 90, de 21 de março de 2000, que trata da saúde dos médicos, preconiza que estes tenham acesso à proteção coletiva ou aos EPIs, realizem exame periódico adequado ao tipo de risco ocupacional. Sobre a exposição a riscos biológicos, a Resolução dispõe que nas atividades de pronto-atendimento, pronto-socorro, traumatologia, moléstias infectocontagiosas, cirurgia, análises clínicas, anatomia patológica, serviços de verificação de óbito e outros serviços com riscos de exposição a fluidos orgânicos potencialmente contaminados, os médicos tenham acesso a dispositivos de proteção adequados, tais como: óculos de proteção, aventais impermeáveis, luvas e máscaras, imunização contra agentes biológicos, tais como hepatite B, gripe e outras doenças evitáveis por vacinação, e, em caso de acidentes do tipo perfurocortante com material potencialmente contaminado, devem ser adotadas medidas de quimioprofilaxia de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e esses casos devem ser notificados e devidamente registrados³⁸.

Entretanto, a adesão aos procedimentos prescritos é relativamente pequena entre os médicos, como mostrou La Rotta³⁹. Sobre a notificação de acidentes pelos médicos, apesar de ser compulsória, segundo a Portaria nº 1271/2014, é menor que em qualquer outro grupo profissional da Saúde.

Esse fenômeno necessita ser mais bem estudado, pois entre as hipóteses explicativas está o mito de que os médicos se julgam semideuses e, portanto, seriam imunes às fragilidades humanas. Entretanto, possivelmente, a explicação esteja mais próxima da formulação do psicanalista C. Dejours sobre a estratégia ou a ideologia de defesa, de que os trabalhadores, diante de situações intoleráveis de risco no trabalho, negam a sua existência para permanecerem trabalhando.

De qualquer modo, apesar das boas intenções e da adequação das prescrições feitas, esses documentos pouco contribuem para o enfrentamento concreto e dos problemas e a proteção dos trabalhadores expostos a fatores de risco para a saúde presentes nos cenários do trabalho médico na atualidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A título de conclusão destas reflexões pode-se dizer que o trabalho em Saúde é permeado por contradições e situações

de perigo. Como decorrência, os trabalhadores médicos que participam da produção de saúde dos indivíduos e da coletividade perdem ou degradam sua própria saúde e qualidade de vida e de seus familiares. Além disso, esse processo pode repercutir também no desempenho profissional.

Apesar dos avanços técnico-científicos, o humano atravessa todos os momentos e componentes do processo de produção do cuidado em Saúde. E por mais que o exercício da Medicina tenha se tornado uma prática de base científica, não perdeu nem prescinde do componente Arte da profissão. Essa dimensão pode explicar o porquê de os profissionais continuarem trabalhando em meio a tantas adversidades e sinaliza uma direção e uma possibilidade concreta de transformação dos processos de trabalho, tornando-os menos adoecedores e, crescentemente, promotores de saúde.

Nesse cenário são necessários estudos sobre o processo de trabalho médico em suas múltiplas formas, no modo de produção capitalista e sob influência do modelo neoliberal,

tanto na perspectiva macro quanto nas dimensões micro, particular e singular, quando se busca a melhoria da qualidade de vida e de saúde dos profissionais, o que certamente influirá positivamente sobre suas práticas.

Velhos e novos problemas precisam ser enfrentados e para isso é necessário ampliar, qualificar e socializar esses conhecimentos com os médicos, os empregadores, as organizações de classe, os formuladores de políticas públicas.

Nessa perspectiva, os médicos do trabalho e a ANAMT, que os representa, têm um importante papel a cumprir. São intrínsecas à especialidade a tarefa e a capacidade de colocar o ser humano no trabalho, buscando adequar esse trabalho ao trabalhador e, se possível, torná-lo promotor de saúde.

Esta pode ser uma oportunidade para que os Médicos do Trabalho e a ANAMT mostrem sua competência, deixando de ser o “patinho feio” entre as especialidades médicas e revelando a importância e a beleza do exercício da Medicina do Trabalho. Fica o convite-desafio!

REFERÊNCIAS

1. Dias EC, Oliveira RP, Machado JH, Minayo-Gomez C, Perez MAG, Hoefel MGL. Employment conditions and health inequities: a case study of Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(12):2452-60.
2. Nunes ED. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(3).
3. Donnangelo MCF. Medicina e sociedade. O médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975.
4. Donnangelo MCF. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
5. Freidson E. The profession of medicine – a study of the sociology of applied knowledge. New York: Dodd, Mead and Company; 1970.
6. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.
7. Santos Filho SB, Barros MEB. Trabalhador da Saúde: muito prazer – protagonismo do trabalhador na gestão em saúde. Ijuí: Unijuí; 2007.
8. Barros MEB, Santos Filho SB, Gomes RS. Alguns conceitos articulados na discussão do processo de trabalho em Saúde. In: Machado JH, Assunção AA (Orgs.). *Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde*. Belo Horizonte: UFMG; 2012. p. 28-65.
9. Machado MH (Coord.) Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997. 244 p.
10. CFM-CREMESP – Conselho Federal de Medicina-Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2013. *Demografia Médica no Brasil, v. 2/Coordenação de Mário Scheffer. Equipe de pesquisa: Alex Cassenote, Aureliano Biancarelli*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo: Conselho Federal de Medicina, 2013. 256 p. tab. il. 30 x 21 cm. 2 v.
11. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. [Acessado em: 21 out. 2015]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>
12. CFM – Conselho Federal de Medicina. *Radiografia das Escolas Médicas do Brasil*. Brasília, CFM, agosto 2015. [Acessado em 25 out. 2015]. Disponível em: <www.portal.cfm.org.br/escolasmedicas>.
13. Laurell AC, Noriega M. Production process in health: laborer's work and strain. São Paulo: Hucitec; 1989.
14. Mininel VA, Baptista PCP, Felli VEA. Cargas psíquicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários brasileiros. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(2):[09 telas].
15. Neves BS, Pinheiro TMM. Perfil epidemiológico e ocupacional dos anestesiológicos inseridos no mercado de trabalho de Belo Horizonte, Minas Gerais, em 2010. *Rev Bras Anesthesiol*. 2012;65(5):612-24.
16. Brotto TCA, Dalbello-Araújo M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? *Rev Bras Saúde Ocup*. 2012;37(126):290-305.
17. Brito J, Pena PGL, Gomes L, Souto AP, Pires AC. A saúde dos trabalhadores da saúde: focos, abordagens, e estratégias de pesquisa. In: Machado JH, Assunção, organizadores. *Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde*. Belo Horizonte: UFMG; 2012. p. 66-105.
18. Assunção AA, Tavares IR, Serra PJ. Natureza e condições atuais do trabalho em saúde: o que diz a literatura sobre o adoecimento dos trabalhadores? In: Machado JH, Assunção AA, organizadores. *Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde*. Belo Horizonte: UFMG; 2012. p. 106-49.

19. Caixeta RB, Branco AB. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(3):737-46.
20. Sargent LT, Terry DJ. The moderating role of social support in Karasek's job strain model. *Work & Stress*. 2000;14(3):245-61.
21. Nogueira Martins Ia. Vicissitudes do exercício da medicina e saúde psicológica do médico. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 1995;39:188-93.
22. Nogueira Martins Ia. Morbidade psicológica e psiquiátrica entre médicos. In: Agosto FM, Peixoto R, Bordin R, organizadores. *Riscos da prática médica*. Porto Alegre: Da Casa Editora; 1998. p. 27-34.
23. Cezar ES, Marziale MHP. Occupational violence problems in an emergency hospital in Londrina, Paraná, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(1). [Acessado em: 21 out. 2015]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/24.pdf>>
24. Escribà-Agüir V, Artazcoza L, Pérez-Hoyos S. Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gac Sanit*. 2008;22(4):300-8.
25. Kramer M. Sleep loss in resident physicians: the cause of medical errors? *Front Neurol*. 2010;1:128.
26. Silva AA, Rotenberg L, Fischer FM. J ornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(6):1117-26.
27. De Vries J, Michielsen H, Van Heck GL. Assessment of fatigue among working people: a comparison of six questionnaires. *Occup Environ Med*. 2003;60(Suppl1):10-5.
28. Benevides-Pereira AMT. O Estado da Arte do Burnout no Brasil. *InterAção Psy*. 2003;1(1):4-11.
29. Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, Simkin S, Deeks JJ. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(5):296-300.
30. Meleiro A. Comunicação na Jornada Brasileira de Saúde Mental dos Médicos. Nova Lima; 2014. [Acessado em: 21 out. 2015]. Disponível em: <sites.uai.com.br/app/noticia/saudeplena/noticias/2014/03/27>
31. Maciel RH, Santos JBF, Sales TB, Alves MAA, Luna AP, Feitosa LB. Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(5):950-6.
32. Ribeiro MGS. Sofrimento Psíquico entre estudantes de Medicina da UFMG: uma contribuição da Assessoria de Escuta Acadêmica. [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
33. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.602, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho PNSST. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Seção 1, Brasília, DF, 8 nov. 2011a.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 20 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
36. Brasil. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Desprecariza SUS: perguntas e respostas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
37. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. NR32. Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, 2005. [Acessado em 23 out. 2015]. Disponível em <<http://portalmt.gov.br/data/files/8A7C812D32401Ba6013263233625221B47/NR-32520>>
38. CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Resolução nº 90, de 21 de março de 2000. Normatiza preceitos das condições de saúde ocupacional dos médicos e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, Poder Executivo, São Paulo, nº 71, de 13 de abr. de 2000, seção 1, p. 62-3.
39. La Rotta EIG. Avaliação do nível de conhecimento e adesão à NR 32 Hospitalares entre médicos do HC-UFMG como meio de controle de Infecções Hospitalares, Belo Horizonte, Brasil, 2008-2009. [Dissertação de Mestrado em Infectologia e Medicina Tropical]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

Endereço para correspondência: Elizabeth Costa Dias - Avenida Alfredo Balena, 190, Sala 807 - Santa Efigênia - CEP: 30130-000 - Belo Horizonte (MG), Brasil - E-mail: bethdias@medicina.ufmg.br