

# **A SAÚDE DOS QUE CUIDAM E A SAÚDE DE QUEM É CUIDADO – QUE RELAÇÃO?**

## **OS PROFISSIONAIS, O SISTEMA E A SAÚDE – SINERGISMOS E ANTAGONISMOS**

A prestação de cuidados de saúde depende dos profissionais de saúde de tal modo que, cada vez mais se reconhece que são elementos cruciais dos sistemas de saúde. Os recursos humanos são um dos principais recursos dos sistemas de saúde e um importante determinante da sua performance (Van Lerberghe & Ferrinho, 2004).

Actualmente sabe-se ser impossível desenvolver uma política de saúde efectiva se não se tiverem em conta os profissionais de saúde e se, paralelamente a essa política de saúde não existir também uma política de gestão de recursos humanos (Van Lerberghe et al, 2002). Não é possível reformar os sistemas de saúde sem incluir uma estratégia para lidar com os recursos humanos (Van Lerberghe & Ferrinho, 2004).

Cada vez é mais claro que os profissionais de saúde desempenham um importante papel na determinação do estado de saúde de uma população. Em última análise são aqueles que efectivam qualquer sistema de saúde, que prestam os cuidados, que “tocam” os clientes do sistema de saúde.

*“The health of the population is (...) influenced by a number of factors, such as biology, environment, lifestyles and the healthcare system” (Arnetz, 1996)*

Como “determinantes” da saúde de uma população (veja-se, por exemplo, o caso da mortalidade materna que depende, em grande escala do número de profissionais de saúde competentes (OMS, 2005)), os profissionais de saúde devem ser analisados e estudados de modo a que se consiga, através deles, da sua prática, do seu estado e da sua acção, melhorar a saúde de uma população:

Cada vez mais as evidências existentes sugerem que os profissionais de saúde têm um estado de saúde diferente do da restante população (na maioria dos casos pior) e que a forma como se

sentem e se comportam em relação à sua saúde pode influenciar a forma como se sentem e se comportam os seus clientes – a população (Trinkoff et al, 2001; Hasselhorn et al, 2006).

Tillett (2003) e Araújo et al (2003) referem que os profissionais de saúde têm uma maior prevalência de doenças mentais, doenças relacionadas com o stress e que sofrem, com frequência, de “doenças físicas menores”.

### **A SAÚDE DA POPULAÇÃO...**

A saúde da população depende de uma série de factores: do indivíduo, económico-sociais e culturais, do sistema de saúde e ligados ao trabalho.

Os factores do indivíduo dizem respeito essencialmente às suas características biológicas, genéticas, à capacidade de, enquanto ser biológico, lidar com as agressões do meio exterior.

Os factores económico-sociais e culturais referem-se às capacidades humanas básicas como a educação ou as percepções e comportamentos de saúde (Murray & Cheng, 1993).

Os factores do sistema de saúde referem-se à capacidade de resposta deste às necessidades de saúde da população e à forma (qualidade) como lhes responde, às infra-estruturas públicas existentes, ao processo de reforma do sistema de saúde, à orientação do sistema de saúde e às opções estratégicas que são tomadas (Murray & Cheng, 1993).

Paralelamente a estes factores existem ainda os factores ligados ao trabalho. A relação entre as condições de trabalho e a saúde dos trabalhadores tem vindo a ser alvo de estudo. Actualmente sabe-se que existe uma relação entre a saúde e o trabalho que ultrapassa as fronteiras dos perigos ocupacionais tradicionais: a existência de trabalho, a realização e a satisfação no trabalho, o controlo e direccionamento e a relação esforço/ recompensa são importantes factores na relação de saúde no trabalho (Theorell, 2000).

### **... E A SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Actualmente, existe uma forte crise nos sistemas de saúde. O progressivo desenvolvimento e avanço da tecnologia médica, a que se assiste desde a II Guerra Mundial, com a consequente

mudança de uma concepção de cuidados humano-intensivistas para outra extremamente tecnológica e tecnicista, a pressão da inovação, quase diária, dos meios diagnóstico e tratamentos, o constante bombardeamento com informação, muitas vezes caótica, e a incapacidade para a absorver, têm contribuído para exacerbar a pressão para aumentar os gastos com a saúde. Paralelamente, os clientes dos sistemas de saúde têm, cada vez mais, acesso a informação, não só sobre as novas tecnologias, tratamentos e diagnósticos mas também acerca do seu próprio estado de saúde o que condiciona uma cultura de exigência face aos sistemas de saúde e à resposta que estes são capazes de dar às suas necessidades. Cada vez mais os clientes exigem prestação de cuidados de saúde de qualidade e efectivos (Eurostat, 2000; Wanless, 2004)

A este cenário acrescem, ainda, as profundas mudanças sócio-demográficas que as sociedades ocidentais têm vindo a sofrer. A diminuição das taxas de mortalidade materna, infantil e de fertilidade, o aumento da esperança de vida, a tendência para a cronização de doenças anteriormente altamente letais, ou com carácter predominantemente agudo, têm, igualmente, criado uma força para aumentar os gastos com os sistemas de saúde.

Na maioria dos países desenvolvidos assiste-se a uma crescente incapacidade para lidar com a despesa pública (e com a saúde) e garantir, através das mais diversas formas de financiamento, que todos os indivíduos tenham direito, de forma equitativa e socialmente justa, à saúde e aos cuidados de saúde.

Os profissionais de saúde, peça essencial da máquina dos sistemas de saúde, acabam, em última análise, por sofrer os constrangimentos destas forças antagónicas quer no seu papéis de actores profissionais quer como indivíduos cujo funcionamento físico, mental e social depende, largamente, do ambiente onde vivem e trabalham.

Contribuem a reforma do sistema de saúde, com as inerentes implicações de mudança, reajuste dos serviços e das funções, delineamento de competências/ definição de papéis, financiamento instável e planeamento inadequado; e a contenção dos gastos com a saúde, (em Portugal em 1984 os gastos com a saúde representavam 5,6% do PIB, em 2002 o valor subiu para 9,3%<sup>1</sup>) com os

---

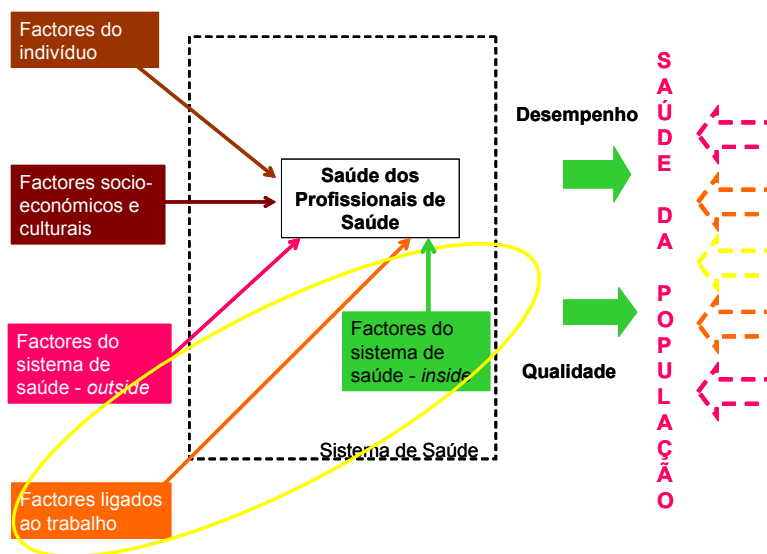
<sup>1</sup> Health for all database

constrangimentos à contratação de pessoal e consequente aumento da carga de trabalho, más condições de trabalho e baixos salários para os profissionais de saúde.

Deste modo, a saúde e bem-estar dos profissionais de saúde é, também mas não só, determinada pelo contexto do sistema de saúde onde trabalham e, em última análise pelos problemas e desafios que este enfrenta.

A saúde dos profissionais de saúde seria tendencialmente igual à da restante população não fossem estas especificidades. Assim a saúde destes profissionais para além de depender dos mesmos factores que a dos não profissionais de saúde depende ainda de dois factores que são substancialmente diferentes: os factores internos do sistema de saúde (“inside”) e os factores ligados ao trabalho (Figura 1) em muito determinados pelos primeiros.

**Figura 1 – Factores que influenciam a saúde dos profissionais de saúde e sua relação com o sistema de saúde e saúde da população**



### **Factores do sistema de saúde – *inside***

A globalização económica tem contribuído para o desenvolvimento do sector da saúde através da disseminação rápida da informação biomédica, aumento do fluxo de conhecimento com desenvolvimento de novos métodos de diagnóstico e tratamento de problemas de saúde, da bio

informática e das tecnologias de comunicação. Paralelamente as resultantes redução dos recursos disponíveis, alterações no fluxo de trabalho, desregulação dos serviços, crescente especialização dos profissionais de saúde e aumento global dos custos têm um impacto potencialmente devastador nas condições de trabalho do sector da saúde. Este impacto faz-se sentir através do aumento da competição, das restrições orçamentais, dos esforços para melhorar o custo eficiência e da reengenharia dos processos de trabalho (Yassi et al, 2004).

Este impacto resulta em:

- **Aumento do trabalho em part-time e para além do full-time** (aumento da proporção dos que trabalham mais de 50 ou menos de 30 horas por semana) e **aumento do número de casos com duplo emprego** (sustento e oportunidade de mercado) (Yassi et al, 2004).

Em Portugal, num estudo realizado num centro de saúde da região da grande Lisboa, 23% dos trabalhadores tinham um duplo emprego sendo que a proporção aumentava para 43% nos médicos. No mesmo estudo mas em trabalhadores de um hospital público, a proporção de trabalhadores que afirmavam ter um duplo emprego era de 58% sendo que nos médicos era de 50% (Ferrinho et al, 2004).

Um estudo realizado pela Ordem dos Médicos que incidiu sobre 102 médicos revelou que 14% destes tinham um duplo emprego e 3% um triplo. Trinta e cinco por cento faziam mais de 96 horas mensais de urgência (Ordem dos Médicos, 2005).

Num hospital público, a percentagem de trabalhadores a tempo parcial era de 6,6% (Fronteira, 2002).

- **Redução do número de efectivos, reestruturação, aumento do *contracting out* e privatização de algumas funções do sistema** (Yassi et al, 2004)

Em Portugal, os rácios de recursos humanos da saúde por 100 000 habitantes têm ficado, desde 1980, aquém da média da União Europeia, apesar de, por exemplo, todos os rácios terem aumentado (e mais do que na União Europeia) à excepção dos clínicos gerais (Quadro 1).

**Quadro 1 – Rácios de recursos humanos da saúde por 100 000 habitantes em Portugal e na União Europeia**  
([www.euro.who.int/hfadb](http://www.euro.who.int/hfadb))

Ano	Médicos		Clínicos gerais		Dentistas		Farmacêuticos		Enfermeiros	
	Portugal	EU	Portugal	EU	Portugal	EU	Portugal	EU	Portugal	EU
1980	196	230			11	39	48	52	224	577
1985	244	265	65	87	13	44	48	60	246	603
1990	281	296	70	96	17	51	54	66	277	629
1995	293	312	63	100	25	57	64	68	334	658
2000	318	337	53	98	43	60	79	75	366	700
2001	323	340	54	98	47	61	81	77	384	708
2002	326	343	55	98	50	62	84	78	403	721
2003	329	347	56	99	53	62	91	78	419	728
<b>Crescimento</b>	<b>133</b>	<b>117</b>	<b>-9</b>	<b>12</b>	<b>42</b>	<b>23</b>	<b>43</b>	<b>26</b>	<b>195</b>	<b>150</b>

Portugal, à semelhança de outros países, encontra-se no meio de uma agitada reforma do sector público. A Reforma da Administração Pública, iniciada na anterior legislatura, incide nas áreas de gestão e abrange as estruturas, os dirigentes e a gestão do desempenho de todas as áreas do sector público incluindo o sector da saúde.

A grande ênfase é colocada na aquisição de novas competências de gestão, no trabalho por objectivos e na avaliação dos resultados. Preconiza-se a identificação da função útil de cada serviço em benefício dos cidadãos, o grau de realização dos objectivos e o seu resultado, a contribuição de cada indivíduo para estes fins e a avaliação do próprio serviço.

*“Indissociável desta reforma é (...) (o) esforço permanente de aproximação do cidadão, racionalização de recursos, motivação dos funcionários e prestação de um serviço de qualidade.” (Ministério das Finanças, 2006).*

Concomitantemente a esta reforma, e integrando-a, surgiu em 2004 o Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública que veio colocar de parte as avaliações específicas de cada uma das carreiras da Administração Pública, incluindo as da área da saúde.

Este novo sistema

*“...visa o desenvolvimento coerente e integrado de um modelo global de avaliação que constitua um instrumento estratégico para a criação de dinâmicas de mudança, de motivação profissional e de melhoria...” (Lei nº10 / 2004)*

Também para dar resposta à (necessária) reestruturação do sector público (e da saúde) surgiu o contrato individual de trabalho da Administração Pública com o intuito flexibilizar a contratação por parte do Estado. Este regime de contratação veio alterar a relação entre muitos profissionais de saúde e o Estado. Se por um lado é possível fugir à rigidez salarial da função pública, por

outro lado existe uma maior insegurança laboral e desvanece-se a possibilidade de integrar os quadros de qualquer instituição pública (Lei nº23 / 2004).

Um estudo realizado pela Ordem dos Médicos revelou que, os médicos de clínica geral tinham, no início da sua carreira expectativas muito boas em relação aquilo que iria ser o seu percurso profissional. À data da realização do estudo o resultado era diametralmente oposto (Ordem dos Médicos, 2004).

Num estudo realizado em 27 enfermeiros de dois centros de saúde e dois hospitais da região do Minho verificou-se que, não obstante a relação emocional com a organização a referência mais importante, em termos de empenhamento no trabalho, era a profissão. Estes enfermeiros consideravam que a satisfação com as funções realizadas co-substanciavam a satisfação das expectativas profissionais (Duarte, 2004).

Num estudo que abrangeu o pessoal dos 14 centros de saúde da Sub-Região de Saúde de Beja, a satisfação global média era de 3,33 numa escala de 0 (totalmente satisfeito) a 10 (totalmente não satisfeito) (Graça, 1999).

### **Factores ligados ao trabalho**

Actualmente acredita-se que a relação entre o trabalho e a saúde ultrapasse as barreiras da doença ocupacional. A saúde dos trabalhadores depende não só da exposição a determinados riscos específicos do trabalho que realizam mas também dos níveis de controlo sobre o trabalho, do balanço entre o esforço e as consequências da falta de trabalho (Health Development Agency, 2004; Theorell, 2000).

Um estudo realizado em 1991 pela *Comission of the European Communities* numa amostra representativa da população activa dos 12 estados membro revelou que 42% dos trabalhadores consideravam que a sua saúde podia ser afectada pelo seu trabalho (Health Development Agency, 2004).

De acordo com Rogers (1997) os profissionais de saúde estão expostos a uma variedade de perigos ocupacionais que podem resultar numa série de problemas de saúde agudos e crónicos. Ainda de acordo com o mesmo autor o risco de doença ocupacional e acidentes no trabalho

aumenta à medida que aumenta as exigências dos cuidados que são prestados, o número de horas de trabalho, a rotatividade dos turnos e o número de clientes que necessita de serviços altamente complexos.

Trabalhar num ambiente particularmente stressante, em equipas deficientes, com pouco controlo e muita responsabilidade, muitas horas seguidas, com conflitos entre os diferentes papéis sociais, parece contribuir para o aumento da morbilidade dos profissionais de saúde (Willcock et al, 2004; Myers, 2003; Warhaft, 2004; Caplan, 1994, Baldwin et al, 1997; Michie & Williams, 2003; Martins, sd). Em 1984 o Bureau of Labor Statistics registou quase 300 000 acidentes de trabalho e 11 000 doenças ocupacionais nos profissionais de saúde (Rogers & Travers, 1991).

Um estudo realizado nos hospitais do sector público no Reino Unido revelou que a taxa de problemas de saúde mental nos trabalhadores variava entre 17% e 33% sendo que as taxas mais baixas estavam associadas a hospitais mais pequenos, com maior cooperação e comunicação, melhor avaliação da performance, maior ênfase no treino e maior flexibilidade e controlo do trabalho (Michie & Williams, 2003)

### *Agentes químicos*

A exposição a agentes químicos no local de trabalho como radiação ionizante, campos electromagnéticos, líquidos e gases esterilizantes, gases anestésicos, fármacos anti-neoplásicos, ou látex aumentam a incidência de queixas somáticas nos profissionais (Rogers, 1997, Tompa et al, 1999).

Estima-se que a prevalência de alergia associada ao uso de luvas atinja os 10% entre os utilizadores frequentes (Rogers, 1997).

Embora existam divergências em termos de literatura parece existir um risco aumentado de cancro da mama nas enfermeiras (Lie & Kaerheim, 2003) e um excesso de risco de leucemia em enfermeiros (Lie & Kaerheim, 2003), farmacêuticos e técnicos de laboratório (Petralia et al, 1999).

A análise dos dados do INS 1998/99 respeitantes a alergias revelou não existirem diferenças entre os profissionais de saúde e a restante população em relação à prevalência deste problema ( $p=0,708$ ) ou ao local mais frequente de alergia.

### ***Agentes biológicos***

Os profissionais de saúde estão expostos a uma série de factores biológicos dos quais podem resultar problemas de saúde agudos e/ou crónicos. O contacto com doentes infectados ou secreções corporais contaminadas colocam-nos em maior risco de desenvolverem uma série de patologias infecciosas (VIH/SIDA, hepatite B, hepatite C, citomegalovirus, herpes, tuberculose pulmonar) (Wnuk, 2003; Rogers, 1997).

Em 1993 estavam documentados, em todo o mundo, 176 casos de infecção por VIH de origem ocupacional (Rogers, 1997).

Um estudo realizado na Polónia entre 1995 e 2001, em 4 hospitais, identificou 28 trabalhadores do sector da saúde que tinham sido expostos ao VIH durante o seu trabalho (Wnuk, 2003).

Em 2005, foram comunicados, em Portugal, ao Centro Nacional Contra Riscos Profissionais mais de 30 casos de infecção de profissionais de saúde pelo bacilo da tuberculose só na região Norte (Público, 11 Dez 2005).

Entre 15 a 30% dos profissionais de saúde com contacto frequente com sangue têm um ou mais marcadores serológicos do VHB positivo e 1 a 2% são portadores crónicos (Rogers, 1997).

### ***Agentes físicos, mecânicos e ambientais***

O trabalho é, por natureza, exigente em termos físicos uma vez que implica, por exemplo, posições viciosas e estáticas, mobilização de cargas pesadas, utilização de equipamentos (ergonomicamente) desadequados, exposição a ruídos e vibrações que podem causar e/ou agravar problemas de saúde (Rogers, 1997; Trinkoff et al, 2001).

Segundo Smedley et al (2003), num estudo que envolveu 2200 enfermeiros ingleses, 49% tinham, em alguma altura da sua vida profissional, sofrido de dor cervical, 35% tinham tido um episódio no último ano e 22% no último mês.

Outro estudo, realizado em 503 enfermeiros revelou que 41% tinham tido dor lombar (Owen & Damron, 1984).

Actualmente acredita-se que as queixas lombares e cervicais representam o problema mais caro em termos de baixa por doença. Dos 2200 enfermeiros estudados quanto à prevalência de dor cervical/ lombar, 27% tinha faltado ao emprego em consequência. (Limpscomb et al, 2004; Smedley et al, 2003)

Quando questionados sobre se costumam ter “dores nas costas, em baixo, nas cruces” 31,7% dos profissionais de saúde respondem afirmativamente contra 44,3% da restante população (de acordo com dados do INS 1998/99). Esta diferença não era estatisticamente significativa.

### *Agentes Psico-sociais*

A relação com o outro, e o servir-se dessa relação para ajudar, coloca uma forte pressão nos profissionais de saúde. Para além disso, os profissionais de saúde lidam, diariamente, com a falta de pessoal o que condiciona mais carga de trabalho mas também mais horas de trabalho.

São também comuns ambientes com relações de trabalho e suporte dos pares pobres e com ambiguidade de papéis. Estes factores, juntamente com factores pessoais (características individuais, personalidade, capacidades, adaptação, sistema de valores e relações sociais), situacionais (episódios de stress relacionados com os clientes e seus familiares, exposição constante a processos de doença terminal e morte, qualidade das redes de suporte emocional e conflitos com colegas, pares e chefes) e ambientais (desenho das unidades de trabalho, estímulos) contribuem significativamente para a morbilidade psiquiátrica (Yang et al, 2004; Rogers & Travers, 1991).

Um estudo realizado em Portugal sobre violência contra os profissionais de saúde revelou que 37% e 60% dos trabalhadores de um hospital distrital e de um centro de saúde, respectivamente,

tinham sido vítimas, nos 12 meses anteriores ao estudo, de algum tipo de violência (Ferrinho et al, 2002).

É comum, entre os profissionais de saúde, o trabalho por turnos. Um estudo realizado em Portugal em 40 enfermeiros revelou uma prevalência de 60% de trabalho por turnos (Fronteira et al, 2004). Este tipo de horário acarreta uma série de efeitos adversos na saúde dos trabalhadores, no seu bem-estar físico e mental e na performance (Rogers, 1997; Rogers & Travers, 1991).

Um estudo realizado do Reino Unido revelou que 28,5% dos enfermeiros tinham um nível significativo de problemas psiquiátricos menores em comparação com a restante população (17,8% de prevalência) (Yang et al, 2004). Resultados semelhantes foram encontrados num estudo realizado em 907 enfermeiros do Sul de Taiwan em que 48,8% tinham problemas psiquiátricos menores e que esta prevalência era superior à da restante população.

Existe um risco significativamente maior de suicídio entre os profissionais de saúde (Peipins et al, 1997; Myers & Fine, 2003; Nogueira-Martins, 2002; Willcock et al, 2004, Merry et al, 2000).

Um estudo que incidiu sobre 81 *hospital consultants*, 322 clínicos gerais e 121 administradores hospitalares revelou que os níveis de stress, ansiedade e depressão nos médicos mais velhos e gestores do SNS era elevado e superior ao esperado (Caplan, 1994).

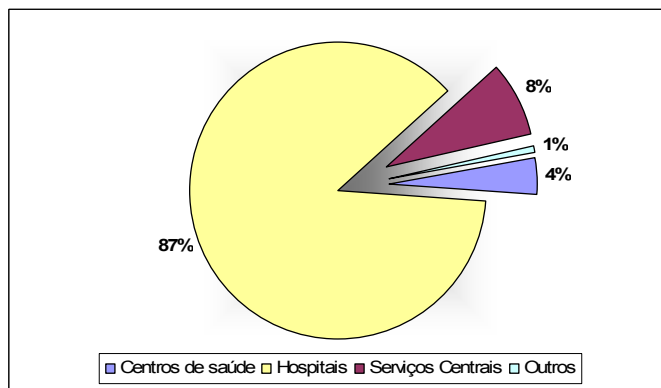
Um estudo sobre burnout em médicos portugueses revelou que 8,2% e 16,5% tinham um nível elevado de despersonalização (tendência a tratar as pessoas como objectos) e de exaustão emocional, respectivamente. A maioria destes profissionais referia baixos níveis de realização pessoal (Ordem dos Médicos, 2005).

Em relação aos distúrbios do sono, verificou-se que os profissionais de saúde que trabalhavam por turnos ou em regime de prevenção tinham maior propensão para desenvolverem distúrbios do sono (Trinkoff et al, 2001; Nicol & Botterill, 2004).

Quando se comparou o consumo de indutores do sono entre profissionais de saúde e restante população, usando os dados do INS de 98/99 verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre uns e outros.

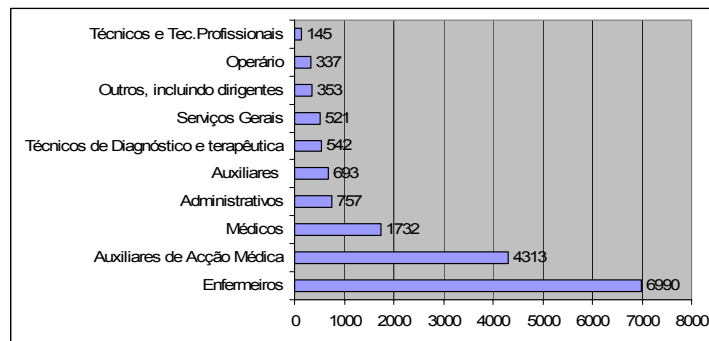
### Acidentes em serviços e Doenças Profissionais

De acordo com os dados recolhidos pela Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, ocorreram no triénio 2000-2003 16 383 acidentes em serviço em serviços de saúde, os quais originaram 169 065 dias de trabalho perdido. Estiveram envolvidas 314 unidades (incluindo serviços centrais) e apresentando uma média de 52 acidentes durante o período considerado e por instituição, variando entre 1 e 1022. A repartição do número de acidentes por tipo de serviços foi a seguinte:



**Gráfico 1 - Proporção de acidentes em serviço por tipo de serviço de saúde, triénio 2000-2003. Fonte: Secretaria-Geral do Ministério da Saúde.**

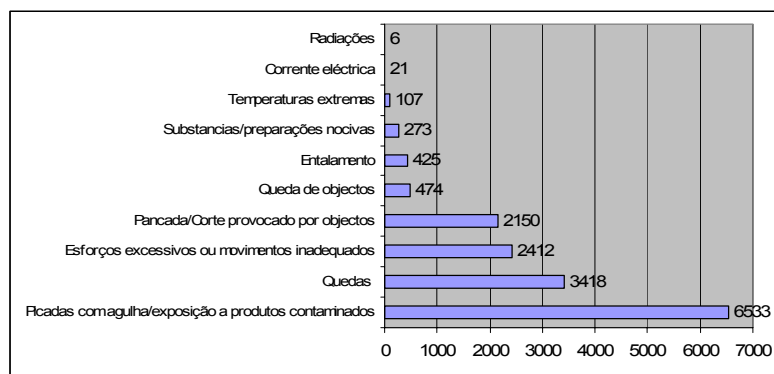
Foram envolvidos em acidentes em serviço no período considerado 14270 profissionais directamente relacionados com a prestação de cuidados (enfermeiros, auxiliares de acção médica, técnicos de diagnóstico e terapêutica e auxiliares) representando 87% do total de acidentes, enquanto que o pessoal administrativo e de manutenção (administrativos, operários e serviços gerais) representam cerca de 10% dos acidentados.



**Gráfico 2 - Acidentes em serviço por grupo profissional, triénio 2000-2003. Fonte: Secretaria-Geral do**

### Ministério da Saúde.

A maior parte dos profissionais tinham nacionalidade portuguesa – 71%; todavia 2,5% eram espanhóis e 0,75% eram oriundos de PLP. A maior parte dos profissionais envolvidos (80%) eram do sexo feminino e distribuía-se, aparentemente, de forma uniforme por todos os grupos etários.

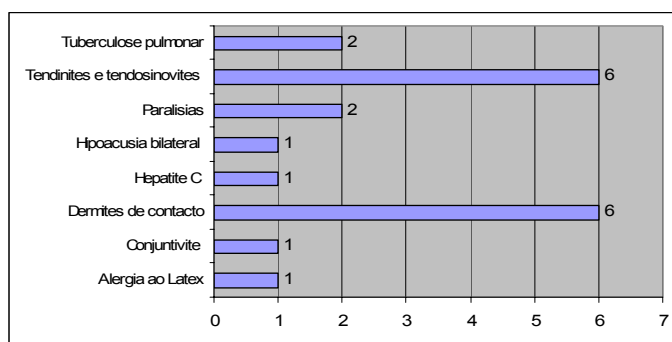


**Gráfico 3 - Acidentes em serviço por tipo de acidente, triénio 2000-2003. Fonte: Secretaria-Geral do Ministério da Saúde.**

Os acidentes envolvendo exposição a produtos biológicos potencialmente infectantes representam cerca de 40% do total de acidentes em serviço ocorridos no período considerado. Os locais mais propícios á ocorrência de acidentes foram, por ordem decrescente, os internamentos dos vários serviços (19%), o serviço de urgência (10%) e bloco operatório (8,5%).

No que respeita às doenças profissionais e na impossibilidade técnica de o organismo responsável<sup>2</sup> poder fornecer estes elementos, socorremo-nos da informação disponibilizada pelos Relatórios Anuais das Actividades de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho em relação às actividades económicas referentes ao exercício de actividades de saúde (CAE: 75121, 85110, 85120, 85130, 85141, 85142, 85143, 85144, 85145 e 91333). Verificou-se que, nos três anos considerados (2002,2003 e 2004) foram notificados, por instituições prestadoras de cuidados de saúde ou com eles relacionadas (SUCH, por ex.), públicas e privadas, 127 casos de doença profissional e foram confirmadas 20:

<sup>2</sup> Centro Nacional de Protecção contra Riscos Profissionais



**Gráfico 4 – Doenças profissionais confirmadas ocorridas em serviços de saúde, triénio 2002-2004. Fonte: Relatório Anual das Actividades de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.**

Sendo conhecido, como é, o principal problema dos sistemas de notificação obrigatória - a subnotificação – a morosidade intrínseca ao processo de confirmação de doenças profissionais e o facto de nem todos os organismos terem preenchido os Relatórios Anuais dos Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, deve a informação atrás apresentada entendida no sentido meramente indicativo.

### **COMO CLASSIFICAM A SAÚDE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE?**

Um estudo realizado na Grécia sobre os trabalhadores do sector da saúde revelou uma tendência para reportarem níveis baixos de saúde (Toutas et al 2003).

Em Portugal, um estudo da Ordem dos Médicos sobre a auto-apreciação do estado de saúde dos médicos de família revelou que 45,7% destes profissionais a classificavam em razoável ou fraca e apenas 4,3% em óptima. Os médicos que sentiam maior pressão no trabalho, menor interesse, que consideravam ter um pior ambiente de trabalho e que se sentiam menos satisfeitos profissionalmente apreciavam a sua saúde de forma mais negativa (Ordem dos Médicos, 2004).

A análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde de 1998/99 revelou que 63,5% dos profissionais de saúde consideravam ter uma saúde muito boa ou boa e apenas 2,2% muito má. Já na restante população, 36,9% considerava a sua saúde muito boa ou boa e 3,5% muito má ( $p < 0,01$ ). Em média os profissionais de saúde classificavam melhor a sua saúde (média = 2,35 sendo que 1 é saúde muito boa e 5 saúde muito má) do que a restante população (média = 2,82) ( $p < 0,01$ ).

## COMO TRATAM DA SAÚDE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE?

Assim como a saúde dos profissionais de saúde é tendencialmente diferente da da restante população, a forma como se comportam face à sua saúde é também díspar.

Existem alguns estudos que descrevem relutância em procurar cuidados médicos por parte dos profissionais de saúde com uso recorrente das “consultas de corredor” (Shadbolt, 2002; Kay et al, 2004; Baldwin et al, 1997). Com frequência, os profissionais de saúde, nomeadamente, os médicos tratam-se a si mesmo. Muitos fazem o seu próprio diagnóstico em caso de doença e auto-medecam-se. (Kay, 2004; Davidson & Schattner, 2003; Shadbolt, 2002; Töyry et al, 2000, Baldwin et al, 1997).

Foram também descritas taxas de vacinação inferiores às da restante população (Kay et al, 2004).

Paradoxalmente, os profissionais de saúde parecem vigiar mais amiúde a sua saúde reprodutiva, nomeadamente, com a realização mais frequente de rastreios do cancro do colo do útero e da mama (Kay et al, 2004).

Têm tendência para realizar check-up cardiovascular com maior frequência do que a restante população, nomeadamente através do controlo de controlos dos níveis de colesterol e triglicéridos no sangue, avaliação e controlo da hipertensão arterial. (Kay, 2004; Davidson & Schattner, 2003; Shadbolt, 2002; Töyry et al, 2000, Baldwin et al, 1997).

Um estudo realizado em Portugal sobre a auto-medicação nos técnicos de diagnóstico e terapêutica e nos enfermeiros revelou uma prevalência de 54,6% de auto-medicação para o conjunto dos profissionais, valor superior ao encontrado na população em geral (Veiga, 2002).

Ao analisar os dados do Inquérito Nacional de Saúde de 1998/99 é possível afirmar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais de saúde e a restante população<sup>3</sup> no que diz respeito ao número médio de consultas médicas nos três meses anteriores à realização do questionário (p=0,583). Verificou-se, contudo, existirem diferenças entre

---

<sup>3</sup> Foi considerada restante população todos os indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos e inferior ou igual a 65 anos.

profissionais de saúde e restante população no que diz respeito ao motivo da última consulta. Para 48% dos profissionais de saúde (e 37% da restante população) a consulta tinha ocorrido por outro motivo que não para ter baixa, sentir-se doente ou pedir exames ou receitas, 44% tinham ido à consulta porque se sentiam doentes (contra 48% na restante população), 6,4% para pedir receitas ou exames (14% na restante população) e 2% (1% na restante população) para ter baixa ( $p=0,02$ ).

No que diz respeito à realização de exames, verificou-se que os profissionais de saúde não diferiam da restante população no que diz respeito ao número médio de análises clínicas ( $p=0,527$ ), biopsias ( $p=0,238$ ), radiografias ( $p=0,548$ ), ecografias ( $p=0,478$ ), mamografias ( $p=0,150$ ) ou electrocardiogramas ( $p=0,580$ ) nos últimos três meses.

## **SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E SISTEMA DE SAÚDE**

Ao se debater a saúde dos profissionais de saúde, ao analisar os seus determinantes e ao tentar compreender em que medida estes são diferentes dos da demais população está-se, em última análise, a descortinar a essência de um dos recursos do sistema de saúde.

Como já foi referido, os profissionais de saúde são quem faz o sistema e quem o coloca em movimento, quem o efectiva. Se a sua saúde está debilitada por factores relacionados com o trabalho ou com o sistema que integram, se esses factores são, até certo ponto, passíveis de mudança, então faz todo o sentido pensar na saúde dos que cuidam para cuidar a saúde que quem é cuidado.

A saúde dos profissionais de saúde é também influenciada pela complexidade e estabilidade do ambiente externo, pelo clima e estrutura organizacional, pelas características do *pool* de recursos humanos que integram e pelas políticas e práticas de gestão, importantes determinantes do desempenho de um sistema de saúde (Dussault & Souza, 1999).

Em última análise concorre para problemas como a insatisfação profissional, o absentismo, a reforma antecipada ou o abandono da profissão. Concorre para que ocorram erros evitáveis, para acidentes e, em última instância para a desumanização de um sistema de saúde que se quer efectivo mas, simultaneamente *user friendly*.

A saúde dos profissionais de saúde influencia o seu desempenho e o seu desempenho influencia o desempenho do sistema de saúde que se reflecte na consecução dos seus objectivos: equidade, eficácia, eficiência, satisfação e sustentabilidade (Dussault & Souza, 1999).

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO T et al. Aspectos psicossocial do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. Rev Saúde Pública. 37(4) (2003) 424-33.
- ARNETZ B. Causes of change in the health of populations: a biopsychosocial viewpoint. Soc Sci Med. Vol 43 No 5 (1996) 605-608.
- Baldwin PJ, DODD M, WRATE RM. Young doctors' health-II. Health and health behaviour. Soc Sci Med. Vol 45 No 1 (1997) 41-44.
- CAPLAN RP. Stress, anxiety , and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. BMJ 309 (1994) 1261-1263.
- COSTA
- DAVIDSON s, SCHATTNER P. Doctors' helath seeking behaviour: a questionnaire survey. MJA. Vol. 179 (15 September 2003) 302-305.
- DUARTE M. O Empenhamento Organizacional e o Empenhamento Profissional dos Enfermeiros: Conflito ou Complementaridade? Revista de Estudos Politécnicos. 2004, Vol. I No. 2, 97-122.
- DUSSAULT G, SOUZA LE. Gestão de Recursos Humanos. Departamento de Administração de Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade de Montreal, 1999.
- GRAÇA L. Satisfação Profissional: O Melhor do SNS Somos Nós. 1999 [www.ensp.unl.pt/lgraca/textos26.html](http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos26.html) (última consulta a 3 de Abril de 2006)
- GRAÇA MJ et al - INS 1998/1999. Continente. Dados Gerais. INSA – Instituto Nacional de Saúde. Lisboa, 2001.
- EUROSTAT. The social situation in European Union 2003. E Commission – Directorate General For Employment and Social Affairs Unit EI, 2003.
- FERRINHO P et al. Violência contra os profissionais de saúde no local de trabalho. Estudos de caso portugueses. Relatório final. AGO, Abril, 2002 (não publicado).
- FRONTEIRA I. Prevalência percentual de vítimas de violência física e psicológica (nas suas diferentes formas) nos trabalhadores de um hospital distrital. Lisboa: Dissertação elaborada para a obtenção do grau de mestre em saúde publica pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa ao abrigo dos artigos 10º e 16º do DL 216/92 de 13 de Outubro. 2002
- HASSELHORN et al. Work and health of nurses in Europe. [2005?] [www.next-study.net](http://www.next-study.net) (última consulta em Abril 2006)
- HEALTH DEVELOPMENT AGENCY. The evidence about work and health. Working for health opportunities in employment – HAD Briefing No 18, June 2004
- KAY MP, MITCHELL GK, DEL MAR CB. Doctors do not adequately look after their own physical health. MJA 181 (7): 368-370, 4 October 2004.
- LEI nº 10/2004, de 22 de Março – Sistema integrado de avaliação do desempenho da Administração Pública [www.portugal.gov.pt](http://www.portugal.gov.pt) (última consulta a 03-04-2006)
- LEI nº 23/2004 de 22 de Junho – Aprova o regime jurídico do contracto individual de trabalho da Administração Pública. D.R. Série A 145 (04-06-22) 3800.
- LIE J-A S, KAERHEIM K. Cancer risk among female nurses: a literature review. European Journal of Cancer Prevention Vol 12, No. 6 (2003) 517-526.
- LIPSCOMB J et al. Health Care System Changes and Reported Musculoskeletal Disorders Among Registered Nurses. Am J Public Health 94(8): 1431-1436, 2004

- MARTINS, MC. Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. [www.ipv.pt/millennium/millennium28/18.htm](http://www.ipv.pt/millennium/millennium28/18.htm) (última consulta a 19-03-2006)
- MERRY NM, MCGOWEN R, QULLEN J. The Painful Truth: physicians are not invincible. South Med J. 93 (10) (2000) 966-972.
- MILLER MN, MCGOWEN R. The Painful Truth: Physicians Are Not Invincible. South Med J 93(10): 966-972, 2000.
- MINISTÉRIO das Finanças, Gabinete da Secretária de Estado da Administração Pública. Síntese da reforma da Administração Pública [www.portugal.gov.pt](http://www.portugal.gov.pt) (última consulta a 03-04-2006)
- MICHIE S, WILLIAMS S. Reducing work related psychological ill health and sickness health: a systematic literature review. Occup Environ Med. 60 (2003) 3-9.
- MURRAY C, CHEN L. In search of a contemporary theory for understanding mortality change. Soc Sci Med. 1993 Vol 36, No. 2, 143-155.
- MYERS M, FINE C. Suicide in Physicians: towards prevention. Medscape General Medicine 5(4), 2003 <http://www.medscape.com/viewarticle/462619>
- NICOL AM, BOTTERILL JS. On-call work and health: a review. Environmental Health: A Global Access Science Source 3:15 (2004) <http://www.ehjournal.net/content/3/1/15>
- NOGUEIRA-MARTINS L. Saúde mental dos profissionais de saúde. In: BOTEGA, NJ (org) Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre, Artmed Editora, 2002, 130-144.
- NURSES Say Health and Safety Concerns Play Major Role in Employment Decisions. Medscape Medical News 2001. [www.medscape.com/viewarticle/411358](http://www.medscape.com/viewarticle/411358). (última consulta a 05.05.2005)
- ORDEM DOS MÉDICOS. Relatório da Comissão de Avaliação das Condições Técnicas para a Actividade dos Médicos de Família nos Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Ordem dos médicos. Lisboa, 10 de Maio de 2004.
- ORDEM DOS MÉDICOS. Relatório de análise estatística dos dados sobre burnout, inteligência emocional e estratégias de coping em profissionais médicos. Ordem dos médicos. Lisboa, 2005 (não publicado).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde 2005. Para que todas as mães e crianças contem. Europress (imp) 2005.
- OWEN BD, DAMORON CF. Personal characteristic and back injury among hospital nursing personnel. Res Nurs Health 7(4) (Dec 1984) 305-13.
- PEIPINS L et al. Mortality patterns among female nurses: a 27-state study, 1984 through 1990. AJPH 87(9) (September 1997) 1539-1543.
- PETRALIA S et al. Cancer mortality among women employed in Health Care Occupations in 24 U.S. States, 1984-1993. American Journal of Industrial Medicine 36 (1999) 159-165.
- ROGERS B. Health Hazards in nursing and health care: An overview. Am J Infect Control. Vol 25 (3), June (1997). 248-261.
- ROGERS B, TRAVERS P. Overview of work-related hazards in nursing: Health and safety issues. Heart & Lung. September 1991, vol.20, n°5, p. 486-497.
- SHADBOLT NE. Attitudes to healthcare and selfcare among junior medical officers: a preliminary report. MJA supplement 177:19-20 , 1 July 2002.
- SMEDLEY J et al. Risk factors for incident neck and shoulder pain in hospital nurses. OEM. 60: 864-869, 2003.
- TILLET R. The patiente within – psychopathology in the helping professions. Advances in Psychiatric Treatment. Vol 9 (2003) 272-279.

- THEORELL T. Working Conditions and Health in BERKMAN L, KAWACHI I (eds) Social Epidemiology. 1ª Ed SL OUP 2000
- TOMPA A, MAJOR J, JAKAB M. Is breast cancer cluster influenced by environmental and occupational factors among hospital nurses in Hungary? Pathology Oncology Research. 5(2) (1999) 117-121.
- TOUNTAS Y et al. The health related quality of life of the employees in the Greek hospitals: assessing how healthy are the health workers. Health and Quality of Life Outcomes, 1:61 (2003) [www.hqol.com/content/1/1/61](http://www.hqol.com/content/1/1/61)
- TÖYRY S et al. Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians. Arch Fam Med. Vol 9 (Nov/Dec 2000) 1079-1085.
- TRINKOFF AM, STORR CL, LIPSCOMB JA. Physically Demanding Work and Inadequate Sleep, Pain Medication Use, and Absenteeism in Registered Nurses. JOEM. 43(4): 355-362, April 2001
- TUBERCULOSE entre médicos e enfermeiros está a aumentar. Público. Domingo 11 Dez 2005, p.27.
- VAN LERBERGHE W, ADAMS O, FERRINHO P. Human resource impact assessment. Bulletin WHO 2002 80(7) 525
- VAN LERBERGHE W, FERRINHO P. From human resource planning to human resource impact assessment: changing trends in health workforce strategies pp 225-233 in KYRIOPOULOS J (editor). Health Systems in the World. From Evidence to Policy. Athens: Papazisis Publishers, 2004 827 p.
- VEIGA AM. Contributo para o estudo da automedicação entre os profissionais de saúde : enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica de quatro hospitais da cidade de Lisboa. Lisboa: Dissertação de Mestrado para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública, ao abrigo dos artigos 11º e 16º do Decreto-Lei nº. 216/92, de 13 de Outubro. 2002
- WANLESS D. Securing good health for the whole population. Wanless report [www.hm-treasury.gov.uk/consultations\\_and\\_legislation/wanless/consult\\_wanless04\\_final.cfm](http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless04_final.cfm) (última consulta em Junho de 2005)
- WARHAFT NJ. The Victorian Doctors Health Program: the first 3 years. MJA 181(7): 376-379, 4 October 2004.
- WILLCOCK SM, DALY MG, TENNANT CC, ALLARD B. Burnout and Psychiatric morbidity in new medical graduates. MJA 181(7): 357-360, 4 October 2004.
- WNUK AM. Occupational exposure to HIV infection in health care workers. Med Sci Monit. 9(5) (2003) 249-252.
- YANG MS, PAN SM, YANG MJ. Job strain and minor psychiatric morbidity among hospital nurses in southern Taiwan. Psychiatry and Clinical Neurosciences 58: 636-641, 2004.
- YASSI A et al. Globalization and the health of the health care workforce. International Journal of Occupational and Environmental Health. 10, 4 (Oct-Dec 2004) 355-359.

Agradecimentos – Documento preparado pela Dr.<sup>a</sup> Inês Fronteira Gonçalves com colaboração do Prof. Doutor Paulo Ferrinho e Dr.<sup>a</sup> Mariana Neto.