

GESTÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE



III CURSO

CADERNO DE TEXTOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Preventiva e Social

Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde

Caderno de Textos

2014

CURSO DE ATUALIZAÇÃO SEMIPRESENCIAL GESTÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

Caderno de Textos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

REITOR

Prof. Jaime A. Ramírez

FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG

DIRETOR

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

CHEFE DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

COORDENAÇÃO GERAL DO CURSO

Ada Ávila Assunção (Faculdade de Medicina-UFMG) e Ana Paula Cerca (Degerts-SGTES)

COORDENAÇÃO DIDÁTICA

Ana Cristina Côrtes Gama (Faculdade de Medicina – UFMG)

ASSESSORIA

Rose Elizabeth Cabral Barbosa (Faculdade de Medicina – UFMG)

ORGANIZAÇÃO DO TEXTO

Ada Ávila Assunção

Andréa Rodrigues Motta

REVISÃO E ATUALIZAÇÃO

Ana Cristina Côrtes Gama (UFMG)

FOTOS

Arquivos da SMSA-PBH e da FHEMIG

PROJETO GRÁFICO

Genial Box

A851g

Assunção, Ada Ávila

Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde: caderno de textos / Ada Ávila Assunção ; Andréa R. Motta. 1ª edição rev. e ampl. – Belo Horizonte : Ed. dos Autores, 2014
118 p.

ISBN 978-85-916075-0-1

Inclui bibliografia

1. Saúde e trabalho. 2. Trabalhadores. 3. Ensino à Distância. I. Andréa R. Motta. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Departamento de Medicina Preventiva e Social. III. Título.

CDD:613.62
CDU:331.47

Sumário

APRESENTAÇÃO	5
MÓDULO 1 LEITURA BÁSICA 1	
Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde	9
Universidade Federal de Minas Gerais / Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (UFMG/NESCON). 2007	
MÓDULO 2 LEITURA BÁSICA 1	
Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde	35
Ministério da Saúde. Protocolo da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde. 2011	
MÓDULO 3 LEITURA BÁSICA 1	
Negociação coletiva no setor público	47
Departamento Intersindical de Estudos e Estatísticas Socioeconômicas. 2012	
MÓDULO 3 LEITURA BÁSICA 2	
Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS	71
Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2012	
MÓDULO 4 LEITURA BÁSICA 1	
Natureza e condições atuais do trabalho em saúde: o que diz a literatura sobre o adoecimento dos trabalhadores?	75
Universidade Federal de Minas Gerais / Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (UFMG/NESCON). 2012	
MÓDULO 5 LEITURA BÁSICA 1	
Roteiro para elaboração do projeto de intervenção	111
Texto adaptado para o II Curso de Gestão das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde, 2012	





Apresentação

A Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, pactuada na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, aponta vários princípios que devem reger as iniciativas em prol da promoção do trabalho decente e digno para todos os trabalhadores do SUS.

Com o intuito de fomentar o trabalho decente e a melhoria das condições de trabalho, há que se garantir políticas e ações que permitam o fortalecimento do coletivo de trabalhadores, e promover a aprendizagem a partir da problematização do processo de trabalho, tendo como foco as necessidades de saúde da população.

Portanto, é com satisfação que apresentamos a terceira edição do Curso de Atualização em Gestão das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde (Cegest), fruto da parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Temos certeza que a qualificação é um caminho para o fortalecimento da área de gestão do trabalho e da educação na saúde, que ainda necessita de gestores com olhar crítico para as condições de trabalho. Ao qualificar os trabalhadores e gestores do SUS, estamos contribuindo para a transformação não só da realidade dos usuários dos SUS, mas, de sua própria.

Em 2013, celebramos dez anos da reativação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP – SUS), fórum permanente de negociação entre gestores e trabalhadores do SUS. São 10 anos de um trabalho que resultou na implantação de dezenas de Mesas estaduais e regionais por todo o Brasil. E como resultado do esforço coletivo e da articulação entre a MNNP – SUS e o Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador, surge o Protocolo nº 008 com o objetivo de promover a melhoria das condições de saúde do trabalhador do SUS e o empoderamento dos trabalhadores sobre o tema.

O Cegest visa, além de criar espaços de discussão sobre temas relacionados à saúde do trabalhador do SUS, a implantação deste protocolo por meio da indução de projetos de intervenção. Fruto desta parceria entre 2012 e 2013, alcançamos o total de 678 cursistas, e esta terceira edição promoverá a atualização de mais 400 gestores e trabalhadores do SUS.

Com esta nova etapa, esperamos dar continuidade ao processo de mudança da realidade cotidiana dos trabalhadores do SUS, através dos projetos de intervenção e da troca de experiências entre gestores e trabalhadores, buscando melhorias nas relações e condições de trabalho e saúde.

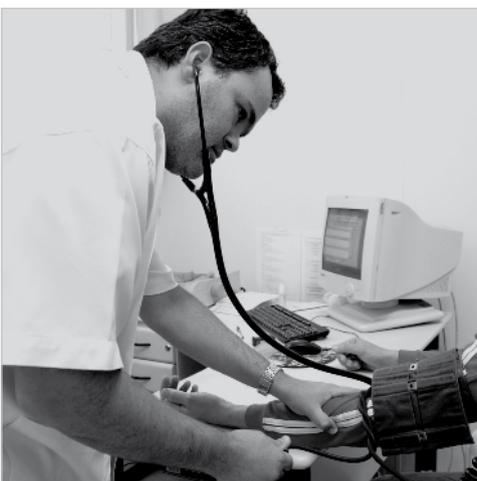
Para facilitar a realização dos projetos, foi elaborado o site “Apoio Técnico à Implantação e Monitoramento dos Projetos” como mais uma forma de apoio aos profissionais e gestores, oferecendo suporte técnico e político à implantação dos projetos de intervenção.

O curso tem muito a oferecer. Deixamos, aqui, o nosso convite: explorem todas as possibilidades.

Um abraço.

Ana Paula Cerca

Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
Ministério da Saúde





Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS/NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA (UFMG/NESCON). Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde. Belo Horizonte: UFMG, 2007. (Cadernos Série Técnica 1)

APRESENTAÇÃO

Este documento apresenta um Plano para os países da América Latina e Caribe (ALC) elaborado pela Oficina Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores do Setor Saúde realizada pelo NESCON / UFMG em janeiro de 2006, na cidade de Ouro Preto, que contou com o apoio do Ministério da Saúde do Brasil e da Organização Pan-Americana de Saúde e da Organização Mundial da Saúde e de especialistas de diferentes países.

O objetivo geral do Plano de Trabalho Desenvolvimento da Saúde dos Trabalhadores da Saúde (TS), apresentado ao final, é contribuir para a melhoria das condições dos trabalhadores em saúde, constituindo-se em marco no processo que busca o fortalecimento dos recursos humanos em saúde. Os objetivos específicos incluem: 1) apoiar o desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais para a melhoria das condições de saúde e trabalho dos trabalhadores da saúde: a) proteção social e ênfase nos direitos; b) sistemas de atenção e c) ambientes de trabalho saudáveis; 2) avaliar e fortalecer as capacidades institucionais para a abordagem da situação de trabalho e saúde dos TS; 3) analisar os fatores determinantes da situação de trabalho e saúde dos TS; 4) gerar indicadores para monitorar e avaliar a situação de trabalho e saúde dos TS.

Os objetivos expostos são coerentes com os rumos estabelecidos nas declarações mundiais de saúde para todos e com o projeto para os países da ALC que busca consensos na elaboração de políticas integradoras que permitam aumentar a eficiência e a eficácia das atividades destinadas a solucionar os problemas de saúde e segurança dos trabalhadores.

Compreender as novas complexidades do trabalho em saúde significa, igualmente, tomar consciência da enorme responsabilidade que tem a sociedade na formação de trabalhadores capacitados para assumir com competência as tarefas da atenção à saúde das populações, de tal modo que esses trabalhadores se sintam seguros e percebam o trabalho como fonte de satisfação e de crescimento pessoal.

Na prática, essa intenção implica a aceitação de fatores pouco explorados que incidem sobre os objetivos dos sistemas de saúde, como é o caso das condições de trabalho, cujos efeitos, articulados a outros fatores, determinam tanto a saúde dos sujeitos que operam os sistemas quanto os meios que eles dispõem para o exercício pleno de suas capacidades. Este documento inaugura uma etapa nas reformas em saúde latino-americanas ao buscar a articulação de ações em saúde, trabalho e regulação das profissões, meio ambiente e recursos humanos, como ilustra o esquema reproduzido na Figura 1.

Bases



FIGURA 1

Esquema ilustrativo dos âmbitos de ação para o desenvolvimento da saúde dos trabalhadores da saúde

1. INTRODUÇÃO

Por que a saúde dos trabalhadores configura-se um campo de ação das Nações Unidas?

A saúde dos trabalhadores guarda estreita relação com as condições de trabalho. Essas condições consistem nas circunstâncias em que o trabalho é realizado e dizem respeito, para efeito de distinção analítica, à exposição aos riscos físicos, químicos, mecânicos (que provocam acidentes e demandam esforços musculoesqueléticos intensos) e biológicos. Citam-se, como agravantes da exposição aos riscos, os danos da hipersolicitação das capacidades humanas no trabalho - efeitos oriundos do sistema técnico-organizacional e conhecidos como fatores ligados à organização do trabalho¹.

As condições de trabalho estão ligadas às condições gerais de vida dos 220 milhões de trabalhadores na América Latina e Caribe (BID, 2001). Estima-se que, em 2025, a população economicamente ativa na Região será de 270 milhões de pessoas.

Em 1997, a OMS identificou a exposição dos indivíduos aos riscos ocupacionais, ressaltando os riscos ergonômicos e físicos, que atingem 30% da força de trabalho nos países desenvolvidos e de 50 a 70% nos países em desenvolvimento. Somam-se à gravidade do problema, 200 agentes biológicos e 100.000 diferentes substâncias químicas presentes nos diversos ramos da produção onde estão expostos centenas de trabalhadores.

Os acidentes de trabalho, as doenças profissionais, os afastamentos por doenças ou sequelas de acidentes, as incapacidades temporárias e definitivas para o trabalho são indicadores tradicionais da realidade sanitária dos trabalhadores. Segundo a OIT, na América Latina ocorrem 13,5 acidentes de trabalho fatais por cada 100.000 trabalhadores por ano. As doenças relacionadas ao trabalho compõem uma lista diversificada, que varia de país para país. Ao lado das intoxicações por metais pesados e agrotóxicos, das doenças respiratórias provocadas ou agravadas por poeiras minerais e outros aerodispersóides, os resultados das pesquisas científicas recentes chamam atenção para o câncer de origem ocupacional e para os problemas de saúde mental. Na esfera dos riscos e de seus determinantes, uma literatura consistente salienta os fatores psicossociais gerados pelos paradoxos dos métodos de gestão de pessoal e de controle da produtividade, assim como pelas metas de qualidade dos produtos e serviços².

¹ European Agency for Safety and Health at Work. Expert forecast on emerging physical risks related to occupational safety and health. Belgium, 2005.

² TAKEDA, F. The relationship of job type to Burnout in social workers at social welfare offices. Journal Occup Health, v.47, p. 119-125, 2005.

A desigualdade em saúde ocupacional está associada aos seguintes fatores: 1) a existência de riscos evitáveis e inaceitáveis para certos grupos de trabalhadores; 2) a superposição das consequências da pobreza com os efeitos da exposição à nocividade dos ambientes de trabalho, ou seja, trabalhadores submetidos aos trabalhos perigosos e insalubres são também aqueles mais pobres, sob condições de vida e ambientes inadequados; 3) a inacessibilidade a serviços de saúde ocupacional pela maioria dos trabalhadores; 4) a expansão da informalidade, do trabalho precário, e da marginalização do trabalho.

As medidas que visam à transformação da realidade sanitária dos trabalhadores não têm alcançado êxito e enfrentam obstáculos para alcançar as metas propostas, entre outras razões, pelas seguintes: 1) o reconhecimento limitado das políticas públicas (principalmente as políticas econômicas e sociais) para os problemas da saúde ocupacional; 2) a diminuição do papel dos Estados e, em particular, a debilidade dos ministérios da Saúde e do Trabalho (tendência à desregulamentação); 3) a limitada coordenação entre os setores da saúde e do trabalho; 4) os enfoques equivocados dos serviços de saúde, mais orientados para a cura, e a ausência de políticas de saúde preventivas, voltadas para as causas e os determinantes dos acidentes e enfermidades.

Por que as condições de saúde e trabalho no setor saúde configuram-se alvo das ações da OPAS?

A realidade atual vem exigindo dos pesquisadores envolvidos com a temática da saúde grandes esforços para a compreensão das mudanças recentes no setor saúde que atingem o modo de trabalhar e influenciam na susceptibilidade dos trabalhadores de saúde aos riscos de adoecimento em geral e expõem o grupo aos efeitos das novas demandas para cujo enfrentamento os trabalhadores nem sempre dispõem dos meios necessários à mobilização de suas capacidades.

No plano global, os serviços de saúde têm sofrido erosão, falta de investimentos, ajustes estruturais e cortes de financiamento: no Kênia, na Tanzânia e no Zimbábue, por exemplo, há enfermeiras desempregadas, apesar das necessidades locais. A carga de trabalho alta e as condições de trabalho não motivadoras (incluindo os riscos) são causas importantes do push dos TS a outros países.

Para se ter uma idéia, segundo a Associação Médica Americana (2002), no Canadá 23% dos médicos atuantes foram treinados em outros países; nos Estados Unidos a taxa é semelhante, sendo que 23,5% de todos os médicos foram formados em outros países. Numa pesquisa recente, o desejo por maior acesso a tecnologia, equipamentos e recursos de saúde para a prática médica apareceu nas respostas de 75 % de uma amostra de médicos imigrantes. Deve-se observar que assembleias mundiais de saúde de 2002 e 2004 já demonstraram interesse em avaliar os efeitos negativos da migração de médicos sobre os sistemas de saúde de países em desenvolvimento, dado a hipótese de que as populações mais carentes coincidem com as populações com menos acesso às práticas atualizadas de atenção à saúde e essas populações seriam justamente as que estariam deixando de fixar os seus médicos³.

Os trabalhadores da saúde nem sempre são encarados pelas políticas de recursos humanos como trabalhadores. Frequentemente, o trabalhador da saúde é encarado apenas como instrumento para prover os serviços, e não como um trabalhador ou uma trabalhadora que podem ter suas saúdes e suas vidas influenciadas por suas condições de trabalho. No entanto, pandemias como SARS (e gripe aviária) colocam em evidência a vulnerabilidade e a falta de preparo do sistema para a proteção de seus trabalhadores.

O Encontro organizado pela Associação Americana de Psicologia em Washington (DC), no ano de 2000, focalizou a proteção da saúde mental dos profissionais de serviços de urgências pediátricas⁴.

Foram identificados os principais estressores e os comportamentos dos sujeitos frente às adversidades psicológicas vivenciadas. Ao final, a plenária recomendou uma revisão de estratégias de intervenção, além de propor ampla divulgação dos conhecimentos produzidos sobre a realidade vivenciada pelos trabalhadores no setor analisado, com o objetivo de implementar serviços de apoio psicológico aos trabalhadores e aos pacientes pediátricos e as suas famílias.

O estado crítico do setor de urgências não é o único cenário das vivências emocionais negativas no trabalho em saúde. Encontra-se na literatura menção aos constrangimentos a que os sujeitos se vêem submetidos e que podem estar na origem de sintomas inespecíficos ou não, com influência sobre a qualidade de vida e a trajetória profissional e ocupacional.

Acatando a proposição de que não existe neutralidade dos trabalhadores em relação ao que eles produzem⁵, estão em curso investigações sobre as vivências objetivas e

³ AVRAHAM, A. et al. Physician migration: views from professionals in Colombia, Nigeria, India, Pakistan and the Philippines. *Social Science & Medicine*; v.61, p. 2492- 2500, 2005.

⁴ LIPTON, H.; EVERLY Jr., G.S. Mental health needs for providers of emergency medical service for children (EMSC): a report of a consensus panel. *Prehosp Emergency Care*; v. 6, n 1, p 15-21, 2002.

⁵ DEJOURS, C. Travail usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail. Paris: Bayard Éditions, 1993.

subjetivas dos trabalhadores em saúde, articulando à análise das dificuldades na relação trabalhador/usuário a avaliação dos componentes práticos e técnico-organizacionais dos sistemas em que eles operam.

Existem evidências de restrições ao cuidado com a saúde dos usuários provocadas pela estrutura do sistema de saúde e pela organização dos serviços. A hipótese orientadora das análises em curso supõe que, para além das dificuldades extrínsecas à atividade (volume de procedimentos, meios disponíveis, riscos mensuráveis e conhecidos), os trabalhadores lidam com incertezas oriundas da relação com o usuário, que é a instância típica do trabalho em saúde.

Os resultados das pesquisas colocam em evidência o paradoxo contemporâneo que alimenta as dificuldades sentidas no desenvolvimento das tarefas, ignoradas ou não: exigência de trabalhadores polivalentes, instruídos, com iniciativa, mas sem margens para decidir sobre os meios e os fins. Projetos iniciados a partir dos resultados parciais das investigações fazem pensar que formas horizontais e aparentemente mais autônomas de organização do trabalho em saúde podem propiciar maior intensificação da exploração do trabalho, à semelhança do que analisa Castels (1999)⁶.

Além da flexibilização da gestão do trabalho, as relações de emprego no setor saúde também são flexibilizadas à medida que passam a ser entendidas como a possibilidade de se contratar trabalhadores sem os ônus advindos da legislação do trabalho, a qual consolidou, ao longo das últimas quatro décadas, direitos e garantias mínimas.

Pesquisas científicas têm mostrado que a qualidade do cuidado à saúde depende da maneira pela qual o sistema encara as necessidades e a subjetividade dos trabalhadores no exercício de suas tarefas. Exemplos de “maneiras de encarar as necessidades e a subjetividade dos trabalhadores”: tempo para rever as práticas adotadas; suporte social para o enfrentamento das dificuldades e carências vivenciadas pelos usuários; incentivo às estratégias formais e informais de cooperação intra e inter-equipes, que poderiam orientar os pressupostos da organização do trabalho nos serviços mais do que a tradicional abordagem relação custo-benefício em busca da eficiência no setor saúde^{7,8,9}.

Registra-se uma incidência cada vez maior de maus-tratos e de violência nos locais de trabalho, colocando em risco a dignidade pessoal e a auto-estima dos trabalhadores, com implicações diretas sobre a qualidade da prestação do serviço. Sob esse prisma, desde 1993, o Conselho Internacional das Enfermeiras tem identificado o risco crescente

⁶ CASTELS M. Trajetórias organizacionais na reestruturação do capitalismo e na transição do industrialismo para o informacionismo, pp. 174-187. In ____A sociedade em rede. Editora Paz e Terra: São Paulo, 1999.

⁷ JOHNSON, J.F. et al. The psychosocial work environment of physicians. *Journal Occupational of Environmental Medicine*; v. 37, n. 9, p.1151-1159, 1995.

⁸ HAM, C. Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *Lancet*; v. 363: p. 1978-1980, 2003.

⁹ ARNETZ, B.B. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science & Medicine*; v. 52: p. 203-213, 2001.

de violência no âmbito da atenção à saúde, destacando-se os efeitos negativos desses eventos sobre as vidas profissionais e pessoais dos trabalhadores¹⁰.

Em publicação recente¹¹, viu-se que a violência no local de trabalho na Jamaica é um risco ocupacional que merece, segundo os autores, a atenção do setor sanitário. Os resultados de um inquérito transversal com auxílio de questionário auto-aplicado em diferentes estabelecimentos (hospitais especializados, terciários, secundários, gerais; e centros de saúde) tanto na zona urbana quanto na zona rural, mostraram maior prevalência de violência psicológica do que de violência física, com diferenças que variam com o tipo de ocupação e idade dos sujeitos, o horário de trabalho e o tipo de atendimento realizado.

O Quadro 1 apresenta de maneira sintética as razões para configurar os trabalhadores do setor saúde como alvo de políticas integradoras no contexto dos objetivos de desenvolvimento do milênio.

QUADRO 1

Pontos principais em defesa de um plano CST/saúde

1. A desindustrialização é uma tendência consolidada na produção mundial e ocorre paralelamente ao crescimento do setor de serviços, notadamente o do setor saúde.
2. A melhoria dos serviços de saúde prestados à população representa ao mesmo tempo uma exigência da sociedade e um compromisso dos governantes.
3. Os trabalhadores de saúde constituem-se numericamente em um grupo populacional importante - 20 milhões de trabalhadores na AL, Caribe e EUA; e esses trabalhadores compõem uma amostra representativa das desigualdades em saúde.
4. A importância do setor saúde na absorção de trabalho, objeto de diversas formas de contrato: prestação de serviços, terceirização, triangulação e concurso público.

¹⁰ CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS (CIE). Directrices para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo. Ginebra, Suiza, 1998. Disponível em: http://www.icn.ch/guide_violencesp.pdf.

2. ANTECEDENTES

No nível social, (o) Plano de Trabalho Desenvolvimento da Saúde dos Trabalhadores da Saúde (TS) alinha-se aos princípios que buscam melhorar as condições de vida das pessoas nos segmentos mais pobres da população dos países que fazem parte do sistema das Nações Unidas¹². Vale lembrar que o conteúdo relacionado aos problemas de saúde está presente nos três objetivos e nas oito metas que compõem, respectivamente, o conjunto de oito objetivos e dezoito metas elaboradas, em 2000, por 189 países reunidos na Cúpula do Milênio. Pode-se observar que o conteúdo da Declaração está relacionado diretamente com a melhoria da saúde da população em geral, mas também toca aspectos sanitários específicos, como enfermidades de notificação compulsória, acesso a medicamentos, saúde reprodutiva e água potável. Estima-se o prazo de dez anos para a execução deste Plano.

A coincidência do tema Recursos Humanos em Saúde nas agendas nacionais, agenda regional e agenda global marca a iniciativa de uma década de investimentos sustentados visando a construir uma infraestrutura humana para os sistemas de saúde.

No plano de uma agenda global destacam-se: 1) o Fórum BM/OMS: objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e Recursos Humanos, que gerou uma proposta de plataforma global, com preocupação destacada para a África; 2) as iniciativas da Organização Mundial de Saúde: como o Informe Mundial de Saúde – 2006; a comemoração do Dia Mundial de Saúde, o Trabalhando pela Saúde em 07 de abril de 2006, e a ideia de uma Década de Recursos Humanos em Saúde.

As iniciativas da OPAS, em sua larga história no campo dos recursos humanos, promovem uma cooperação interpaíses, como, nos últimos cinco anos, os vários projetos que reforçam a centralidade do tema recursos humanos em saúde, a saber:

1) Resolução 2001 sobre Gestão dos Recursos Humanos em saúde, 2) Resolução 2004 sobre os Observatórios de Recursos Humanos em Saúde, 3) Semana Pan-americana de Saúde em Abril de 2006, 4) Década Pan-americana de Recursos Humanos em Saúde 2006 - 2015.

A Chamada de Toronto 2006-2015, Uma década de recursos humanos em saúde para as Américas, baseia-se na necessidade de um investimento sustentado para enfrentar os desafios e provocar efeitos a médio /longo prazo nas políticas que objetivam a construção de uma institucionalização complexa. Suscitam-se a necessidade de um compromisso

¹¹ JACKSON, M., ASHLEY, D. Physical and psychological violence in Jamaica's health sector. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, v.18, n.2, p. 114-121, 2005.

¹² NACIONES UNIDAS. Objetivos de desarrollo del milenio. Una mirada desde América latina y el Caribe. Santiago Del Chile, agosto del 2005.

internacional e a continuidade das políticas e dos planos de ação coincidentes com os objetivos de desenvolvimento do milênio (2015).

Salienta-se a comemoração do Dia Mundial da Saúde em abril de 2006, que teve como tema Recursos Humanos em Saúde, e vem provocando uma inflexão no paradigma que tem orientado a formulação de políticas para o setor. Destacar as CST/Saúde nas atividades do Dia Mundial da Saúde é uma estratégia coerente com a decisão do Conselho Diretivo da OPAS. Quanto a isso, as políticas de Recursos Humanos em Saúde têm buscado, entre outros objetivos, estabelecidos a partir da década de 1990, introduzir novas formas de gestão do trabalho fundadas no incentivo à produtividade e à qualidade¹³, cujos efeitos sobre a atividade concreta de trabalhadores inseridos em situações particulares e específicas, embora não bem dimensionados, têm alterado a saúde dos sujeitos, como se verá adiante.

¹³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Agenda de prioridades para a política de recursos humanos na gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 11 p.

¹⁴ OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe sobre la salud y la seguridad en el trabajo en La región de las Américas: Alianza estratégica entre los ministros de trabajo y de salud. Bogotá, julio de 2004, 20 p.

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ OIT - Organización Internacional del Trabajo. El trabajo decente es fundamental para el progreso social. Disponible em: <http://www.ilo.org/public/spanish/decent.htm>

¹⁷ OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 45º Consejo Directivo. Decisión propuesta por el Relator. Washington, D.C., EUA 27 de septiembre-1 de octubre 2004.

Essa agenda é uma ocasião propícia para dar visibilidade à problemática da subjetividade no trabalho em saúde. Se o recurso é humano, é melhor pensar sobre as dimensões e exigências humanas implicadas, o que poderá favorecer abordagens menos superficiais dos problemas de qualidade na atenção à saúde das populações.

Ainda no nível político é mister ressaltar a aliança estratégica OEA/OPAS. Desde a Cúpula das Américas realizada no Quebec em 2001, os Representantes dos Estados e os Governos de todos os países sertêm reconhecido que o trabalho é a melhor via para vincular a atividade econômica à melhor qualidade de vida dos cidadãos¹⁴.

Sob a mesma perspectiva, impulsionada pelo apoio dos Ministros do Trabalho de 34 países membros da OEA, a OPAS incorporou o tema da saúde dos trabalhadores aos âmbitos do Trabalho Decente da OIT e da Iniciativa de Ambientes de Trabalho Saudáveis da OMS /OPS¹⁵, com ênfase em ações pró-ativas, tendo como populações alvo imigrantes, menores trabalhadores, mulheres trabalhadoras, pessoas com deficiências físicas, trabalhadores de terceira idade, índios, pessoas com HIV/AIDS. Sob esse ângulo, o trabalho decente seria a essência das estratégias globais, nacionais e locais para se alcançar um desenvolvimento equitativo, global e sustentável¹⁶.

O Plano CST/Saúde resultou da decisão da 45ª Reunião do Conselho Diretivo que, atendendo ao Informe da XIII Conferência Interamericana de Ministros do Trabalho, decidiu articular as atividades nos setores trabalho, meio ambiente e educação, visando a melhorar as condições de trabalho e emprego particularmente no setor saúde¹⁷.

A estratégia de promoção da saúde dos trabalhadores do setor saúde e seu alcance intersetorial formatada pelo 45o Conselho Diretivo pode favorecer a elaboração de políticas públicas capazes de gerar qualidade de vida. Sob o prisma dos objetivos comuns, próprios de uma abordagem intersetorial, busca-se neste Plano construir um núcleo estratégico de planejamento e de definição de prioridades para as ações conjuntas, de modo a inserir de fato a saúde nas macropolíticas ou nas políticas setoriais, afastando-se da realidade atual em que os objetivos de saúde são colocados à margem das definições de diretrizes e prioridades nos planos de desenvolvimento¹⁸.

A OPAS preparou, em 2005, o Manual Salud y Seguridad de los Trabajadores del Sector Salud, destinado a gerentes e administradores dos sistemas e dos serviços em saúde. A publicação oferece os conceitos operacionais básicos sobre saúde e segurança no trabalho realizado em estabelecimentos de saúde, apresenta os riscos ocupacionais mais comuns já descritos em estudos realizados no setor (público ou privado) e, finalmente, apresenta guias e instrumentos práticos para a implementação de programas em saúde e segurança ocupacional. Diante desses produtos, é possível construir políticas de identificação e prevenção de danos e agravos à saúde dos trabalhadores do setor saúde, paralelamente às intervenções que visam à transformação das condições de trabalho precárias no setor.

Existe consenso entre os participantes da Oficina de Ouro Preto sobre a importância de manter uma força de trabalho saudável e livre dos riscos ocupacionais como elemento chave para o desenvolvimento sustentável dos povos. Ademais, ficou claro que o desempenho dos sistemas de saúde, especialmente na qualidade da atenção aos usuários, está especialmente relacionada às condições de saúde e segurança ocupacional às quais estão submetidos os trabalhadores da saúde durante a execução de suas tarefas.

Cada vez mais, torna-se evidente a magnitude do problema da vulnerabilidade em que se encontram os trabalhadores da saúde expostos aos riscos ocupacionais e ambientais no desempenho cotidiano do seu trabalho. Por exemplo, o crescente desenvolvimento de tecnologias inovadoras e sofisticadas, que são disponibilizadas no mercado sem a garantia dos processos de treinamento para a sua adequada operação, expõe o trabalhador a novos riscos ocupacionais que necessitam de identificação, controle e eliminação. Riscos conhecidos, como a AIDS e a Hepatite B, entre os biológicos, o uso de anestésicos e de agentes esterilizantes, no grupo das substâncias químicas, as radiações e as perturbações ergonômicas continuam representando risco elevado para a força de trabalho em saúde.

¹⁸ Ibidem.

Dessa forma, riscos derivados de um inadequado manejo de rejeitos hospitalares e mau estado de conservação das estruturas e instalações dos locais de trabalho configuram-se em outro grupo de riscos enfrentados continuamente pelos trabalhadores da saúde.

Os processos de reforma no setor saúde, a “tercerização” dos serviços de apoio e a perda de profissionais valiosos, que emigram em busca de um futuro melhor, entre outros fatores, estão gerando novos riscos psicossociais.

A Oficina de Ouro Preto reforça o consenso anteriormente estabelecido quanto à conveniência de uma iniciativa para o continente americano, com uma plataforma ampla, visando à inclusão, com enfoque centrado nos países e estabelecendo compromissos específicos. A idéia central é dar um salto qualitativo no desenvolvimento participativo dos planos nacionais de ação e nos sistemas de monitoramento de avanços que permitam uma accountability nacional e global. Almejam-se uma intensificação da cooperação técnica entre os países, sob um referencial compartilhado, investimentos sustentados e a criação de alianças nacionais e internacionais.

A estratégia do Plano de Trabalho Desenvolvimento da Saúde dos Trabalhadores da Saúde busca promover um espaço de compartilhamento e articulação de interesses, conhecimentos e práticas das diversas organizações envolvidas, a fim de permitir a produção de novos conhecimentos e de políticas compatíveis com a resolução de problemas.

3. MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Os trabalhadores da saúde

Os trabalhadores em saúde são pessoas que estão diretamente envolvidas em ações com os usuários dos sistemas e aquelas que prestam apoio à gestão clínica-assistencial, independentemente do tipo de contrato ou vínculo, tanto no setor público quanto no setor privado. Eles atuam no nível da gestão ou da assistência direta ao cidadão doente ou atendido em programas de promoção da saúde, sendo que podem também atuar nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, na gerência e na produção de tecnologia.

A reorientação do paradigma do processo saúde-doença-cuidado fundamenta políticas nacionais que atingem o emprego e o trabalho, sem que ambas as esferas tenham sido foco de atuação dos governos.

As transformações recentes na produção capitalista em nível mundial também se fizeram presentes no setor saúde, que de maneira semelhante aos outros setores da produção experimentaram não somente os efeitos do avanço da ciência e da tecnologia, mas também do acirramento da desigualdade e da injustiça social que marcam os países da América Latina e Caribe.

Condições de trabalho em saúde

Condições de trabalho é um termo utilizado para designar os níveis saúde e trabalho do esquema proposto na Figura 1 (p. 11) que diz respeito às circunstâncias em que a atividade dos trabalhadores se desenvolve e em que estado eles se encontram para atender as demandas que lhes são apresentadas.

As tendências contemporâneas na estrutura do trabalho (Quadro 2), segundo Antunes e Alves¹⁹, seguidas das alterações que elas provocam nas atividades de trabalho em si (Quadro 3)²⁰ são apresentadas a seguir. Esse conjunto de valores está associado às condições de trabalho atuais.

¹⁹ ANTUNES, R; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. Educação e Sociedade., vol.25, n.87, p.335-351, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>

²⁰ ASSUNÇÃO, AA. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. Ciência & Saúde Coletiva. v.8, n.4, p.1005 - 1028, 2003.

*QUADRO 2***Tendências contemporâneas da estruturação do trabalho e da absorção da força de trabalho**

1. Redução do proletariado industrial, fabril, tradicional, manual, estável e especializado, herdeiro da era da indústria verticalizada de tipo taylorista e fordista.
2. Aumento do novo proletariado fabril e de serviços, em escala mundial, presente nas diversas modalidades de trabalho precarizado. São os terceirizados, subcontratados, part-time, entre tantas outras formas assemelhadas, que se expandem em escala global.
3. Aumento significativo do trabalho feminino, que atinge mais de 40% da força de trabalho em diversos países avançados e que tem sido absorvido pelo sistema de produção, preferencialmente no universo do trabalho part-time, precarizado e desregulamentado.
4. Exclusão dos jovens, que atingiram a idade de ingresso no mercado de trabalho e que, sem perspectiva de emprego, acabam muitas vezes engrossando as fileiras dos trabalhadores em situação precária, dos desempregados, sem perspectivas de trabalho, dada a vigência da sociedade do desemprego estrutural.
5. Exclusão dos trabalhadores considerados “idosos” pelo sistema capitalista, com idade próxima de 40 anos, e que, uma vez excluídos do sistema, dificilmente conseguem reingresso no mercado de trabalho.
6. Crescente expansão do trabalho no chamado “Terceiro Setor”, assumindo uma forma alternativa de ocupação, por intermédio de empresas de perfil mais comunitários, motivadas predominantemente por formas de trabalho voluntário, abarcando um amplo leque de atividades.
7. Expansão do trabalho em domicílio.

QUADRO 3

Hipóteses sobre as relações entre as alterações das atividades de trabalho e os problemas de saúde

1. A exposição às condições nocivas de trabalho segue a mesma lógica discriminatória da inserção dos trabalhadores na produção que inferioriza as mulheres, os negros, os analfabetos, os imigrantes, os jovens sem experiência e os idosos sem força física.
2. As chances de emprego, os contratos de trabalho, os salários recebidos, a mobilidade profissional dependem das características dos grupos de trabalhadores que, por sua vez, são determinadas socialmente.
3. Enfrentam-se teoricamente e na prática as manifestações de saúde que é alterada no seio da sociedade devido aos efeitos da desigualdade da distribuição dos bens produzidos, à aquisição de uma multitude de conhecimentos e de erros, às possibilidades de domínio dos territórios e comportamentos e ao choque contínuo dos conflitos.
4. A saúde dos trabalhadores é alterada no contexto da reestruturação produtiva que deriva de um ambiente social, político e econômico marcado pelas crises dos anos 1960 e 70.

O atendimento ao usuário é uma atividade social mediadora que coloca em cena a interação de diferentes sujeitos em um contexto específico, visando a responder a distintas necessidades. A atividade do trabalhador da saúde resulta de um processo de múltiplas facetas, que se desenrola em um contexto institucional onde os objetivos, os processos organizacionais e a estrutura existentes são elementos essenciais na conformação da situação de atendimento²¹.

A invisibilidade da atividade do trabalho para a gestão do sistema e para a orientação de políticas de segurança e promoção das condições de trabalho denotam o não reconhecimento do investimento pessoal.

Trata-se, na teoria da psicodinâmica do trabalho, do reconhecimento pelo trabalho realizado, que se obtém pela mediação de dois tipos de julgamento. O primeiro é o julgamento de beleza, emitido por aqueles que conhecem o métier e podem avaliar o trabalho em função de sua conformidade às regras de arte e em função de sua originalidade. O se-

²¹ FERREIRA, M.C. Serviço de atendimento ao público: o que é? Como analisá-lo? Esboço de uma abordagem teóricometodológica em ergonomia. IX Congresso da Associação Brasileira de Ergonomia - ABERGO 99, Salvador, 3 a 6 de novembro [CD-ROM], 1999.

gundo, julgamento de utilidade, avalia os objetivos alcançados sem se importar com os meios utilizados. No caso do trabalho em saúde o julgamento vem do usuário, que avalia a garantia ao acesso ao atendimento e aos meios para o diagnóstico e o tratamento, a sua melhora clínica, a remissão dos sintomas; afinal, é este o métier: “atender”, “cuidar” e “curar”²². E quando o usuário reage e manifesta o seu descontentamento diante do fracasso dos objetivos acima expostos?

Em suma, o trabalho dos profissionais de saúde é uma mediação entre as finalidades do sistema e as demandas do usuário, nem sempre coerentes entre si. As vivências no ato de cuidar ou de operar o cuidado não passam incólumes para a economia psíquica, pois lidam com o outro, e este outro encontra-se em situação especial.

Extrapolando os indicadores tradicionais de saúde, úteis, mas insuficientes considerando as mudanças no emprego e no trabalho verificados nos últimos trinta anos, os estudos colocam em evidência a múltipla exposição aos fatores de risco e fornecem subsídios para elaborar hipóteses sobre a interação entre os mesmos, obrigando à construção de novos indicadores e convocando uma abordagem multidisciplinar e intersetorial.

²² MELO. E.M.C. O Trabalho do pediatra: um estudo das tarefas e das dificuldades vivenciadas em um serviço de urgência. Tese de Doutorado UFMG. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. 2006.

4. SITUAÇÃO ATUAL

As forças contraditórias nas reformas setoriais

Os sistemas de saúde contemporâneos enfrentam forças contraditórias presentes nos níveis locais e no nível transnacional. No nível local observam-se as comunidades que reivindicam a garantia das declarações dos governos que afirmam o direito à saúde para todos. Regionalmente, nota-se um tipo de tensão entre, por um lado, o projeto conservador de assistência à saúde, que privilegia o pequeno produtor autônomo de saúde e a defesa dos interesses de uma fração de atores do sistema e de seus estabelecimentos privados de saúde, e, por outro, os projetos políticos voltados para a sociedade, para os trabalhadores e para os serviços de saúde.

No nível transnacional, as novas formas de regulação implementadas pelas políticas de Estado convivem, em vários países, com a competição no mercado e a sofisticação tecnológica que incentiva e foi incentivada pela acumulação do capital no setor – por exemplo: uso de insumos e medicamentos, emprego de técnicas avançadas de diagnóstico etc. Paralelamente, matrizes curriculares cada vez mais homogêneas permitem a mobilidade de profissionais interpaíses, fortalecendo, de um lado, a divulgação de procedimentos diagnósticos, mas de outro, criando vias para a precarização do emprego, do qual é exemplo a migração de médicos.

As tensões citadas se conjugam e elas se manifestam em diferentes reformas do setor saúde, as quais portam, elas mesmas, contradições como a defesa da igualdade de acesso e a manutenção da competição no mercado de oferta de serviços e de insumos; como a profissionalização das categorias de trabalhadores ao lado de uma pauta, emanada dos setores do Estado e das próprias agremiações e corporações, cada vez mais arrojada em meios e processos que visam a controlar os atos e procedimentos; como as novas demandas de aquisição de técnicas avançadas de diagnóstico e tratamento ao lado da restrição dos orçamentos; como a ênfase na qualidade e, ao mesmo tempo, uma abordagem eminentemente quantitativa na avaliação dos resultados.

A implantação das reformas e a expansão do setor trazem a explicação para as mudanças na composição da força de trabalho e nos processos de formação e regulação profissional. As regras de contratação e de remuneração são díspares e seguem a lógica, já descrita

por Zarifian^{23,24} quando o autor analisa o trabalho no setor de serviços, de garantir o atendimento às custas de exigências que não são consideradas pelos gestores no momento da elaboração de metas e de métodos de gestão da força de trabalho.

A implementação das reformas no setor saúde não guarda similitudes de um país a outro, mas pode-se afirmar, pelos dados apresentados nos Observatórios de Recursos Humanos, que os serviços de saúde concentram-se nas grandes cidades, deixando as áreas rurais descobertas ou isoladas. O problema da segurança pública tem esvaziado os centros de saúde das periferias das grandes cidades, que também sofrem o efeito da falta de água, de luz e de profissionais em tempo integral para garantir o atendimento. Os estímulos para a formação dos profissionais são débeis, existindo em alguns países o esforço individual dos trabalhadores da saúde em procurar por sua conta e custo a formação continuada.

Precarização e precariedade do trabalho e do emprego em saúde

As empresas começam a reestruturar-se não apenas pela ameaça da concorrência, mas também devido aos conflitos sociais relacionados às formas tradicionais de organização do trabalho e da produção.

A maior integração e a maior flexibilidade das empresas surgem como uma forma de reagir à crise social e de aumentar a produtividade em um mercado instável. Os resultados desse processo marcam profundamente o trabalho e sua expressão cidadã – o emprego.

No contexto atual de permanente crise econômica, o processo de precarização do emprego aparece como a única estratégia das empresas, entre elas incluídos os estabelecimentos de saúde, para garantir o seu futuro. As mudanças na produção instauram uma nova flexibilidade do mercado de trabalho: ocorrem transformações da relação com o trabalho, modificação dos acordos coletivos de trabalho e externalização de riscos para as empresas que absorvem os novos assalariados.

Para garantir seus empregos, os trabalhadores da saúde se submetem à flexibilidade das mudanças dos processos produtivos, gerando um estado de precariedade que, sendo transversal ao trabalho e ao emprego, manifesta-se como movimento de uma esfera

²³ ZARIFIAN, P. Valor, organização e competência na produção de serviço. Esboço de um modelo de produção de serviço. In SALERNO, M. S. (org.) Relação de Serviço-produção e avaliação, São Paulo: Ed Senac, 2001a, p. 95-149.

²⁴ ZARIFIAN, P. Mutação dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviço. In SALERNO, M. S. (org.) Relação de Serviço-produção e avaliação, São Paulo: Ed Senac, 2001b, p.67-93.

para a outra, atingindo diferentes níveis, conforme o esquema apresentado na Figura 2. Convencionou-se tratar esse movimento transversal de precarização, ou seja, um movimento constante de uma esfera a outra, que transforma num continuum as formas de contrato, os tipos de desemprego, os modelos de gestão, a organização do trabalho e a exposição aos riscos ambientais.

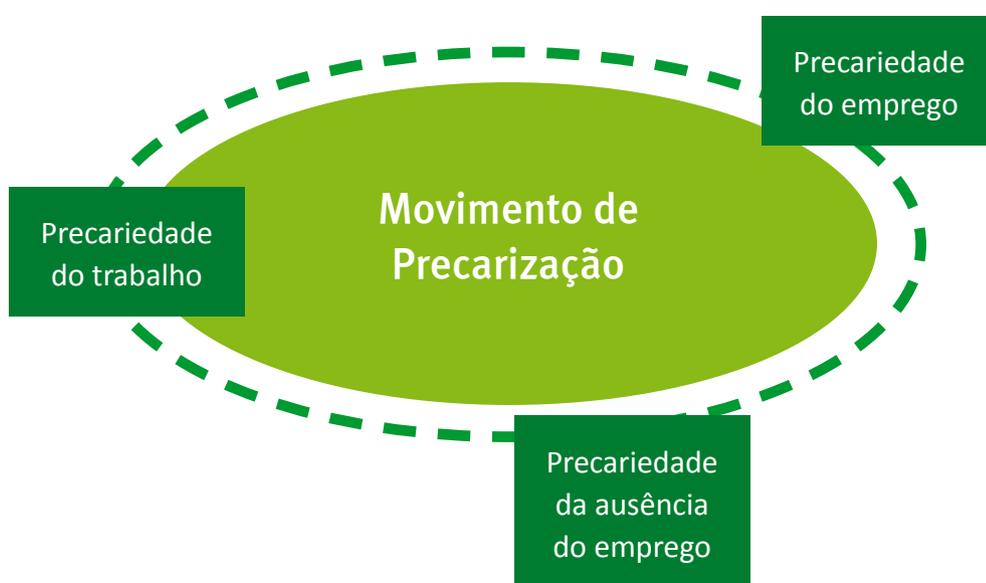


FIGURA 2

Esquema ilustrativo do movimento de precarização e os seus dois pólos: a precariedade do trabalho e a precariedade do emprego. (Extraído de Assunção & Belisário, 2005²⁵)

O emprego, no bojo da reestruturação produtiva, transforma-se em emprego precário, ou seja, estabelece-se um continuum entre emprego permanente e desemprego. Comparado ao emprego permanente, de duração ilimitada, tempo integral e dedicado a um único empregador, o emprego precário é um emprego de duração limitada, com dedicação parcial a um ou a vários empregadores.

Em relação ao desemprego, a noção de precarização é definida como uma sucessão de vários empregos precários (para uma pessoa); trata-se de uma ausência do verdadeiro emprego, tocando as histórias pessoais e suas trajetórias no trabalho, que cria um grupo de trabalhadores sem trabalho.

Entre o emprego permanente e o desemprego pode existir o trabalho sem contrato ou o trabalho com contratos instáveis, a saber: contrato de tempo parcial, temporário e trabalho domiciliar. (Figura 3).

²⁵ ASSUNÇÃO, A.A.; BELISÁRIO, S.A. (2005). Precariedade e precarização do trabalho no setor saúde. Projeto de criação do Grupo de Estudos em Gestão do Trabalho e Formação em Saúde. Faculdade de Medicina. UFMG, Belo Horizonte.

FIGURA 3

Esquema ilustrativo dos diferentes níveis do processo de precarização. (Extraído de Assunção & Belisário, 2005²⁶).



A proliferação dos contratos informais e o não pagamento dos encargos sociais pelos empregadores da saúde intensificam-se com a desregulamentação, literalmente compreendida como ausência de regras e de regulações, que se dá no Brasil sob a forma de lei, através de contratos orais (para os agentes comunitários em saúde, por exemplo) ou de formatos irregulares (por meio de cooperativas ou por tempo limitado), vinculação por meio de cargos comissionados por serviços de assistência direta à população.

A situação institucional

Os relatos dos especialistas dos países presentes na Oficina de Ouro Preto sobre as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores do setor da saúde (CST/Saúde) mostram que os indicadores de saúde dos trabalhadores no setor saúde, à semelhança do que

²⁶ Ibidem (Ibidem.)

ocorre no conjunto dos trabalhadores, é bastante deficiente. Quando as informações existem, elas dizem respeito aos danos: são os dados especificamente referentes aos acidentes e às doenças profissionais. Sobre a atividade de trabalho em si, parece não haver nenhuma iniciativa institucional que procure conhecer o panorama constituído pelos fatores técnico-organizacionais, pelo ambiente e pela segurança no trabalho nos estabelecimentos de saúde.

Vale ressaltar que, apesar da precariedade da informação, a literatura científica, nos últimos dez anos, tem fornecido resultados de estudos voltados para as questões de CST/Saúde. O aporte é amplo e variado, fornecendo resultados que mostram baixa prevalência de vacinação nas populações dos trabalhadores da saúde, alta prevalência de problemas músculo-esqueléticos em grupos específicos de trabalhadores, distúrbios mentais associados à natureza das tarefas no setor com ênfase nas vivências de violência.



Trabalhador da vigilância sanitária



Trabalhadora no acolhimento de uma UBS

Do exposto, fica uma enorme lacuna: a ausência de um sistema de informação sobre a saúde dos trabalhadores da saúde, na presença dos conhecimentos científicos acumulados.

O número e a qualidade das informações coletadas nos âmbitos nacionais acerca das CST/Saúde demonstram que os dados disponíveis sobre acidentes de trabalho e doenças ocupacionais são precários. No setor público, as informações são ainda mais escassas do que as coletadas no setor privado. Além de limitadas em quantidade, as informações existentes não contemplam aspectos básicos – como, por exemplo, se o que levou determinado trabalhador a procurar um serviço de atenção à saúde foi um acidente no trabalho ou outro tipo de dano de origem ocupacional.

QUADRO 4

Propostas de ação relacionadas à melhoria da capacidade institucional dos países para lidar com as CST/Saúde

1. Realização de um diagnóstico institucional que aponte a situação atual de cada país, dadas as diferenças de complexidade dos sistemas de saúde e os diversos estágios em que eles se encontram.
2. Melhoria dos instrumentos de produção e coleta de dados nos municípios, bem como a integração dos dados colhidos em um banco de dados nacional e regional.
3. Desenvolvimento de arranjos políticos e de outros tipos que vinculem as ações nas esferas municipais, estaduais, nacionais e regionais numa perspectiva de intencionalidade e de atuação em rede.
4. Ampliação dos espaços de participação dos trabalhadores através das organizações que os representam: associações profissionais, grêmios, sindicatos, escolas profissionais, comitês de higiene e segurança, etc.
5. Participação mais efetiva dos ministérios da saúde e do trabalho na coordenação dos esforços para a geração, implementação e fiscalização de políticas públicas, bem como na determinação dos indicadores a serem observados.
6. Desenvolvimento de estratégias que possibilitem aproveitar e melhorar os processos já existentes de geração e coleta de informações.

A ausência de integração entre os níveis locais e centrais dos sistemas de saúde dificulta a coleta de informações sobre a força de trabalho em saúde, que, na maioria dos países, está vinculada aos municípios. Ou seja, as deficiências no âmbito da gestão de um sistema hierarquizado e descentralizado repercutem negativamente na capacidade de instituições nacionais, como é o caso dos ministérios da saúde, para desempenharem seu papel normativo e de fiscalização.

Outro aspecto que tem impacto sobre a quantidade de dados coletada está relacionado ao fato de os trabalhadores, eventualmente, recorrerem a estabelecimentos assistenciais ou centros sociais, que são acolhedores, mas menos afeitos a procedimentos formais

para registro dos atendimentos. Outra deformação do sistema diz respeito à assistência informal que o trabalhador recebe em seu próprio estabelecimento de trabalho, da qual não é feito nenhum registro ou notificação.

Do ponto de vista qualitativo, as dificuldades estão relacionadas à inexistência de uma taxonomia específica que permita ao menos uma categorização básica dos problemas de saúde percebidos pelos trabalhadores. Existe, assim, um descompasso entre os propósitos que motivaram a criação dos atuais processos de registro de informações relativas ao funcionamento e gestão dos sistemas de saúde e o nível de detalhamento necessário para produzir informações e desenvolver indicadores que possam contribuir para a gestão das CST/Saúde.

O propósito de fomento às políticas públicas que tenham como ponto de partida a intenção de transformar as condições de trabalho no setor de saúde esbarra no desafio de elaborar uma plataforma conceitual capaz de possibilitar a construção de consensos acerca de: 1. noções como precarização do trabalho e precarização do emprego; 2. a que se refere o termo condições de trabalho; 3. quem são os trabalhadores do setor de saúde; 4. do que se trata quando se aborda o ambiente de trabalho. É necessária, também, a construção de consensos acerca de outros conceitos fluidos que exigem um amplo debate a fim de consolidar as suas definições.

QUADRO 5

Principais resultados esperados das ações institucionais

1. Geração de relações entre os trabalhadores e as organizações de saúde que promovam ambientes saudáveis e permitam o compromisso com a missão institucional de garantir bons serviços de saúde para à população.
2. Desenvolvimento de mecanismos de interação entre as instituições de formação e os serviços de saúde que permitam adequar a formação para um modelo de atenção universal, equitativo e de qualidade – e que sirva às necessidades de saúde da população.

Entretanto, há consenso entre os participantes da Oficina de Ouro Preto de que a abordagem das CST/Saúde não pode ser desvinculada de uma análise e de uma intervenção global nos sistemas e nos serviços de saúde. Quando se discute a exposição aos riscos de acidentes é preciso considerar, por exemplo, o vínculo empregatício do trabalhador ou da trabalhadora com a sua instituição, pois são categorias relacionais, que perdem parte de seu significado se tratadas isoladamente. Em outras palavras: a proposição de políticas públicas, numa perspectiva preventiva, exige a definição de conceitos e a visibilidade dos indicadores. Trata-se de uma perspectiva que visa a definir os agentes a serem envolvidos e suas respectivas responsabilidades institucionais para com os ministérios da saúde e do trabalho em nível nacional e a OMS e OIT em âmbito regional.



Sala de espera em uma UBS em Belo Horizonte



Farmácia em uma UBS em Belo Horizonte



Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Secretaria de Vigilância em Saúde

Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS

PROTOCOLO DA MESA NACIONAL DE NEGOCIAÇÃO

PERMANENTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – MNNP – SUS

PROTOCOLO – Nº 008 /2011

Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde - SUS.

A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS – MNNP-SUS, instituída com base nas Resoluções 52, 229 e 331, do Conselho Nacional de Saúde, nos termos estabelecidos em seu Regimento Institucional (RI), aprovado em 05 de agosto de 2003:

Considerando:

- a) o papel do Ministério da Saúde de coordenar nacionalmente a Política de Saúde do Trabalhador, conforme determinam a Constituição Federal, de 3 de outubro de 1988, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- b) a responsabilidade do Ministério da Saúde de estimular a atenção integral e articular as diversas ações nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);
- c) a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST como estratégia em saúde do trabalhador no SUS, de acordo com a Portaria nº 1.679/GM/MS, de 19 de setembro de 2002;
- d) a Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal – PASS e a Norma Operacional de Saúde do Servidor Público Federal –NOSS, que instituem as diretrizes de promoção e atenção à saúde, vigilância nos ambientes de trabalho e processos de trabalho e implantam o sistema de informação em saúde do servidor público federal;
- e) as Convenções da Organização Internacional do Trabalho – OIT, ratificadas pelo Brasil, que referendam compromissos relativos à saúde do trabalhador;
- f) a importância de criar instrumentos de planejamento de ações voltadas à promoção da saúde do trabalhador do SUS por meio de instâncias coletivas e operacionalizadas pelos gestores públicos e empregadores privados;

- g) os trabalhadores do SUS como todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde nas instituições que compõem o SUS;
- h) que a qualidade do trabalho e a promoção de saúde do trabalhador implicam também, dentre outras ações, a existência de planos de carreiras, cargos e salários; educação permanente; desprecarização dos vínculos de trabalho; cessão e provimento de profissionais; gestão democrática; ambientes e processos de trabalho adequados às especificidades dos serviços; e
- i) que a abrangência e objeto da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS vinculam-se às áreas de Saúde do Trabalhador e da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, estabelecendo uma articulação estratégica para o desenvolvimento do SUS e o compromisso dos gestores, trabalhadores e empregadores com a qualidade do trabalho e com a valorização dos trabalhadores, resolve:

Resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, as Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde.

§ 1º A Política de que trata o caput deste artigo visa promover a melhoria das condições de saúde do trabalhador do SUS, por meio do enfrentamento dos aspectos gerais e específicos dos ambientes e organização do trabalho que possam propiciar a ocorrência de agravos à saúde, do empoderamento dos trabalhadores - atores sociais dessas transformações, e mediante a garantia ao acesso, às ações e aos serviços de atenção integral à saúde.

§ 2º A Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS visa assegurar o cumprimento dos requisitos da legislação em vigor no país e das cláusulas de saúde estabelecidas em instrumentos coletivos, além de fortalecer a implementação de programas de proteção à saúde dos trabalhadores de iniciativas próprias.

Art. 2º A Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, de que trata o art. 1º desta Portaria, será regida pelos seguintes princípios:

I - universalidade, que se refere à abrangência da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS para todos os trabalhadores dos diferentes órgãos e instituições integrantes do SUS, independentemente do tipo de vínculo ou contrato de trabalho;

II - democratização das relações de trabalho, que se refere à garantia da participação dos trabalhadores, por intermédio de mecanismos legitimamente constituídos, na formulação, no planejamento, na gestão, no desenvolvimento, na avaliação das políticas e ações relacionadas à saúde do trabalhador do SUS, nos processos e nas relações de trabalho do cotidiano dos estabelecimentos de saúde;

III - integralidade da atenção à saúde do trabalhador do SUS, que pressupõe ações de promoção da saúde; prevenção de agravos; vigilância; assistência; recuperação e reabilitação, realizadas de forma articulada;

IV - intersetorialidade, que compreende o compromisso mútuo da área da saúde com outras áreas de governo, setores e atores sociais para articulação, formulação, implementação e acompanhamento das diversas políticas públicas que tenham impacto sobre os determinantes da saúde dos trabalhadores do SUS;

V - qualidade do trabalho, entendida como um conjunto de ações que priorizem formas de gestão, participação, divisão e organização do trabalho que permitam a promoção e proteção da saúde do trabalhador do SUS;

VI - humanização do trabalho em saúde, que pressupõe construir um tipo de interação entre os atores envolvidos na produção de saúde a partir da cogestão dos processos de trabalho, do desenvolvimento de co-responsabilidades, estabelecimento de vínculos solidários, indissociabilidade entre atenção e gestão, fortalecendo o SUS;

VII - negociação do trabalho em saúde, que pressupõe estabelecer processo de negociação permanente dos interesses e conflitos inerentes às relações de trabalho;

VIII - valorização dos trabalhadores, que pressupõe reconhecer o papel fundamental do trabalhador do SUS na atenção integral à saúde da população garantindo políticas e ações que permitam o fortalecimento do coletivo de trabalhadores, o crescimento pessoal e profissional do trabalhador; e

IX - educação permanente, que pressupõe a aprendizagem a partir da problematização do processo de trabalho, pautando-se pelas necessidades de saúde da população, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho.

Art. 3º As Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados à população trabalhadora do SUS são:

I - promover políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida e redução da vulnerabilidade e dos riscos relacionados à saúde do trabalhador do SUS;

II - promover a atenção integral à saúde do trabalhador do SUS de forma descentralizada e hierarquizada, conforme critérios epidemiológicos, respeitando a legislação em vigor e as responsabilidades de cada empregador;

III - promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando a Agenda Nacional do Trabalho Decente, a desprecarização de vínculos trabalhistas, a humanização do trabalho em saúde e a democratização das relações de trabalho;

IV - incentivar a instalação e a divulgação de informações de espaços de negociação permanentes entre gestores e trabalhadores do SUS;

V - assumir o compromisso e adotar providências para aperfeiçoar o processo de cedência de pessoal no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, assegurando as vantagens, os direitos e os deveres dos servidores cedidos, estabelecidos na Lei nº. 8.112 /90 e na legislação própria de cada esfera de governo, buscando a aplicação da legislação em vigor e a construção de novos instrumentos legais de aperfeiçoamento desses procedimentos;

VI - observar e implementar os protocolos firmados na MNNP-SUS;

VII - fomentar, nos estabelecimentos de saúde, a criação e desenvolvimento de espaços compartilhados de gestão dos processos de trabalho;

VIII - promover a adoção de Planos de Carreiras, Cargos e Salários nos órgãos e instituições que compõem o SUS a fim de garantir um instrumento que otimize a gestão, a capacidade técnica, o desenvolvimento e a valorização dos trabalhadores, conforme preconizam as Diretrizes Nacionais para a Instituição ou Reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do SUS;

IX - promover processos de educação permanente nos estabelecimentos de saúde a fim de qualificar e transformar as práticas de saúde; a organização das ações e dos serviços; o desenvolvimento pessoal e institucional dos trabalhadores e gestores do SUS, pautando-os no desenvolvimento do trabalho em equipe e na interdisciplinaridade;

X - fomentar a participação efetiva dos trabalhadores nas Comissões de Integração Ensino-Serviço dos Estados, regiões e Municípios;

XI - fomentar a inclusão das temáticas e questões pertinentes à saúde do trabalhador na grade curricular dos cursos de formação e capacitações de recursos humanos no SUS, incentivando a permanente atualização de conhecimentos;

XII - fomentar o debate sobre a formação dos trabalhadores do SUS, problematizando, em especial, as temáticas e questões pertinentes à saúde do trabalhador;

XIII - fomentar estudos e pesquisas sobre promoção da saúde do trabalhador do SUS de acordo com as necessidades loco-regionais do SUS, possibilitando:

a) desenvolver ferramentas de dimensionamento e alocação da força de trabalho, considerando as necessidades quantiquantitativas de profissionais requeridos para a assistência e vigilância, inclusive para as áreas com dificuldade de provimento de profissionais, de modo a permitir uma melhor organização do processo de trabalho;

b) subsidiar as ações de vigilância em saúde do trabalhador do SUS;

c) desenvolver ferramentas de prevenção e proteção à saúde nos locais de trabalho;

d) favorecer as ações de mapeamento de riscos e propor mudanças nas condições técnicas ou organizacionais que ofereçam riscos à saúde dos trabalhadores;

e) possibilitar iniciativas ergonômicas que considerem processos, ritmos, espaço físico, máquinas e equipamentos;

f) levantar dados e divulgar informações sobre o impacto financeiro e social do adoecimento dos trabalhadores do SUS, como estratégia para buscar investimentos na promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde do trabalhador;

XIV - ampliar e adequar a capacidade institucional para redução da vulnerabilidade institucional e social como estratégia para a promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância em saúde do trabalhador do SUS;

XV - desenvolver ações de promoção da saúde do trabalhador do SUS nos espaços de convivência e de produção de saúde, favorecendo ambientes de trabalho seguros e saudáveis em suas múltiplas dimensões, livres de assédios e de violências;

XVI - difundir conhecimento sobre os determinantes sociais da saúde entre os gestores e trabalhadores do SUS;

XVII - estimular e monitorar ações inovadoras e socialmente inclusivas de promoção da saúde do trabalhador do SUS, considerando os fatores que determinam o processo saúde-doença;

XVIII - considerar como uma das estratégias desta Política a articulação com a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST;

XIX- integrar ações de promoção, assistência e vigilância em saúde na atenção integral à saúde do trabalhador do SUS:

a) garantir a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador pela rede de serviços públicos e privados, de acordo com a legislação em vigor;

b) desenvolver sistema de informação para acompanhamento da saúde do trabalhador do SUS e integrar sistemas de informação existentes;

c) criar, implementar e sistematizar indicadores que possibilitem o reconhecimento da relação saúde e trabalho no âmbito do SUS;

d) utilizar informações epidemiológicas relacionadas às doenças e acidentes de trabalho para subsidiar o planejamento e as ações da atenção à saúde do trabalhador do SUS, em conjunto com o controle social e entidades sindicais;

XX - ampliar o uso de mecanismos de registros e caracterização de doenças e acidentes relacionadas ao trabalho para a população trabalhadora do SUS;

XXI - pactuar a implementação dos protocolos nacionais de atenção à saúde do trabalhador junto aos serviços do SUS;

XXII - fortalecer a vigilância de ambientes e processos de trabalho no SUS relacionados a riscos, agravos e doenças, incorporando os trabalhadores do SUS em todas as etapas;

XXIII - considerar no âmbito do SUS, as Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, como medidas de proteção à saúde e segurança no trabalho;

XXIV - garantir ao trabalhador do SUS a atenção à saúde no estabelecimento de saúde onde trabalha e/ou serviço de referência, conforme a complexidade de cada caso;

XXV - incentivar empregadores do SUS a construir linhas de cuidado na atenção à saúde dos seus trabalhadores que considerem os exames admissionais, demissionais, periódicos, na mudança de função e retorno ao trabalho;

XXVI - assegurar serviços de reabilitação e readaptação funcional, inclusive os de assistência psicossocial, na construção das referências para assistência ao trabalhador do SUS;

XXVII - regulamentar a criação de comissões paritárias de saúde do trabalhador nos estabelecimentos de saúde para o planejamento, monitoramento, fiscalização e avaliação de questões relativas à promoção da saúde do trabalhador do SUS;

XXVIII - adotar a Política Nacional de Promoção da Saúde e a Política Nacional de Humanização do SUS no planejamento e avaliação da qualidade da atenção à saúde do trabalhador do SUS;

XXIX - considerar, nos instrumentos de planejamento do SUS, inclusive no aspecto orçamentário, as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS objetivando sua implementação;

XXX - estabelecer ações que contemplem as perspectivas de gênero, etnia, necessidades especiais e envelhecimento humano na Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS; e

XXXI - integrar a Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS às demais políticas de saúde a fim de garantir a integralidade da atenção à saúde do trabalhador do SUS.

Art. 4º O processo de avaliação e monitoramento da implantação e implementação das Diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS deverá ocorrer de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal a ser realizado pelo Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, e pelas Comissões Intergestores Tripartite – CIT e Bipartites – CIB.

§ 1º A avaliação e monitoramento têm como finalidade o cumprimento dos princípios e diretrizes dessa Política, buscando verificar sua efetividade sobre a saúde e melhora da qualidade de vida dos trabalhadores do SUS, subsidiando eventuais correções e ou adequações.

§ 2º Uma avaliação mais detalhada da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS e o seu monitoramento deverão ocorrer no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes.

§ 3º Para essa avaliação e monitoramento há de se definir critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, objetivando identificar, modificar ou incorporar novas diretrizes a partir de orientações apresentadas pelo Ministério da Saúde, MNNP-SUS, Comitê Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, CIT, CIB, Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde.

Art. 5º Ratificando o entendimento de que o caminho para a consolidação do Estado Democrático de Direito, expressamente determinado pela Constituição Federal, pressupõe a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, processo que impõe a democratização das suas relações de trabalho e o aperfeiçoamento de procedimentos relacionados à cessão de servidores que atuam no âmbito do SUS, a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, na forma e nos termos das atribuições que lhes são conferidas pela Cláusula Décima Oitava do seu Regimento Institucional, aprova o presente Protocolo, para submetê-lo à ulterior apreciação do Conselho Nacional de Saúde.

Brasília, 01 de dezembro de 2011.

Alexandre Rocha Santos Padilha
Ministro da Saúde

Milton de Arruda Martins
SGTES/MS

Welington Moreira Mello
FIO

Jarbas Barbosa da Silva Junior
SVS/MS

José Erivalder G. Oliveira
FENAM

Helvécio Miranda Magalhães
SAS/MS

Jânio Silva
CNTS

Denise Motta Dau
DEGERTS/SGTES /MS

Antonio P. L. Sobrinho
CONDSEF

Sigisfredo Brenelli
DEGES/SGTES /MS

Leandro Valquer Oliveira
CONFETAM

Heloisa Marcolino
CEGESP/MS

Cleuza Maria Faustino
FENASPS

Mariosan Maciel
FUNASA/MS

Solange Aparecida Caetano
FNE

Paula Faria Polcheira Leal
Ministério do Trabalho/MTE

Maria Maruza Carlesso
FENAFAR

Jeanne Liliane M. Michel
Ministério da Educação/MEC

Guadalupe Lazcano Móres
FENAPSI

Claudia Couto Rosa Lemos
**Ministério do Planejamento
MPOG**

Maria da Graça F. Freire
FASUBRA SINDICAL

Beatriz Figueiredo Dobache
CONASS

Eliane Gerber
FENAS

Antonio Carlos F. Nard
CONASEMS

Nelci Dias da Silva
CNTSS/CUT

Olympio Távora D.e Correia
CNS

Renato de Almeida Barros
CNTSS/CUT

Rosaura Rocha Lima
CMB



Negociação coletiva no setor público

O presente texto é uma adaptação de materiais didáticos do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), entidade que assessora os sindicatos brasileiros há mais de 50 anos.

São Paulo, março de 2012

INTRODUÇÃO

A democratização das relações sociais e de trabalho pressupõe o estabelecimento de espaços de diálogo e negociação como um dos seus instrumentos para a busca de resolução de conflitos. No caso das relações de trabalho, a negociação coletiva entre empregados e empregadores, visando ao estabelecimento de normas de regulação do trabalho e do próprio processo de trabalho, é um instrumento internacionalmente consagrado, que guarda uma relação intrínseca com o direito à organização sindical.

No caso específico do setor público, a Constituição de 1988 assegurou aos servidores o direito de sindicalização e o direito de greve, porém não estendeu a eles a garantia do direito à negociação coletiva. Ao longo dos anos 90, apesar dessa restrição, as negociações no setor público rapidamente cresceram, pressionando, inclusive, mudanças na própria legislação. Em fevereiro de 2008, o então presidente da República encaminhou ao Congresso a Convenção 151 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que trata, entre outros temas, do direito à negociação coletiva dos servidores públicos. O Congresso Nacional promulgou, no dia 14.05.2010, por meio do Decreto Legislativo n. 206, publicado no Diário Oficial da União, os textos da Convenção n. 151 e da Recomendação n. 159, ambas da OIT, cuja ratificação e incorporação ao ordenamento jurídico do país foram solicitadas em 14 de fevereiro de 2008, em mensagem do presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Os textos “estabelecem princípios que asseguram a proteção dos trabalhadores da Administração Pública no exercício de seus direitos sindicais, seja como filiados ou representantes de sindicatos, garantindo sua autonomia de atuação”.

Este texto visa introduzir o conceito de negociação coletiva e oferecer uma visão geral sobre os principais elementos dos processos de negociação coletiva no setor público, notadamente as regras vigentes e o papel dos atores sociais diretamente envolvidos neste processo (servidores, Poder Executivo, Poder Legislativo e Sociedade Civil), aspectos que compõem o cenário das negociações no setor de saúde.

O debate sobre negociação coletiva visa, ainda, chamar a atenção para a importância de se instituir, no setor público de saúde, sistemas de gestão participativa que levem ao aprimoramento dos mecanismos de gerenciamento das relações de trabalho, combinados com a consecução de normas e objetivos que promovam a melhoria da qualidade dos serviços e das condições de trabalho e, concomitantemente, a saúde dos trabalhadores do sistema.

1. O PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO COLETIVA

1.1. O conceito de negociação coletiva

A maioria dos fatos que vivemos no dia a dia passa por alguma forma de negociação. Filhos que desejam chegar mais tarde em casa, ir ao cinema ou ficar batendo papo com amigos, geralmente comunicam aos pais ou negociam, por exemplo, horários de chegada e adiantamento de mesada. A distribuição das tarefas domésticas entre membros da família passa, usualmente, por algum tipo de discussão e de acordo. As pessoas envolvidas nessas situações apresentam seus motivos, argumentam, contra-argumentam, fazem concessões e exigem algum tipo de reciprocidade.

O resultado desses processos nem sempre coincide com a expectativa inicial das pessoas neles envolvidas. O desfecho de cada situação depende de vários fatores, entre os quais se destacam: os argumentos utilizados, a disposição das partes para ceder ou não e as experiências anteriores envolvendo esses ou outros personagens. O importante a destacar, nesses casos, é que os indivíduos tiveram que explicitar seus interesses ou pontos de vista em relação a determinados assuntos e, de alguma forma, negociá-los com as pessoas diretamente envolvidas ou das quais dependem indiretamente. A negociação, nos exemplos mencionados, foi o recurso utilizado pelos indivíduos para atingirem determinados objetivos.

A negociação se estabelece sempre a partir de uma situação de conflito, latente ou explícita. O que caracteriza a negociação é a busca de entendimento entre as partes a respeito de determinada questão. Se o resultado for um acordo, supomos ter havido explicitação de pontos de vista ou de interesses, ter sido feita alguma concessão ou exigido algum tipo de contrapartida.

Nem sempre, porém, negocia-se. Uma pessoa pode ser obrigada a entregar um objeto, como um relógio, ao assaltante que a ameaça com uma arma. O litígio em torno de terras de fronteira pode ser resolvido pela ocupação militar da região. Nesses exemplos, estamos diante de situações extremas em que prevaleceram a coerção ou o uso da força, como meios de se chegar a objetivos/objetos específicos. Desse modo, os elementos que caracterizam a negociação estão ausentes nos processos em que o objetivo/objeto pretendido foi obtido pelo uso da força, contra a vontade de uma das partes, que foi subjugada e obrigada a ceder.

1.1.1. Discutindo o conceito de negociação coletiva

Destacam-se alguns elementos presentes em diversas situações de negociação:

- os personagens envolvidos que, em cada situação, entram em relação um com o outro a partir do interesse por determinado objeto;
- o significado que o objeto tem para cada uma das partes influencia a dinâmica das relações que se estabelecem entre elas;
- o processo que se desenvolve a partir da situação inicial é mediado por uma série de fatores, cuja composição pode levar a resultados diferentes;
- quando o objeto de interesse é considerado essencial pelas partes, a ponto de não poderem fazer qualquer tipo de concessão, a negociação é impossível;
- a negociação torna-se possível quando as partes se dispõem a considerar as vantagens e desvantagens de eventuais concessões em relação ao objeto de interesse;
- a negociação se desenvolve como um processo em que as partes fazem propostas e avaliam contrapropostas, argumentam e contra-argumentam, utilizam-se de habilidades para defenderem seus interesses;
- a negociação é um processo no qual os personagens envolvidos operam com vários elementos na defesa de seus interesses. Ao desencadearem a negociação, devem considerar que estão se movimentando num campo de possibilidades. Atingir determinados objetivos, obter um resultado satisfatório ou abaixo das expectativas, depende dos recursos utilizados pelas partes, de sua capacidade de explorar as possibilidades colocadas pelo quadro inicial da negociação e de criar, a partir delas, outras alternativas.

1.1.2. As especificidades da negociação coletiva

Quando os personagens envolvidos na negociação representam interesses de diversos grupos sociais, o processo torna-se bem mais complexo, assumindo a forma de uma negociação coletiva.

Constituem exemplos desse tipo de negociação situações como:

- um grupo de pequenos produtores negociando os preços do seu produto;
- um sindicato negociando com o Estado a demanda de um conjunto específico de trabalhadores;
- os trabalhadores de uma fábrica que reivindicam mudanças na jornada de trabalho.

O conjunto de situações mencionadas apresenta características comuns a todas as negociações coletivas, independentemente de a negociação se dar entre produtores e compradores, entre operários e a direção de uma empresa ou entre servidores e o Estado.

Do ponto de vista formal, o processo é muito semelhante: os representantes de cada lado ouvem, argumentam, são submetidos a algum tipo de pressão e as partes chegam ou não a um acordo.

Assim, no processo de negociação coletiva, os personagens negociam, a partir de pontos de vista e objetivos diferentes, o encaminhamento de determinadas demandas. Por sua vez, o desfecho do processo depende de um conjunto de fatores dentre os quais se destacam o poder de pressão de uma parte sobre a outra e os prejuízos ou benefícios prováveis para cada uma delas, caso a reivindicação inicial seja ou não atendida. Nesse processo de negociação têm peso fatores econômicos (recursos disponíveis, elevação dos custos) e políticos (desgaste do governo, possibilidade de crescimento de partidos da oposição, possibilidade de fortalecimento do sindicato, entre outros).

1.1.3. Elementos do processo de negociação coletiva

A seguir, destacamos os elementos essenciais à compreensão do conceito de negociação coletiva, além daqueles já mencionados anteriormente:

- a negociação coletiva envolve o interesse não apenas de indivíduos, mas de grupos sociais, o que dá relevo a questões como legitimidade e representatividade das partes que negociam, tornando os processos de tomada de decisões mais complexos;

- a dinâmica da negociação coletiva é influenciada por objetivos estratégicos geralmente não revelados pelos personagens, que definem o significado do objeto a ser negociado para as partes;
- os desdobramentos do processo de negociação coletiva são influenciados pelo estágio da relação anteriormente existente entre as partes, seus acúmulos, seus avanços e seus fracassos;

Dado o caráter mais amplo da negociação coletiva, é comum que seus resultados afetem outros segmentos sociais (a comunidade, os consumidores, outras empresas, outras categorias profissionais). Isso confere grande importância aos efeitos da negociação sobre esses segmentos e ao peso que eventuais reações possam ter sobre as decisões das partes diretamente envolvidas no processo.

2. O ESPAÇO DO ACORDO NOS PROCESSOS DE NEGOCIAÇÃO

Cada parte geralmente inicia a negociação apresentando uma proposta equivalente aos seus limites: os servidores reivindicando o máximo possível e os representantes do governo cedendo o mínimo. Vários recursos podem ser utilizados pelas partes para identificarem o que a outra parte está disposta a negociar e o que considera inegociável: falsos recuos, perguntas diretas, provocações, ameaças, negociação de um item e recusa de negociar outro, entre outros. Esse é o momento de se testarem as hipóteses elaboradas previamente, visando à identificação do espaço potencial para a construção do acordo.

As Figuras 1 e 2 apresentadas a seguir ilustram graficamente o que pode ocorrer nesse momento da negociação. As ilustrações, obviamente, são apenas recursos didáticos e não planilhas a serem utilizadas numa negociação real. Os limites mínimos e aceitáveis de cada parte, inclusive as cláusulas consideradas negociáveis ou mesmo suprimíveis e aquelas consideradas inegociáveis, devem estar na cabeça dos negociadores. Como se trata de um processo dinâmico, esses limites podem se alterar – e frequentemente se alteram – ao longo da negociação e baseiam-se em cálculos políticos e raciocínios estratégicos; também não devem ser pensados como a soma de cálculos construídos a partir de uma avaliação isolada de cada cláusula, já que o acordo é sempre avaliado em sua globalidade.

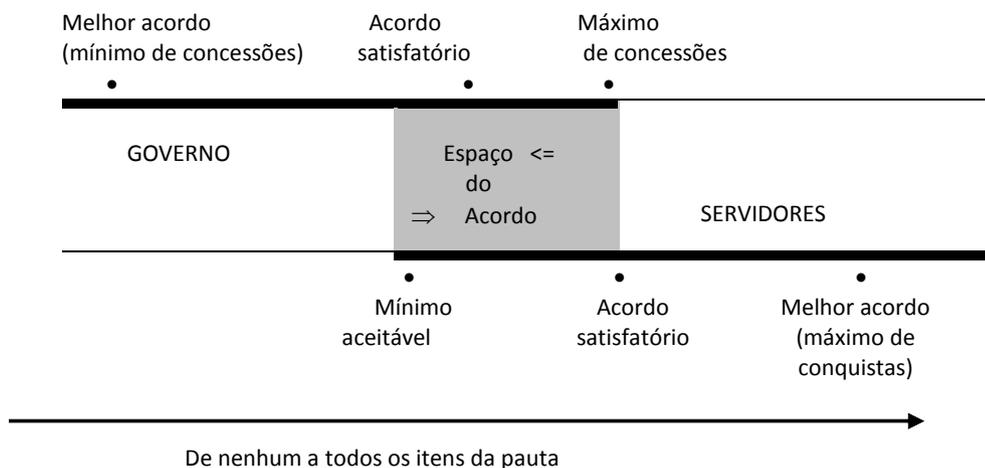


FIGURA 1
Situação A: quando existe espaço para acordo. Fonte: DIEESE

Na situação A, o acordo é possível porque o máximo de concessões que o governo está disposto a fazer está além do mínimo aceitável pelos servidores. O espaço sombreado é a área de acordo possível: o acordo pode ser feito em qualquer ponto desse espaço. Os representantes do governo vão tentar usar toda sua habilidade no sentido de fechar o acordo o mais próximo possível do mínimo reivindicado pelos servidores. Estes tentarão deslocar a proposta de acordo no sentido contrário, aproximando-a o mais perto possível do ponto que indica o máximo de concessões do governo.

O fato de existir um espaço potencial de acordo não significa necessariamente que o acordo será alcançado. A identificação desse espaço é subjetiva, um exercício de habilidade, astúcia e sabedoria ao se interpretarem os sinais da outra parte, emitidos por vezes fora do ambiente da mesa de negociações. Por tudo isso, pode ocorrer que os negociadores não sejam capazes de construir um acordo, ainda que, potencialmente, haja espaço para isso. É importante ainda que se saiba perceber, o quanto antes, mas sem precipitação, quando efetivamente não existe qualquer disposição da outra parte para a busca dos termos de um acordo.

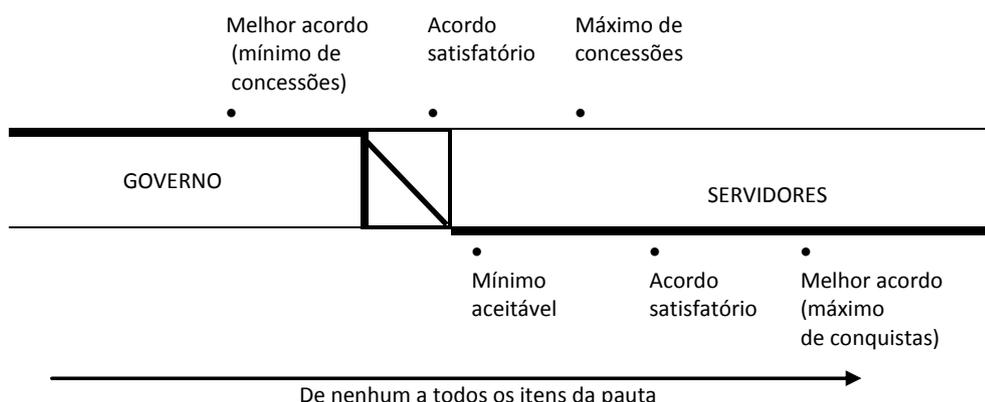


FIGURA 2
Situação B: quando não há espaço para acordo. Fonte: DIEESE

Na situação B, o acordo não é possível: o máximo que os representantes do governo estão dispostos a ceder está aquém do mínimo aceitável pelos servidores. Nesse caso, surge um impasse e a negociação pode até ser interrompida. Os representantes do governo podem ameaçar enviar unilateralmente um projeto de lei ao Legislativo e pressionar sua base de sustentação para aprová-lo sem emendas; podem até se recusar a enviar qualquer projeto de lei ao Legislativo, deixando os servidores sem reajuste e sem alterações em outras condições de trabalho e remuneração. Os servidores, por seu lado, podem recorrer à greve ou a outras formas de pressão (atos públicos, articulação com partidos de oposição e parlamentares que não estão sempre submetidos às posições do Executivo) para buscarem a retomada da negociação em novas bases, forçando a redefinição dos limites até então estabelecidos pelo governo. Desse movimento pode ou não resultar a construção de novas bases para um acordo.

Em um processo de negociação, as partes tendem a encobrir ou a omitir informações sobre suas necessidades e possibilidades, especialmente sobre o que consideram seu limite mínimo e satisfatório. É necessário, porém, que emitam sinais de sua disposição para negociar e do poder de pressão de que dispõem, sinais que possam ser avaliados pela outra parte ao tomar decisões em relação ao acordo. Mas é preciso saber quais informações devem ser mantidas em sigilo, para não prejudicar sua posição durante a negociação. O vazamento de informações consideradas “estratégicas” pode alterar substancialmente o poder de barganha existente ou possibilitar a tomada de medidas neutralizadoras pela outra parte. Todo cuidado também deverá ser tomado para que não se emitam sinais errados – no sentido de sinalizarem para o que não se quer sugerir com a sua emissão – que provoquem reações indesejadas da outra parte. Saber quais sinais emitir e em que momento e saber captar e interpretar os sinais da outra parte são atributos do bom negociador.

Quanto mais complexas as negociações, mais difícil pode ser a identificação do espaço de construção do acordo e sua obtenção concreta.

3. A ARGUMENTAÇÃO NA NEGOCIAÇÃO

3.1. A importância da argumentação

O negociador experiente sabe que a argumentação tem diversas funções em um processo de negociação. Serve para fundamentar a defesa das reivindicações e, ao mesmo tempo, tem a função de ir deixando claro para o outro lado os limites de cada ponto em discussão (para ir definindo e construindo o espaço de acordo possível). A falta de uma defesa estruturada ou a sinalização equivocada para uma demanda pode comprometer o desempenho final da comissão negociadora.

Entidades que se preparam bem para o processo geralmente constroem sua argumentação a partir de seu planejamento, o que inclui informações sobre a situação do ente público (município, estado ou a União). Entre tais informações destacam-se dados sobre os termos de orçamento, principais itens de despesa, endividamento, pagamento de juros de empréstimos, receita líquida corrente, número de servidores ativos e inativos e respectivos gastos com pessoal, plano de investimentos, etc. Ao lado disso, as entidades bem preparadas para o processo de negociação procuram formar uma comissão negociadora que tenha domínio da estratégia planejada, e que esteja capacitada para fundamentar, sob esses vários aspectos, os itens da pauta.

3.2. Argumentar com segurança

A defesa de uma reivindicação pode ser feita considerando-se aspectos econômicos, políticos, jurídicos, éticos e sociais.

Tomemos como exemplo a reivindicação pela efetivação como estatutários de determinados servidores contratados em regime de trabalho precário. Argumentos jurídicos podem demonstrar a ilegalidade do procedimento de manter servidores públicos em regime de contratação temporária intermitente. Argumentos de natureza trabalhista e social podem evidenciar a discriminação dos servidores nessa condição em relação aos demais servidores, em termos de férias, proventos de aposentadoria, entre outros. Argumentos de natureza funcional podem sustentar que os servidores da saúde devem ter vínculo estatutário em função do caráter público de sua atuação. Argumentos comparativos podem mostrar que, em outros municípios ou estados, tais servidores são efetivados.

Outros argumentos de natureza diversa podem ser empregados para reforçar a argumentação em torno dessa situação hipotética. O objetivo da argumentação, nesse caso, é deixar claro que a reivindicação é justa e pode ser atendida, trazendo ganhos para os servidores e para a coletividade.

3.3. Argumentação: potencialidades e limites

Outro aspecto importante de uma boa argumentação é sua função voltada para a opinião pública, especialmente quando a campanha salarial envolve o interesse de outros grupos sociais que não estão participando diretamente da negociação (consumidores, destinatários de serviços públicos, contribuintes, entre outros): uma boa argumentação pode ser utilizada para assegurar o apoio desses setores.

Embora o emprego de determinada tática possa reverter, num momento específico, uma situação considerada desfavorável, e embora a qualidade da argumentação utilizada possa conferir uma posição de relativa vantagem a um dos lados em negociação, é importante lembrar que o resultado do processo depende, fundamentalmente, da capacidade de alterar, a seu favor, o poder de barganha e influência acumulado fora do espaço restrito onde se desenrolam as negociações.

4. A NEGOCIAÇÃO COLETIVA NO SETOR PÚBLICO

4.1. Histórico da negociação coletiva no setor público

A ordem jurídica brasileira nunca reconheceu aos servidores o direito de participar da elaboração de regras aplicáveis às relações de trabalho com o poder público. Podemos dizer, em outras palavras, que sempre foi negada aos servidores a autonomia coletiva (ou negociação coletiva). Suas condições de trabalho sempre foram definidas unilateralmente pela União, pelos estados Federados, Distrito Federal ou municípios.

A rigor, a legislação brasileira sempre foi muito hostil ao reconhecimento do servidor como um sujeito do processo decisório que determina as normas relativas à prestação de serviços por pessoas vinculadas à administração pública. Antes da adoção do chamado

Regime Jurídico Único (RJU), tão somente os servidores regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e empregados de entes de direito privado, ou contratados por empresas públicas e sociedades de economia mista, podiam negociar condições de trabalho e ainda assim com expressivas limitações ditadas por leis ou por decretos.

Recuando no tempo, até mesmo no período da chamada “abertura” do regime militar (Governo Geisel – 1974-1979), o que prevalecia era a repressão pura e simples aos movimentos reivindicatórios de servidores públicos. A Lei de Segurança Nacional (Lei n. 6.620, de 17 de dezembro de 1978), no auge da “distensão”, considerava crime punível com detenção de oito meses a um ano a cessação coletiva dos serviços públicos por parte dos servidores, no todo ou em parte (artigo 37), incorrendo nas mesmas penas o “funcionário público que, direta ou indiretamente, se solidarizar com os atos de cessação ou paralisação do serviço público ou que contribua para a não execução ou retardamento do mesmo”.

Com o advento da Constituição Federal (CF) de 1988, os servidores públicos civis tiveram reconhecido o direito de organização sindical (artigo 37, VI, CF) e o direito de greve, porém não foi explicitada a garantia do direito de negociação coletiva (artigo 39, § 3º, CF).

Em 1992, o Supremo Tribunal Federal julgou procedente a Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 492-1 que questionava o direito de negociação coletiva no setor público.

Porém com a “Reforma Administrativa” de 1998, foi acrescentado, aos princípios constitucionais que regem a administração pública, o princípio da eficiência, ao mesmo tempo que se derrubou o Regime Jurídico Único (estatutário)¹.

Com tais mudanças, o debate sobre o direito à Negociação Coletiva retornou e amparado nas alterações contidas na Emenda Constitucional 19 (EC 19) 19, e processos sistemáticas de Negociação Coletiva passaram a ser experimentados em diversos lugares a partir da recuperação de uma concepção de democratização das relações de trabalho defendida pelo Movimento Sindical no processo de discussão da Constituição de 1988².

Com vistas a melhor compreensão desse processo e buscando a explicitação conceitual da negociação coletiva no setor público defendido pelo movimento sindical apresentamos a seguir suas bases e características.

¹ Com a decisão da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) n. 2135/2000 (02/08/2007), que restabeleceu o caput do art. 39 da CF, os servidores voltam a ser regidos por um RJU.

² Em 2002 é instituído, em São Paulo e em Recife, o Sistema de Negociação Permanente (Sinp-SP); em 2003 o governo federal cria a Mesa Nacional de Negociação Permanente da Administração Pública Federal e a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS); em 2007 essa mesma metodologia é adotada nos estados da Bahia e de Sergipe. Além dessas experiências, um conjunto de outras mesas é aberto em diversos municípios ancorado nessa metodologia.

4.2. A negociação coletiva no setor público

A negociação coletiva no setor público defendida pelo movimento sindical enfatiza o reconhecimento, a legitimidade e a garantia de interlocução e traduz um conceito de democracia que entende o conflito como aspecto inerente e portanto permanente das relações sociais, nas quais estão inseridas as relações de trabalho. Constitui-se como uma sistemática de tratamento de conflitos e de encaminhamento de demandas administrativas decorrentes das relações de trabalho estabelecidas, ou seja, trata-se de um mecanismo gerenciador de conflitos do trabalho que interferem na qualidade dos serviços públicos prestados à população.

Como ferramenta democrática de gestão das relações de trabalho tem como princípio o cumprimento de determinações constitucionais e revela, no campo das relações de trabalho instituídas no âmbito da administração pública, sua busca pela democratização do Estado brasileiro.

4.3. A negociação coletiva e os interesses dos atores

Nunca é demais repetir que a eficiência administrativa está intimamente relacionada à capacidade de gerenciamento de conflitos de interesses, dentre os quais se situam os conflitos do trabalho. Posto de outra forma, , conflito não administrado transforma-se, com frequência, em ineficiência ou em confrontos, ou em ambas as coisas, como é mais comum de se ver. Tal exacerbação de conflitos costuma causar prejuízos generalizados, penalizando mais os setores menos favorecidos da sociedade.

Nesse sentido, a negociação coletiva no setor público apresenta-se como instrumento regulador das relações administração/sindicato e pressupõe tratar conflitos e demandas segundo paradigmas de eficiência e de qualidade dos serviços públicos.

Além disso, a negociação coletiva traz embutida o pressuposto da participação organizada que acresce maior legitimidade aos processos decisórios internos. Este plus de legitimidade pode fazer a diferença quando se busca intensificar o comprometimento dos servidores com a consecução das finalidades administrativas, com a mudança em posturas culturais fortemente arraigadas e com a qualidade e a eficiência dos serviços públicos prestados à população.

Segundo essa concepção, a defesa dos interesses corporativos está conectada à discussão dos interesses gerais dos usuários e por isso entidades da sociedade civil e de outras esferas do poder público, em nome dos interesses gerais da cidadania, dos contribuintes e dos usuários dos serviços públicos, são chamadas para o centro das negociações, em condições previamente acordadas.

4.4. A negociação coletiva, o movimento sindical e o direito de greve

Para as entidades sindicais do funcionalismo público, a implementação da negociação coletiva representa avanço significativo na efetivação do direito constitucional ao exercício pleno da atividade sindical e atende à reivindicação histórica de participação dos trabalhadores na definição de políticas e nos processos decisórios da administração pública. Mais que isso, a negociação tem tudo para ser eficaz e produzir resultados concretos, pois goza de garantias que promovem maior equilíbrio ao processo de correlação de forças, uma vez que: (a) constitui um canal permanente, aberto e sistemático para a apresentação de pleitos e defesa de interesses da categoria; (b) reforça regras básicas da democracia sindical, inclusive quanto ao exercício do direito de greve no setor público que não sofre qualquer tipo de condicionamento compulsório; (c) estimula e promove a unidade da ação sindical; (d) estimula e fortalece a organização dos trabalhadores nos locais de trabalho.

No que se refere à greve, vale ressaltar que esta é um direito democrático e um instrumento legítimo de pressão, assegurado constitucionalmente aos servidores públicos, e a partir disso a negociação coloca-se como um instrumental básico que organiza a manifestação do conflito e empresta racionalidade e transparência ao seu tratamento. Dessa forma, é correto afirmar que a negociação coletiva viria a preencher o vácuo ou a ausência de instrumentos que, nos dias de hoje, precedem a deflagração da greve, sem, contudo, condicionar sua realização. Ou seja, a negociação constitui-se em alternativa precedente, mas não impeditiva do exercício do direito constitucional de greve.

4.5. Bases legais da negociação coletiva no setor público

Embora a Constituição Federal tenha avançado bastante nas garantias sindicais para o funcionalismo público, faltou uma regulamentação mais precisa sobre os aspectos referentes aos conflitos e à negociação coletiva nesse setor.

Como metodologia participativa de tratamento de conflitos e demandas do trabalho que visa à melhoria da eficiência da administração pública e, conseqüentemente, dos serviços públicos prestados à população, a negociação coletiva no setor público se fundamenta nos princípios constitucionais, quais sejam: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e, especialmente, eficiência.

No que se refere à Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIN) 492-1, está explícito nos votos dados pelos magistrados e no relatório que o que se julgava como inconstitucional era a figura da eficácia jurídica de um acordo coletivo assinado entre as partes e não o ato em si da negociação, questão esta superada, uma vez que qualquer compromisso entre as partes passa necessariamente por uma ratificação legal conforme os preceitos do direito administrativo.

Atualmente, diversas iniciativas estão em curso para consolidar a negociação coletiva no setor público e para melhor elucidar as dúvidas jurídicas que ainda pairam sobre a matéria.

Há uma Proposta de Emenda Constitucional (PEC) em andamento no Congresso Nacional tratando dessa matéria e está em discussão entre o governo federal e as entidades sindicais do funcionalismo público a explicitação da garantia da negociação coletiva para o setor público no arcabouço jurídico brasileiro.

Ao mesmo tempo, a constituição de mesas de negociação vem sendo amparada em legislações específicas, tais quais a portaria n. 1.132/03 da Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, que dá sustentação legal à Mesa Nacional de Negociação Permanente da Administração Pública Federal, e as resoluções n. 52, 229 e 331, do Conselho Nacional de Saúde que legitimam a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.

Nos estados e municípios, legislações específicas regulamentam mesas e sistemas de negociação coletiva, como é o caso dos estados da Bahia e Sergipe e da cidade de São Paulo, primeira a construir um sistema formal de negociação.

4.6. Estrutura da negociação coletiva no setor público e na administração direta

A negociação coletiva no setor público se materializa por intermédio da implementação de Mesas de Negociação, constituídas por representantes da Administração Pública e dos Sindicatos dos Trabalhadores no Setor Público, podendo contar com a participação de representantes de entidades da sociedade civil. Essas mesas se organizam conforme regras previamente estabelecidas entre a Administração Pública e os Sindicatos dos Trabalhadores.

Considerando que as mesas de negociação são organizadas e pautadas segundo o critério “estrutura administrativa combinada com natureza da matéria”, verificam-se diferentes níveis de negociação.

O protagonismo da negociação se concentra nas duas bancadas representativas dos dois principais segmentos: Bancada da Administração (representando o empregador público) e Bancada Sindical (representando os servidores). A sociedade civil também pode participar do processo nos limites e na forma prevista pelas regras estabelecidas previamente.

A sociedade civil pode e deve participar através de suas instituições organizadas. Esse conjunto de entidades convidadas de comum acordo pela administração pública e os sindicatos representativos dos servidores podem constituir Instâncias Consultivas e/ou Mediadoras. Dependendo do modelo formal de negociação lhes são garantidos o direito à palavra e a prerrogativa de apresentação de pauta para negociação. Contudo, sua função essencial é estabelecer-se como paradigma dos interesses gerais da sociedade, aos quais todos os que atuam no setor público estão submetidos, por determinação expressa da Constituição Federal da República.

4.7. O processo da negociação coletiva no setor público e na administração direta

A negociação coletiva no setor público e na administração direta, independentemente do modelo adotado, apresenta uma série de especificidades em relação ao que ocorre no setor privado ou nas empresas estatais. A principal delas, talvez, seja a necessidade de

que o resultado, para ter validade, seja transformado em projeto de lei, aprovado pelo Poder Legislativo e sancionado depois pelo Executivo. Essa necessidade deriva do preceito constitucional conhecido como “princípio da legalidade” (art. 37 da Constituição Federal), segundo o qual o Poder Executivo só pode criar despesas se autorizado por lei.

Esse “princípio da legalidade” impõe a incorporação do Legislativo como ator importante e indispensável no processo de negociação coletiva. Além disso, outra especificidade é a impossibilidade de recurso à Justiça do Trabalho para a solução de conflitos. O poder público deve observar, ainda, as limitações definidas na Constituição Federal, na Constituição Estadual e na Lei Orgânica dos municípios (conforme cada caso), nas Leis de Diretrizes Orçamentárias, nos orçamentos anuais aprovados pelo Legislativo e na Lei de Responsabilidade Fiscal, em termos de recursos e comprometimento da receita com pagamento de pessoal.

Do que se disse anteriormente, conclui-se que a negociação coletiva dos servidores públicos é um processo bastante complexo, com enormes restrições, envolvendo necessariamente três atores sociais: servidores, Executivo e Legislativo.

Nos casos em que ocorrem negociações entre o poder público e os servidores, estas podem se desenvolver em quatro grandes momentos, analisados a seguir.

4.8. Principais momentos do processo de negociação

Inicialmente, há um espaço de negociação a ser utilizado durante a elaboração, pelo Executivo, e a aprovação, pelo Legislativo, da proposta orçamentária para o ano seguinte. Isso se estende desde a elaboração e aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO (no primeiro semestre) até a aprovação pelo Legislativo da Lei Orçamentária Anual – LOA (no segundo semestre).

Neste primeiro momento, os servidores tentam influenciar a proposta orçamentária a ser elaborada pelo Executivo e acompanhar o processo de discussão dessa proposta pelo Legislativo. Nessa tramitação da proposta orçamentária no Legislativo, tentam assegurar os aspectos positivos da proposta do Executivo, ao mesmo tempo que influenciam a elaboração de emendas por parte dos parlamentares para melhoria da peça orçamentária e a garantia de recursos para atender suas reivindicações.

Num segundo momento, já durante a execução do orçamento aprovado no ano anterior, as partes passam a debater e a negociar a execução propriamente dita do orçamento. É nesse momento que os servidores levantam suas demandas por meio da pauta de reivindicações a ser entregue ao Executivo, que deverá ter compatibilidade com o orçamento aprovado no ano anterior para o exercício corrente. Ao mesmo tempo, farão a escolha e o preparo da comissão de negociação. E, no plano externo, informarão suas reivindicações à população e aos parlamentares, em busca de apoio.

O Executivo recebe e aprecia a pauta dos servidores, tendo como parâmetros as definições do orçamento aprovado para o exercício, as disponibilidades de caixa e as prioridades de governo. Com base nisso, define sua estratégia e escolhe seus representantes para participarem das mesas de negociação.

Ao Legislativo cabe o acompanhamento desse segundo momento do processo de negociação entre servidores e o Executivo, podendo ou não ter uma atuação mais efetiva nessa etapa.

No terceiro momento, ocorre a negociação propriamente dita dos termos de um acordo sobre salários e condições de trabalho dos servidores.

Os servidores, além de participarem das reuniões de negociação com os representantes do Executivo em busca de um acordo, dedicam-se a informar a população, especialmente a população diretamente atendida por aquele serviço. Cabe a eles ainda informar e sensibilizar os parlamentares em torno das reivindicações para conseguir seu apoio.

O Executivo participa das reuniões de negociação com os servidores e apresenta contrapropostas à pauta de reivindicações. Nesse caso, informa a população sobre sua contraproposta em busca de seu apoio, e tenta sensibilizar os parlamentares com vistas à futura aprovação do projeto que enviará ao Legislativo.

Os parlamentares poderão participar com maior ou menor intensidade nesse momento, cumprindo, às vezes, o papel de mediadores entre o Executivo e os servidores.

4.9. Possibilidades de desfecho

Concluídas as rodadas de negociação, abrem-se três possibilidades de desfecho do processo: a) a obtenção do acordo sem a ocorrência de greve; b) a obtenção do acordo com a ocorrência de greve; c) a frustração das negociações com a não obtenção de qualquer acordo.

4.9.1. Acordo sem ocorrência de greve

Caso as partes cheguem a uma proposta de acordo após algumas rodadas na mesa de negociação, abre-se um novo caminho a ser trilhado para cada uma delas.

O sindicato dos servidores leva a proposta de acordo para apreciação por sua assembleia. Caso aprovada, acompanha a redação, pelo Executivo, do projeto de lei que este enviará ao Legislativo com os termos do acordo para garantir que o projeto espelhe fielmente o que foi acertado. Em seguida, acompanham a tramitação do projeto no Legislativo, para evitar que o mesmo seja descaracterizado por eventuais emendas dos parlamentares (ou para negociar com os parlamentares eventuais correções no projeto de lei do Executivo, caso este não contemple exatamente o que foi acordado na mesa). Garantida a aprovação da proposta nos termos esperados, há que acompanhar a sua sanção pelo chefe do Executivo para evitar vetos que representem algum retrocesso (ou para exigir vetos de eventuais emendas que tenham descaracterizado o projeto no Legislativo). Finalmente, a vigilância dos servidores volta-se para o Legislativo, que tem o poder de derrubar eventuais vetos do Executivo.

Ao Executivo, cabe enviar ao Legislativo um projeto de lei com os termos do acordo e sensibilizar os parlamentares para sua rápida aprovação, evitando, por intermédio de suas lideranças parlamentares, o surgimento de emendas que descaracterizem o projeto original. Uma vez aprovado o projeto, cabe ao chefe do Executivo a sanção da nova lei, com ou sem vetos. Caso resolva vetar algum dispositivo aprovado, deverá acompanhar a sua votação pelo Legislativo para influenciar na manutenção do seu veto.

Ao Legislativo, cabe apreciar o projeto de lei enviado pelo Executivo com os termos do acordo feito com os servidores. Nessa tramitação, os parlamentares poderão ou não oferecer emendas ao projeto. Essas emendas tanto podem ser no sentido de aperfeiçoá-lo, como no sentido de descaracterizá-lo (por exemplo, quando o Executivo não conta com

maioria parlamentar sólida e a oposição decide “estragar” o acordo com os servidores, para pressionar o Executivo visando a outros objetivos). O Legislativo pode, inclusive, apresentar um substitutivo global ao projeto do Executivo. Terminada a tramitação nas comissões (Constituição, Justiça etc.), o projeto é votado pelos parlamentares e depois de aprovado segue para sanção pelo chefe do Executivo. Caso seja sancionado com algum veto, o Legislativo tem que apreciar o veto, podendo derrubá-lo, desde que com quórum qualificado.

4.9.2. Acordo com ocorrência de greve

Em caso de insucesso nas negociações – ou mesmo em caso de recusa por parte do Executivo em se sentar à mesa com o sindicato –, pode ser que os servidores decidam pela greve, como forma de pressão para a (re)abertura de negociações sob novas bases.

Nesse caso, o sindicato primeiramente mobilizará os servidores e organizará os preparativos para a deflagração da greve. Entre estes preparativos, além daqueles orientados à própria categoria, são necessárias ações dirigidas à população e aos parlamentares, em busca de seu apoio. O objetivo de reabrir as negociações (quando houver insucesso nas mesas ocorridas), ou de iniciá-las (quando o Executivo se negar a conversar anteriormente), pode ser alcançado e, neste caso, retoma-se o processo de conversações, propostas e contrapropostas, até que se chegue a um denominador comum. O resultado será transformado em projeto de lei do Executivo ao Legislativo e seguirá os passos já expostos no item anterior até a apreciação de eventuais vetos pelo Legislativo.

Deflagrada a greve, é provável que o Executivo busque o apoio da população (comunicados pela imprensa e outras formas) e dos próprios servidores, na tentativa de desmobilizar o movimento. Pode haver ameaças aos grevistas e represálias ao sindicato. Mas pode ser que o governo julgue mais oportuno voltar à mesa de negociações e formular novas contrapropostas que ponham fim ao movimento. Nesse caso, obtido o acordo, seguem-se os mesmos passos previstos nos casos anteriores, a começar pela redação de projeto de lei ao Legislativo com os termos do acordo, até o acompanhamento da apreciação pelo Legislativo de eventuais vetos do chefe do Executivo ao projeto de lei aprovado.

Os parlamentares poderão participar como mediadores entre as partes em litígio, ao abrir caminho para a retomada das negociações ou para criar alternativas que rompam o impasse estabelecido. Uma vez acertado o acordo e enviado o projeto de lei pelo

Executivo, o Legislativo vota o projeto (com ou sem emendas) e o remete à sanção do chefe do Executivo para apreciar depois eventuais vetos.

4.9.3. Impasse nas negociações com ou sem greve

Pode ser que ocorra também uma situação em que as negociações fracassam – ou mesmo não se realizam – e o impasse persiste. Isso pode ocorrer ou porque os servidores não reúnem força suficiente para deflagrar uma greve, ou porque a greve deflagrada não consegue demover a intransigência do Executivo.

Nesse caso, como não há possibilidade de recurso à Justiça do Trabalho, o resultado final acaba ficando, em última instância, na dependência de deliberação pelo Poder Legislativo.

O mais provável é que o Executivo envie seu próprio projeto “puro” ao Legislativo, ou até mesmo que não envie projeto algum, deixando os servidores sem reajuste salarial e sem alterações nas condições de trabalho.

Caso o Executivo envie um projeto ao Legislativo, aos servidores restará a tentativa de influenciar os parlamentares para apresentação de emendas ao projeto do Executivo e para a rejeição de eventuais vetos do chefe do Executivo aos pontos favoráveis aos servidores.

Uma visão global desse processo de negociação coletiva no setor público e na administração direta é apresentada no quadro anexo (p.78 e 79).

BIBLIOGRAFIA

BRAGA, D. G. *Bases Conceituais para Instituição de Sistemas de Negociação Permanente na Administração Pública*. São Paulo: Sinp, 2004.

BRAGA, D. G. *Conflitos, Eficiência e Democracia na Gestão Pública*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

BRAGA, D. G. & AMORIM, J. C. *Elementos para um Estudo Inicial das Bases Constitucionais do Estado Brasileiro*. São Paulo, jun. 2004. (Mimeo.)

BRAGA, D. G. & DIEESE. *Entendendo o Sinp – Sistema de Negociação Permanente*, 2005. (Mimeo.)

CHEIBUB, Z. Reforma administrativa e relações trabalhistas no setor público: dilemas e perspectivas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 15, n. 43, p. 115-146, jun. 2000.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). A prática na teoria: uma abordagem da negociação coletiva. *Boletim Dieese*, n. 213, maio-jun. 1999.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). Elementos para o debate sobre mudanças no sistema de relações de trabalho. *Boletim Dieese*, n. 212, mar.-abr. 1999.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). *A Situação do Trabalho no Brasil*. São Paulo: DIEESE, 2002.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). *Processo de Negociação Coletiva no Setor Público*. São Paulo: DIEESE, 2003. (Seminários de Negociação)

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). *Estrutura e Processo da Negociação Coletiva*. São Paulo: DIEESE, 2003. (Seminários de Negociação)

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS / CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO (DIEESE/CNTE). *Negociação Coletiva e Orçamento Público na Área de Educação*. Brasília: CNTE, 2008. 56 p. (Programa de formação da CNTE, 5).

FISHER, R. & URY, W. *Como Chegar ao Sim: negociação de acordos sem concessões*. Rio de Janeiro: Imago, 1985.

GERNIGON, B. et al. *A Negociação Coletiva na Administração Pública Brasileira*. Brasília, Rio de Janeiro: OIT, Forense, 2002.

KREIN, J. D. Reforma do sistema de relações de trabalho no Brasil. In: DIEESE. *Emprego e Desenvolvimento Tecnológico: artigos dos pesquisadores*. São Paulo, Campinas: Dieese, Cesit, 1999. p. 255-294.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. *Manual do Mediador*. Brasília: MTE, SRT, 2002.

RECK, R. R. & LONG, B. G. *A Negociação Ganha-Ganha: como negociar acordos favoráveis e duradouros*. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 1994.

ZAJDSZNAJDER, L. *Teoria e Prática da Negociação*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1985.

QUADRO ANEXO

Visão global do processo de negociação coletiva no setor público e na administração direta

ETAPAS ATORES	1º MOMENTO ORÇAMENTO	2º MOMENTO PREPARAÇÃO PARA ACORDO	3º MOMENTO BUSCA DO ACORDO	4º MOMENTO: DESFECHOS POSSÍVEIS		
				ACORDO SEM GREVE	ACORDO COM GREVE	NÃO HÁ ACORDO
SERVIDORES	<ul style="list-style-type: none"> Planejamento da campanha do ano seguinte Definição da estratégia Tentativa de influenciar a proposta orçamentária a ser elaborada pelo Executivo para o exercício seguinte Acompanhamento do processo de discussão e aprovação do orçamento do exercício seguinte pelo Legislativo Negociação de emendas eventualmente apresentadas à proposta orçamentária 	<ul style="list-style-type: none"> Levantamento de demandas Aprovação e envio da pauta ao governo Escolha da comissão negociadora Preparação da comissão negociadora Informes à população e busca de seu apoio Sensibilização dos parlamentares para as propostas 	<ul style="list-style-type: none"> Informes à população e busca de seu apoio Sensibilização dos parlamentares para as propostas Reuniões de negociação Busca dos termos do acordo 	<ul style="list-style-type: none"> Aprovação em assembleia dos termos do acordo com o governo Acompanhamento de redação, pelo Executivo, de projeto de lei a ser enviado ao Legislativo, com os termos do acordo Acompanhamento da tramitação do projeto de lei no Legislativo Acompanhamento da sanção, pelo Executivo, do projeto de lei aprovado Acompanhamento da apreciação, pelo Legislativo, de eventuais vetos do Executivo 	<ul style="list-style-type: none"> Preparação e deflagração da greve Informes à população e busca de seu apoio Sensibilização dos parlamentares para as propostas Reabertura das negociações com o Executivo – elaboração de propostas alternativas Aprovação em assembleia dos termos do acordo com o governo Acompanhamento de redação, pelo Executivo, de projeto de lei a ser enviado ao Legislativo Acompanhamento da tramitação do projeto de lei no Legislativo Acompanhamento da sanção, pelo Executivo, do projeto de lei aprovado Acompanhamento da apreciação, pelo Legislativo, de eventuais vetos do Executivo 	<ul style="list-style-type: none"> Preparação e eventual deflagração da greve Informes à população e busca de seu apoio Sensibilização dos parlamentares para as propostas Tentativa de reabertura de negociações com o governo Acompanhamento da tramitação do projeto de lei eventualmente enviado pelo Executivo ao Legislativo Acompanhamento da sanção, pelo Executivo, do projeto de lei aprovado Acompanhamento da apreciação, pelo Legislativo, de eventuais vetos do Executivo

EXECUTIVO	M O N I T O R A M E N T O D A E S T R A T É G I A					
	MOBILIZAÇÃO DOS SERVIDORES, ARTICULAÇÃO COM O LEGISLATIVO E SENSIBILIZAÇÃO DA OPINIÃO PÚBLICA					
	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração e envio de proposta orçamentária ao Legislativo para o exercício seguinte • Articulação política para aprovação da proposta orçamentária • Negociação de emendas eventualmente apresentadas à proposta orçamentária 	<ul style="list-style-type: none"> • Apreciação da pauta de reivindicações dos servidores • Análise do orçamento, das disponibilidades de caixa e das prioridades de governo • Definição da estratégia do governo • Escolha da comissão de negociação 	<ul style="list-style-type: none"> • Busca de adesão dos servidores à proposta do governo • Informes à população e busca de seu apoio • Sensibilização dos parlamentares para as propostas do governo • Reuniões de negociação • Busca dos termos do acordo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilização dos parlamentares para as propostas do governo • Envio de projeto de lei ao Legislativo contendo os termos do acordo • Acompanhamento da tramitação do projeto de lei no Legislativo • Sanção do projeto de lei aprovado, com ou sem vetos • Acompanhamento da apreciação, pelo Legislativo, de eventuais vetos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tentativa de enfraquecer o movimento grevista • Informes à população e busca de seu apoio • Formulação de propostas alternativas para o acordo • Envio de projeto de lei ao Legislativo contendo os termos do acordo • Acompanhamento da tramitação do projeto de lei no Legislativo • Sanção do projeto de lei aprovado, com ou sem vetos • Acompanhamento da apreciação, pelo Legislativo, de eventuais vetos 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes à população e busca de seu apoio • Tentativa de enfraquecer o movimento grevista, caso existente • Envio de seu próprio projeto de lei ao Legislativo, se julgar oportuno • Acompanhamento da tramitação do projeto de lei no Legislativo • Sanção do projeto de lei aprovado, com ou sem vetos • Acompanhamento da apreciação, pelo Legislativo, de eventuais vetos
LEGISLATIVO	M O N I T O R A M E N T O D A E S T R A T É G I A					
	ARTICULAÇÃO POLÍTICA INTERNA E COM O LEGISLATIVO E SENSIBILIZAÇÃO DA OPINIÃO PÚBLICA					
	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias • Análise da proposta orçamentária enviada pelo Executivo para o exercício seguinte • Apresentação de eventuais emendas à proposta de orçamento • Aprovação do orçamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento do processo de negociação entre o Executivo e os servidores 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanha-mento do processo de negociação entre o Executivo e os servidores 	<ul style="list-style-type: none"> • Apreciação de projeto de lei enviado pelo Executivo com os termos do acordo • Apresentação de eventuais emendas ao projeto do Executivo • Votação e aprovação do projeto de lei do Executivo ou de seu substitutivo • Apreciação de eventuais vetos do Executivo ao projeto de lei aprovado 	<ul style="list-style-type: none"> • Eventual mediação entre o governo e os servidores • Apreciação de projeto de lei enviado pelo Executivo com os termos do acordo • Apresentação de eventuais emendas ao projeto do Executivo • Votação e aprovação do projeto de lei do Executivo ou de seu substitutivo • Apreciação de eventuais vetos do Executivo ao projeto de lei aprovado 	<ul style="list-style-type: none"> • Eventual mediação entre o governo e os servidores • Apreciação de projeto de lei eventualmente enviado pelo Executivo • Apresentação de eventuais emendas ao projeto do Executivo • Votação e aprovação do projeto de lei do Executivo ou de seu substitutivo • Apreciação de eventuais vetos do Executivo ao projeto de lei aprovado



Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sus

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2012

Público alvo

Trabalhadores e gestores da saúde.

Objeto

A Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS) é um fórum paritário que reúne gestores e trabalhadores, possibilitando a construção conjunta de um plano de trabalho e de uma agenda de prioridades das questões a serem debatidas e pactuadas entre gestores públicos, prestadores privados e trabalhadores da saúde.

Objetivo

A Mesa funciona por meio da construção de protocolos, instrumentos que formalizam as decisões pactuadas entre todos os participantes: Governo Federal (com cinco ministérios), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), prestadores de serviços conveniados aos SUS (setor privado e filantrópico), representantes dos trabalhadores, por meio de suas entidades sindicais nacionais que são diretrizes nacionais sobre as relações de trabalho no SUS. Dentre seus principais objetivos destacam-se:

- I- instituir processos de negociação permanente entre trabalhadores, gestores públicos e prestadores privados a fim de debater e pactuar questões pertinentes às relações de trabalho em saúde, visando à melhoria e à qualidade dos serviços em saúde;
- II- contribuir para o pleno funcionamento do SUS;
- III- negociar a pauta de reivindicação dos trabalhadores do SUS;
- IV- pactuar metodologias para a implantação das diretrizes aprovadas nas Conferências de Saúde e NOB-RH;
- V- pactuar condições apropriadas para instituição de um sistema nacional de educação permanente que contemple o pleno desenvolvimento na carreira do SUS;
- VI- estimular a implantação de Mesas de Negociação Permanentes nos estados e municípios e articulá-las por meio do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS).

Protocolos assinados

- 001/2003 – Regimento Institucional da Mesa de Negociação Permanente do SUS.
- 002/2003 – Instalação de Mesas Estaduais e Municipais de Negociação Permanente dos SUS.
- 003/2005 – Criação do Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS).
- 004/2005 – Processo Educativo em Negociação do Trabalho no SUS.
- 005/2006 – Orientações, diretrizes e critérios para aperfeiçoar procedimentos de Cessão de Pessoal no âmbito do SUS.
- 006/2006 – Diretrizes Nacionais para a Instituição de Planos de Carreira, Cargos e Salários no âmbito do SUS (PCCS-SUS). Observa como princípios: universalidade dos planos de carreira, equivalência dos cargos ou empregos criados nas três esferas de governo, concurso público de provas ou de provas e títulos como forma de ingresso no serviço, mobilidade do trabalhador pelas diversas esferas de governo, permanente adequação do plano de carreira à dinamicidade do SUS, garantia de participação dos trabalhadores na formulação e gestão do seu respectivo plano de carreira, educação permanente, avaliação de desempenho focada no desenvolvimento profissional e institucional e como compromisso solidário entre gestores e trabalhadores em prol da qualidade, profissionalismo e adequação do profissional às necessidades dos serviços de saúde.
- 007/2007 – Implementação da Política de Desprecarização do Trabalho no SUS junto às mesas e fortalecimento de mecanismos para ampliação da proteção social aos trabalhadores do SUS. Por meio do incentivo e fortalecimento de Mesas Municipais, Estaduais ou Regionais de Negociação Permanente do SUS, ampliando assim, a discussão sobre a Desprecarização do Trabalho no SUS como forma de realizar um trabalho de levantamento, monitoramento e substituição do trabalho precário.
- 008 /2011 – Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde - SUS.

Marco legal

Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 52, de 5 de maio de 1993. Resolução CNS nº 299, de 8 de maio de 1997. Resolução CNS nº 331, de 4 de junho de 2003 .



Natureza e condições atuais do trabalho em saúde: o que diz a literatura sobre o adoecimento dos trabalhadores

ASSUNÇÃO, A. A.; TAVARES, I.R.; SERRA, P.J. Natureza e condições atuais do trabalho em saúde: o que diz a literatura sobre o adoecimento dos trabalhadores?. In MACHADO, J.H.M.; ASSUNÇÃO, A.A. (Org.). Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde. 1ed. Belo Horizonte: UFMG, 2012. p. 106-149.

1. ANTECEDENTES

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

Os custos se elevam concomitante às restrições orçamentárias tanto no setor público quanto no privado, gerando argumentos que justificariam, em tese, os baixos investimentos nas condições de trabalho, como se vê nos casos de precarização dos vínculos de emprego (Coelho, Assunção & Belisário, 2009; Lacaz *et al.*, 2011). Seria esperada maior resistência a esses argumentos, no entanto, é plausível supor que fatores subjetivos e subjacentes, de cunho humanístico e ético, ao ato de cuidar do outro deslocariam para um segundo plano as discussões e os programas que visam a identificar problemas de saúde dos TS relacionados às condições em que os sujeitos desenvolvem as suas tarefas (Flor & Kirchhof, 2006; Yassi & Warshaw, 1998).

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

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

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

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

2. A PERCEPÇÃO DE FAZER BEM-FEITO E AUTO-AVALIAÇÃO DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

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

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

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

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

Satisfação profissional designa

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

É o resultado da percepção dos trabalhadores sobre vários aspectos do ambiente e da organização do trabalho, como a natureza e o volume de serviço, a limpeza nas áreas, os níveis de responsabilidade e autonomia, as características dos pacientes, o apoio dos co-

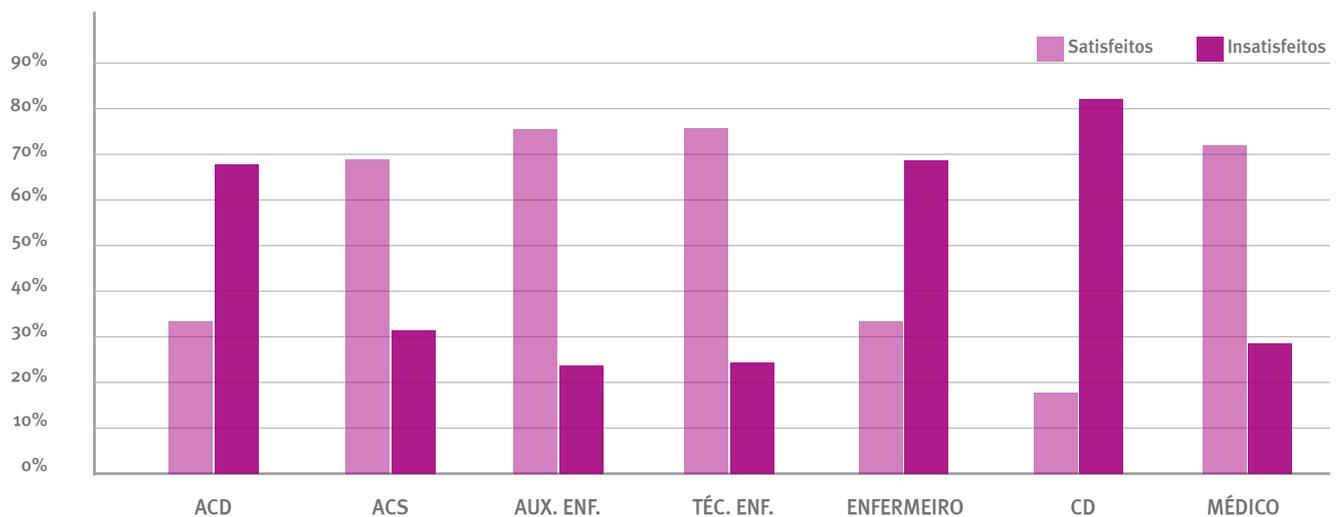
legas etc. Portanto, não depende exclusivamente das características do indivíduo (idade, escolaridade, sexo). Exemplificando, o sentimento de realização clínica é fundamental para a satisfação dos trabalhadores (Ishara, Bandeira & Zuardi, 2008). Desta feita, os índices de satisfação por estarem articulados ao fazer bem-feito podem se constituir em instrumentos de avaliação da qualidade dos serviços prestados.

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

Entre os setores do hospital, observou-se que a emergência e o ambulatório concentraram os sujeitos com escores mais baixos de satisfação e níveis mais altos de impacto. Para os autores, é possível que a tomada de decisões de emergência e, muitas vezes, de forma solitária, explique níveis mais elevados de tensão com reflexos sobre os escores de satisfação e de impacto.

Quanto à insatisfação profissional, os TS integrantes das equipes do PSF de municípios do estado de São Paulo citaram fatores como a sobrecarga de trabalho, os baixos salários e a desvalorização profissional (Fadel *et al.*, 2008). Mencionaram também a falta

FIGURA 1
Distribuição percentual dos integrantes das equipes do PSF, por categoria profissional, segundo a satisfação em atuar no Programa. São Paulo (SP) – 2006 (Fadel *et al.*, 2008)



de integração entre os membros das equipes e a falta de apoio para o desenvolvimento das ações. As auxiliares de consultório dentário, os cirurgiões-dentistas e as enfermeiras apresentaram maior grau de insatisfação entre os 78 sujeitos da amostra (Figura 1).

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

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

Tanto os canais de expressão quanto os recursos materiais, espaciais e temporais são favorecidos ou bloqueados a depender do orçamento para o setor e do desenho organizacional, ou seja, das estruturas organizacionais.

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

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

EXTRAÍDO DE ASSUNÇÃO (2012).

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

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

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

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

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

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

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

Sobre a regulação das condições de trabalho, diante da falta de materiais ou da inadequação dos dispositivos necessários à realização de determinados cuidados, os trabalhadores, graças ao seu potencial criativo, realizam adaptações e improvisos de materiais e de equipamentos que viabilizam a prestação da assistência de enfermagem (Souza *et al.*, 2009). No entanto, para o trabalhador de enfermagem, a necessidade cotidiana de adaptar e de improvisar materiais e equipamentos pode prejudicar o bem-estar, pois ficou evidente o desgaste físico e mental que esta prática provoca, representando fator de risco laboral.

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

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

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

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

Os TS mencionam a vantagem de

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

Mas os contatos se dão sem a necessária retaguarda.

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

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

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

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

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

O trabalho realizado em ambientes abertos de áreas de maior risco social expõe os sujeitos às situações de agressões e à miséria intensa que marcam o contexto de vida das comunidades atendidas. Os ACS relatam temor de represália dos usuários descontentes com o atendimento oferecido e ambivalência diante da aproximação de uma residência habitada por cidadãos envolvidos com crimes e drogas (Lancman *et al.*, 2009).

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

Como mencionado anteriormente, o trabalho realizado no território expõe os ACS às agressões dos usuários. São situações nas quais as fronteiras trabalho / vida pessoal tornam-se tênues (Trindade *et al.*, 2007). Pressões dos usuários (vizinhos!) e agitações na vida comunitária são estressores permanentes. Para os autores, o conhecimento da exposição às cargas que foram descritas e o debate sobre tais situações seriam fundamentais para fortalecer o autocuidado na categoria dos TS.

Longos deslocamentos, exposição a temperaturas extremas, condições de higiene precárias (lixo, esgoto aberto, sujeira) ou adversas (umidade, poeira e fumaça, animais doentes etc) e

contato frequente com doenças infecciosas (tuberculose, Aids, hepatite C) durante a visita domiciliária foram relatados pelos ACS de Santa Maria (RS) (Trindade *et al.*, 2007).

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

Tomasi e colaboradores (2008) estudaram o perfil de 4.749 trabalhadores de saúde, 1.730 no Sul e 3.019 no Nordeste. Chama atenção a baixa proporção (40% dos trabalhadores da rede básica) de ingresso por concurso público. O vínculo de trabalho sem garantias trabalhistas diz respeito a 38% dos TS e foi significativamente maior entre os entrevistados no Nordeste (42%) quando comparados aos TS do Sul (30%). Os resultados esclarecem que o trabalho precário foi ampliado a partir da expansão do PSF, de forma mais acentuada no Nordeste.

Quanto à avaliação do desempenho, menos de 70% dos trabalhadores contam com a supervisão de suas atividades. O ambiente físico foi considerado inadequado por 46% dos TS e 30% referiram inadequação das relações institucionais. Um terço encontra-se insatisfeito com sua saúde; 42% informaram problemas de saúde; 26% usam medicamentos regularmente; transtornos mentais comuns estiveram presentes em 16% e o hábito de fumar foi referido por 12% dos entrevistados.

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

3. ACIDENTES DE TRABALHO E EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO

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

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

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

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

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

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

Guilarde e colaboradores (2010) acompanharam 46 profissionais de saúde vítimas de acidente profissional com material biológico no hospital universitário de Goiânia (GO). A maior frequência de acidentes ocorreu na clínica cirúrgica. Quanto ao tipo de exposição, observou-se predominância da lesão percutânea (87%). Quanto à caracterização do acidente, 78% envolveram agulha com lúmen e 22% ocorreram durante o manuseio de

lixo e/ou dispensador de perfurocortantes. A maioria dos profissionais (61%) informou que usava equipamento de proteção individual (EPI) no momento do acidente. Na avaliação quanto à infectividade do paciente-fonte, 72% tiveram sorologia negativa para HIV. Quase 30% dos acidentados com material biológico que procuraram o ambulatório de infectologia negaram esquema de imunização completo contra hepatite B. Considerando todos os profissionais acidentados, 28% estavam sem cobertura contra hepatite B no momento do acidente. Registrou-se perda de seguimento a partir de 12 semanas do acidente em 17% dos casos.

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

Em relação à parte do corpo atingida, predominam os membros superiores; em relação ao material biológico, o contato com sangue. Finalmente, as autoras sugerem ações no âmbito da gestão, visando à melhoria das condições de trabalho, especialmente quanto à estrutura organizacional. Sugerem-se fornecimento de material e dispositivos de segurança, implantação de programas educativos e mudança de comportamentos de trabalho.

Loureiro e colaboradores (2009) monitoraram a adesão dos profissionais de enfermagem ao uso de antirretrovirais e o seguimento clínico após exposição ocupacional envolvendo material biológico potencialmente contaminado. Os sujeitos da amostra foram atendidos em um hospital universitário do interior paulista. Dentre 56 acidentes registrados, 73,2% ocorreram no grupo dos auxiliares de enfermagem e 26,8% no grupo de enfermeiros. A lesão percutânea foi a mais frequente, sendo que 96,4% dos atingidos relataram ter sido vacinados. Indicou-se o uso de antirretrovirais para 30,4% dos casos. Quanto à procura pelo atendimento especializado, 78,6% da amostra o fizeram até duas horas após a exposição ocupacional (período recomendado pelo Ministério da Saúde), porém 17,9% procuraram o atendimento entre três e dez horas após a exposição; 1,8%, entre dez e 24 horas; e 1,8% após 25 horas. Quanto à sorologia dos pacientes-fonte identificados, verificou-se que 16,1% eram portadores do vírus da imunodeficiência adquirida e 3,6% do vírus da hepatite C.

Embora várias ausências aos retornos tenham sido registradas, a maioria dos profissionais de enfermagem expostos a material biológico atendidos no ambulatório especializado

completou o seguimento clínico-laboratorial recomendado. Mas é preocupante constatar que 25% abandonaram o seguimento, taxa maior do que encontrada no estudo de Guilarde e colaboradores (2010).

No estudo de Almeida e Benatti (2007), com base em 379 acidentes em uma população de São João da Boa Vista (SP), os resultados foram semelhantes aos anteriormente citados. Agulha com lúmen foi o principal agente relacionado aos acidentes (74,7% dos casos) e sangue foi o material biológico predominante (87,3% das ocorrências). Cobertura vacinal foi registrada em 72,8% dos casos de acidentes. Pacientes-fonte permaneceram desconhecidos em 44,9% dos acidentes. A quimioprofilaxia com antirretroviral foi indicada em 43,5% dos casos de acidentes, entre eles 7,3% recusaram a medicação.

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

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

Garcia e Facchini (2009) descreveram exposições ocupacionais a material biológico e estimaram a sua incidência e prevalência cumulativa durante 12 meses e fatores associados com tais exposições. Os resultados confirmam que a incidência de exposições entre as diferentes categorias profissionais está relacionada ao tipo de tarefas exercidas pelos TS.

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

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

Sobre a cobertura vacinal, 67% dos TS declararam estado vacinal completo contra hepatite B, enquanto 21,6% apresentavam-se imunizados incompletamente (1 ou 2 doses), 6,2% desconheciam seu estado vacinal e 5,2% não eram vacinados (Silva *et al.*, 2011). É preocupante, portanto, que 33% dos profissionais de saúde estivessem susceptíveis ao VHB.

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

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

No estudo de Paraná e colaboradores (2007), a prevalência de anticorpos para o VHC foi de 4,8% (31 de 646); 3,7% também foram positivos para o HCV RNA em TS de quatro hospitais e um laboratório em Rio Branco (AC). Tais resultados indicam o risco ocupacional, bem como o risco de transmissão nosocomial. Os autores alertam sobre a falta de informação dos TS no tocante à prevenção e à transmissão do VHC. Vale destacar que a baixa escolaridade e o menor acesso à informação têm sido associados ao risco de infecção pelo VHC no pessoal da saúde. Apesar da maioria (67,4%) relatar acesso à fonte formal de informação, principalmente os profissionais do nível técnico não demonstraram conhecimentos sobre a transmissão do VHB no ambiente hospitalar. Constatou-se que o estado vacinal adequado contra hepatite B está intimamente relacionado aos anos de escolaridade dos TS.

No Rio de Janeiro, Rapparini e colaboradores (2007a) examinaram 15.035 casos de exposição registrados no sistema de vigilância entre 1997-2004. Para 74% dos casos foi possível conhecer a situação dos pacientes-fonte. Quase 90% das exposições se relacionaram às lesões percutâneas e 35% delas foram relatadas por auxiliares de enfermagem. Cinco circunstâncias representam quase 70% das situações relatadas: reencapar agulhas (19% entre os auxiliares de enfermagem e 22% entre o pessoal de laboratório); realizar procedimentos cirúrgicos ou manipular equipamentos cirúrgicos, tais como limpeza de instrumentos (14%), eliminar o lixo (13%); realizar punção venosa percutânea (10%); e retirar sangue (5%). A profilaxia pós-exposição foi iniciada por 46% dos expostos. Alta proporção (14%) das exposições relatadas ocorreu entre os estudantes e estagiários.

O artigo de Rapparini e colaboradores (2007b) apresenta o 'ProjetoRiscobiologico.org'¹ implantado no Brasil em 2000. Foram criados um *site* e uma lista de discussão para

¹ Disponível em: <www.riscobiologico.org>.

favorecer o debate sobre a gestão e a prevenção de exposições infecciosas ocupacionais. Desenvolveu-se paralelamente um *software* para operacionalizar a vigilância de exposições ocupacionais a patógenos veiculados pelo sangue. A construção do *software* baseou-se no Sistema de Vigilância dos Trabalhadores de Saúde do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. A proposta foi estimular a participação voluntária em um sistema de vigilância às exposições ocupacionais a patógenos sanguíneos em estabelecimentos de saúde brasileiros. Participaram da lista de discussão 607 trabalhadores de estabelecimentos de saúde de 337 cidades abrangendo todos os 27 estados da Federação. Adicionalmente, foram integrados participantes de Cuba, 1; Uruguai, 2; Chile, 1; Peru, 2; Portugal, 11; e Estados Unidos, 3. O artigo apresenta as características dos participantes da lista de discussão – médicos, 19%; técnicos de saúde ocupacional, 8%; farmacêuticos, 7%; biólogos, 5% –, perfazendo um total de 2.078 sujeitos. Dentre eles, 559 (559/2.078 – 27%) eram ligados aos serviços de controle de infecção e 540 (540/2078 – 26%) eram profissionais da saúde ocupacional. Segundo a maioria (74%), é frequente a gestão dos acidentes envolvendo a exposição a sangue e a outros fluidos corporais.

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

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

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

4. EXPOSIÇÃO A AGENTES INFECCIOSOS E PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

Takayanagi e colaboradores (2007) analisaram os fatores associados à adesão e à não adesão à vacinação contra a gripe em 258 TS do hospital universitário de São Paulo (SP), onde os TS com sintomas respiratórios não são proibidos de comparecer para trabalhar. Anualmente, o hospital oferece vacinação livre de custos. A amostra do estudo se refere

aos profissionais inseridos em setores de maior vulnerabilidade: transplante de medula óssea, creche, diálise, geriatria, hematologia, transplante de fígado, unidade de terapia intensiva e unidade de transplante renal.

Com relação à gripe, 94% afirmam ter ido ao trabalho apesar de atingidos pela gripe influenza; 58% responderam que já foram acamados por causa de um surto de gripe forte; e 41% responderam que cuidaram de pacientes em vigência de sintomas de gripe aguda.

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

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

BASEADO EM ASSUNÇÃO (2012).

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

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

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

Algumas organizações têm instituído vacinação obrigatória contra a gripe e um estado americano promulgou regulamentos tornando obrigatória a vacinação contra a gripe sazonal e

contra a gripe H1N1. O enfrentamento judicial ente o Hospital Virginia Mason e a Associação das Enfermeiras do Estado de Washington (Washington State Nurses Association – WSNA) foi problematizado em artigos científicos.

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

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

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

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

5. SITUAÇÃO DE SAÚDE E MORBIDADES

A síndrome de *burnout*² é um transtorno vivido como uma reação à tensão emocional crônica causada pelo contato excessivo com pessoas. Ezaias e colaboradores (2010) estudaram 160 TS de um hospital público de Londrina (PR). Os autores identificaram alto grau de exaustão emocional, alto grau de despersonalização e baixa realização profissional.

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

² A síndrome de *burnout* envolve três componentes relacionados, porém independentes: a exaustão emocional (carência de energia, sentimento de esgotamento), a despersonalização (insensibilidade emocional) e baixa realização no trabalho (insatisfação com o desenvolvimento profissional e autoavaliação negativa) (Ezaias *et al.*, 2009).

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

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

Braga, Carvalho e Binder (2010) encontraram prevalência de 42,6% de TMC na amostra 378 trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). Não se observaram diferenças significativas quando as categorias profissionais foram comparadas. Viu-se que maioria dos TS estava exposta a situações de altas demandas psicológicas no trabalho. Apesar de insatisfeitos com a remuneração, o reconhecimento profissional e a ascensão na carreira, os respondentes consideraram apropriadas as seguintes condições de trabalho: duração adequada da jornada, curto deslocamento trabalho-casa-trabalho, fruição regular de férias, flexibilidade do horário, realização de cursos de capacitação, possibilidade de informar à chefia sobre o andamento do trabalho e tratamento dado pela chefia às informações sobre o trabalho. As autoras salientam a ausência de associação entre o desfecho e as variáveis sociodemográficas, sugerindo ampliar a investigação sobre o papel das condições de vida e de trabalho no desenvolvimento de TMC.

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

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

De Marco e colaboradores (2008) contrapõem as mutações na assistência em saúde mental derivada da reforma da assistência psiquiátrica brasileira à falta de investimentos em recursos humanos no referido setor e suas consequências quanto à falta de profissionais qualificados, achatamento salarial e não reposição de pessoal para explicar o aumento da sobrecarga de trabalho sentida pela equipe, os altos níveis de estresse, *burnout* e sintomas depressivos e ansiosos. Ao adotar tais dispositivos explicativos, os autores avaliaram, por meio de instrumentos específicos, as articulações entre carga de trabalho em saúde mental, satisfação profissional, qualidade de vida e presença de sintomas psiquiátricos menores em 203 profissionais de saúde mental do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina.

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

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

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

Os assistentes sociais se veem, no curso de suas tarefas, diante do paradoxo entre, por um lado, vivenciar situações de poder em relação ao cliente, e, por outro lado, falta de autonomia em relação à instituição e aos recursos. Talvez o profundo interesse pelo sofrimento humano que caracteriza as pessoas que optam para trabalhar na assistência social torne esses profissionais mais sensíveis às mazelas do indivíduo a quem prestam os seus serviços.

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

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

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

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

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

Trabalhadores que informaram sintomas musculoesqueléticos tiveram o risco 169% maior de relatarem autoavaliação negativa de saúde quando comparados àqueles que não relataram tais sintomas. Um elevado escore de carga de trabalho permaneceu associado com o desfecho, o que sugere uma associação entre condições de trabalho e autoavaliação de saúde.

No estudo Isosaki e colaboradores (2011), 89% dos trabalhadores (n =115) do serviço de nutrição de um hospital de cardiologia, em São Paulo, referiram dor ou desconforto relacionados ao trabalho nos últimos 12 meses, sendo as regiões do corpo mais citadas as seguintes: membros inferiores (65%), ombros (55%), região lombar (39%), região cervical (37%), mãos/punhos/dedos (29%), coluna (28%), antebraço (28%) e cotovelos (10%). O movimento de andar e de transportar carga durante as atividades diárias foi a causa mais citada para os sintomas (31%), seguido da postura em pé (16%). A piora

ocorria também com o movimento de deambulação (38%) e a melhora somente com o uso de medicamento (39%). A despeito das dores, a maioria não se afastou do trabalho, o que sugere a utilização de estratégias como a automedicação e a procura de assistência médica somente em situações mais graves. Segundo os próprios trabalhadores, o uso de medicamentos é o que ocasiona a melhora dos sintomas.

Entre os TS do SUS de Belo Horizonte, a prevalência de distúrbios musculoesqueléticos (DME) relacionada a qualquer um dos três segmentos corporais foi de 49,9%: 21,7% referiram dor em apenas um dos três segmentos corporais analisados; 16,1% em dois segmentos e 12,1% nos três segmentos. No tocante às características do trabalho, as maiores prevalências de DME foram observadas no grupo que relatou desequilíbrio entre as exigências das tarefas e os recursos disponíveis; entre os trabalhadores expostos a condições ambientais precárias quando comparadas às taxas encontradas no grupo de respondentes expostos a ótimas condições; entre aqueles que desempenhavam tarefas de alta demanda física e também entre aqueles com alta sobrecarga doméstica (Barbosa *et al.*, 2012).

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

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

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

7. LIÇÕES APRENDIDAS. E O FUTURO?

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

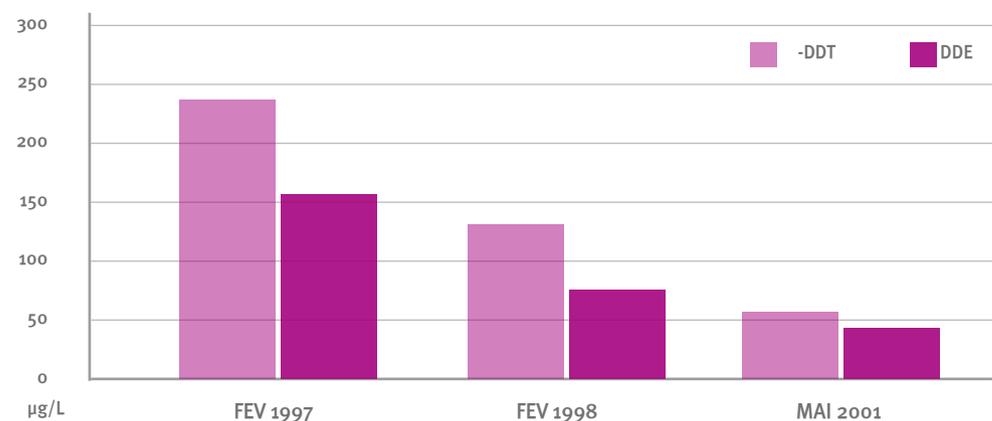
Desde 1954, três milhões de casas na região da Amazônia foram dedetizadas. Em decorrência das ações de controle da malária, milhares de trabalhadores foram expostos entre 1945 a 1997. A exposição ocorre por meio da inalação durante a aplicação do inseticida, contato da pele e ingestão de alimentos e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

Em 1970, verificou-se queda importante de casos de malária. Tem-se que assumir: o sucesso no controle da doença se deu às custas da saúde dos TS. Notar que apesar de ter sido banido desde 1987 em todos os usos agrícolas³, somente dez anos depois a Funasa proibiu o seu uso em todo programa de controle dos vetores da malária.

Desde então, centenas de trabalhadores têm sido monitorados (saúde geral e avaliação sorológica). Ferreira, De-Oliveira e Paumgartten (2011) avaliaram 119 trabalhadores que realizaram atividades de controle da malária na região amazônica. Constataram-se altos níveis de concentração da soma de resíduos de DDT, mais elevados do que aqueles encontrados na população geral do Rio de Janeiro. A avaliação de saúde dos TS evidenciou morbidades possivelmente associadas à ocupação e às condições de trabalho. Registra-se que 91 (n=119) dos TS avaliados tiveram múltiplos episódios da malária, doença-alvo do seu trabalho. Hipertensão, alcoolismo, sintomas neuropsicológicos (depressão, ansiedade, insônia) sobrepeso e obesidade foram altamente prevalentes na amostra estudada (Figura 2).

³ O uso de DDT na saúde pública foi autorizado até 1997, quando foi proibido pela Funasa. Em 2009, o Congresso Nacional aprovou a lei n. 11.936 que proíbe a fabricação, a importação, a exportação, a manutenção em estoque, a comercialização e o uso de DDT.

FIGURA 2
Níveis de DDT e DDE em amostras sanguíneas de trabalhadores de acordo com o ano do exame (Ferreira, De-Oliveira e Paumgartten, 2011)



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

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

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

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

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

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

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

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

Os pressupostos teóricos desenvolvidos pelos autores sinalizam a força e a centralidade da categoria 'processo de trabalho'. Contudo, os autores trouxeram outras linhagens e escolas que se mostraram coerentes às abordagens desejadas no campo da saúde do trabalhador da saúde.

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

A presente revisão indica a diversidade de exposição e os gradientes de vulnerabilidade relacionados aos grupos ocupacionais, como se viu no caso dos trabalhadores que combateram a malária, no grupo de terapeutas ocupacionais e assistentes sociais que atuam em serviços de saúde mental e no grupo do ACS. Indica também situações extremas, como autorização para trabalhar apesar de acometidos pela influenza em áreas nas quais os pacientes deveriam estar isolados em virtude dos quadros de imunodeficiência ou outros.

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

Outra situação inaceitável: os trabalhadores se automedicam e continuam trabalhando a despeito das dores musculares. Tais situações convocam a elaboração de um sistema de vigilância à saúde dos TS que dê conta das especificidades mencionadas, ampliando o enfoque tradicional em favor de uma ótica que privilegie o significado do trabalhar na saúde.

QUADRO 1

Organização dos artigos segundo autores, ano, amostra e número de sujeitos e/ou exposições

	AUTORES, ANO	AMOSTRA DO ESTUDO	NÚMERO DE SUJEITOS, EXPOSIÇÕES REGISTRADAS
2007			
1	Takayanagi <i>et al.</i> (2007)	Pessoal de saúde	n=258
2	Almeida e Benatti (2007)	Pessoal de saúde	n=379 prontuários
3	Rapparini <i>et al.</i> (2007)	Pessoal de saúde	n=15.035 relatos de exposição em sistema vigilância
4	Buss e Fröde (2007)	Pessoal de saúde/setor público	n=260
5	Trindade <i>et al.</i> (2007)	Agentes comunitários do PSF	n=5
6	Santos, Soares e Campos (2007)	Enfermeiros de unidade básica de saúde	n=16 (estudo qualitativo)
7	De Oliveira <i>et al.</i> (2007)	Pessoal de saúde em hospital universitário	n=194
8	Bellei <i>et al.</i> (2007)	Pessoal de saúde em hospital universitário	n=203
9	Chiodi, Marziale e Robazzi (2007)	Pessoal de saúde, unidades de saúde pública	n=62 acidentes de trabalho com material biológico
10	Lucena <i>et al.</i> (2007)	Estudo experimental para testar técnicas de avaliação de exposição radionuclear	n=7
11	Paraná <i>et al.</i> (2007)	Pessoal de saúde	n=646
12	Rapparini <i>et al.</i> (2007)	Pessoal de Saúde	n=2.078
2008			
1	Garcia e Facchini(2008)	Pessoal de saúde da atenção primária	n=1.249
2	Tomasi <i>et al.</i> (2008)	Pessoal de saúde	n=4.749
3	Prado <i>et al.</i> (2008)	Pessoal de saúde	n=25 notificações
4	Hass, Henrique e Demarzo (2008)	Unidades básicas de saúde = 13 postos de trabalho	Estudo de caso – condições ergonômicas
5	Hennington (2008)	A gestão dos processos de trabalho em saúde	Ensaio – processo de trabalho em saúde
6	De Marco <i>et al.</i> (2008)	Pessoal de saúde mental de serviço universitário	n=203
7	Silva e Menezes (2008)	Agentes comunitários de saúde	n=141
8	Fadel <i>et al.</i> (2008)	Pessoal de saúde do sistema público de saúde	n =78
9	Garcia e Blank (2008)	Auxiliares de odontologia, odontólogos	n=393
10	Oliveira e Chaves-Maia (2008)	Pessoal de saúde em hospitais públicos	n=95
11	Lopes <i>et al.</i> (2008)	Equipe do atendimento pré-hospitalar	n=238
12	Dos Santos <i>et al.</i> (2008)	Pessoal de saúde em unidade neonatal	n=215
13	Ishara, Bandeira e Zuardi (2008)	Pessoal de saúde mental de seis serviços psiquiátricos	n=136
14	Rebouças <i>et al.</i> (2008)	Pessoal de saúde mental de serviços comunitários e hospitalares	n=133

2009			
1	Murofuse (2009)	Pessoal de saúde do setor público de saúde de 22 municípios	n=939
2	Maciel <i>et al.</i> (2009)	Pessoal de saúde	Artigo de revisão
3	Reinhardt e Fischer (2009)	Pessoal de saúde	Artigo de revisão
4	Da Costa <i>et al.</i> (2009)	Pessoal de saúde	n inicial (1º teste): 1336 n (reteste) =599
5	Sarquis <i>et al.</i> (2009)	Pessoal de saúde atendido no hospital do trabalhador	n=450 prontuários de trabalhadores expostos líquidos biológicos
6	Garcia e Facchini (2009)	Pessoal de saúde em Atenção Primária	n=1.077
7	Lancman <i>et al.</i> (2009)	Equipes do PSF	n= 65 / sujeitos em grupos de psicodinâmica
8	Cezar-Vaz <i>et al.</i> (2009)	Equipes do PSF	n=48 estudo qualitativo
9	Lima Júnior, Alchieri e Maia (2009)	Pessoal de saúde em hospitais	n=213
10	Oliveira <i>et al.</i> (2009)	Pessoal de saúde em hospital público	n=220
11	Dinelli <i>et al.</i> (2009)	Pessoal de saúde em hospital universitário de alta complexidade	n=187
12	Souza <i>et al.</i> (2009)	Enfermeiros de unidades de internação hospitalar	n=10 / observação participante e entrevistas sobre sistemas de improviso
13	Loureiro <i>et al.</i> (2009)	Enfermeiros e auxiliares de enfermagem	n=56 prontuários de TS acidentados
14	Siqueira <i>et al.</i> (2009)	Pessoal de saúde	n=3.347
15	Sala <i>et al.</i> (2009)	Funcionários da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	n=58.196
2010			
1	Chiodi <i>et al.</i> (2010)	Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) de pessoal de saúde atendido no Centro de referência em Saúde do Trabalhador (Cere-st) de Ribeirão Preto	n=480 TS acidentados
2	Braga, Carvalho e Binder (2010)	Pessoal de saúde em Atenção primária	n= 378
3	Garcia, Höfelmann e Facchini (2010)	Pessoal de saúde em Atenção primária	n=1.249 autopercepção de saúde
4	Pinto, De Menezes e Villa (2010)	Pessoal do PSF	n=190
5	Guilarde <i>et al.</i> (2010)	Pessoal de saúde em hospital universitário	n=46
6	Ezaías <i>et al.</i> (2010)	Pessoal de saúde em hospital público de média complexidade	n=160
7	Jardim <i>et al.</i> (2010)	Estudantes de medicina. Os mesmos estudantes foram reavaliados 15 anos depois, já como profissionais.	n=100 (1ª fase) n=72 (2ª fase)

2011			
1	Isosaki <i>et al.</i> (2011)	Pessoal de saúde de um hospital público	n=115
2	Machado e Machado (2011)	Profissionais de enfermagem em hospital público	n=389
3	Silva <i>et al.</i> (2011)	Pessoal de saúde em hospitais públicos	n= 14 funcionários envolvidos no registro de acidentes
4	Silva <i>et al.</i> (2011)	Pessoal de saúde de um hospital público	n= 861
5	Ferreira, De-Oliveira e Paumgartten (2011)	Pessoal de saúde – controle da malária	n= 119

7. REFERÊNCIAS

ABRAMSON, Z. H. & LEVI, O. Influenza vaccination among primary healthcare workers. *Vaccine*, 26: 2.482-2.489, 2008.

AIKEN, L. H.; CLARKE, S. P. & SLOANE, D. M. Hospital staffing, organizational support, and quality of care: Cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14, 5-13, 2002.

ALLIANCE MONDIALE POUR LES PERSONNELS DE SANTE. Organisation Mondiale de la Santé. Directives: mesures incitatives pour les professionnels de la santé. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2008.

ALMEIDA, C. A. F. & BENATTI, M. C. C. Exposições ocupacionais por fluidos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão à quimioprofilaxia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(1): 120-126, 2007.

ASSUNÇÃO, A. A. Gestão das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. Disponível em <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3195.pdf>. Acesso em: 29 mai. 2012.

BARBOSA, R. E. C.; ASSUNÇÃO, A. A. & ARAÚJO, T. M. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [no prelo].

BELLEI, N. et al. Influenza and rhinovirus infections among health-care workers. *Respirology*, 12: 100-103, 2007.

BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R. & BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl.1): 1.585-1.596, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Exposição a Materiais Biológicos. Brasília: MS, 2006.

BUSS, Z. S. & FRÖDE, T. S. Latex Allergen Sensitization and Risk Factors Due to Glove Use by Health Care Workers at Public Health Units in Florianopolis, Brazil. *Journal of Investigation Allergology and Clinical Immunology*, 17(1): 27-33, 2007.

CANGUILHELM, G. *El Conocimiento de la Vida*. Barcelona: Anagrama, 1976.

CEZAR-VAZ, M. R. et al. Risk perception in family health work: study with workers in southern Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(6): 961-967, 2009.

CHIODI, M. B. et al. Acidentes registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Ribeirão Preto, São Paulo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(2): 211-217, 2010.

CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P. & ROBAZZI, M. L. C. C. Occupational accidents involving biological material among public health workers. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4): 632-638, 2007.

CLOT, Y. *A Função Psicológica do Trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2006.

COELHO, M. C. V.; ASSUNÇÃO, A. A. & BELISÁRIO, S. A. Employment and socio-demographic characteristics: a study on the precarization in the health districts in the city of Belo Horizonte, Brazil. *Journal of Human Resources for Health*, 2009. Disponível em: <<http://www.human-resources-health.com/content/7/1/56>>. Acesso em: 23 mai. 2012

COSTA, P. A. et al. Administrative measures for preventing Mycobacterium tuberculosis infection among healthcare workers in a teaching hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of Hospital Infection*, 72(1): 57-64, 2009.

D'AVILA L. S. et al. Drug dispensing and information giving in Belo Horizonte, Brazil. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(7): 643-657, 2010.

DE MARCO, P. F. et al. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(3): 178-183, 2008.

DINELLI, M. I. S. et al. Immune status and risk perception of acquisition of vaccine preventable diseases among health care workers. *American Journal of Infection Control*, 37: 858-860, 2009.

DOLAN, L. M. & MARTIN, D. H. Backache in gynaecologists. *Occupational Medicine*, 51(7): 433-438, oct. 2001.

EZAIAS, G. M. et al. Síndrome de burnout em trabalhadores de saúde em um hospital de média complexidade. *Revista Enfermagem Uerj*, 18(4): 524-529, 2010.

FADEL, C. B. et al. Interesse e satisfação profissional de quem atua em equipes do Programa Saúde da Família no Nordeste Paulista. *Revista Mineira de Enfermagem*, 12(1): 64-70, 2008.

FERREIRA, C. P.; DE-OLIVEIRA, A.C. & PAUMGARTTEN, F.J. Serum concentrations of DDT and DDE among malaria control workers in the Amazon region. *Journal of Occupational Health*, 53(2): 115-122, 2011.

FLOR, R. C. & KIRCHHOF, A. L. C. Uma prática educativa de sensibilização quanto à exposição à radiação ionizante com profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(3): 274-278, 2006.

GARCIA, L. P. & BLANK, V. L. G. Conduitas pós-exposição ocupacional a material biológico na odontologia. *Revista de Saúde Pública*, 42(2): 279-286, 2008.

GARCIA, L. P. & FACCHINI, L. A. Exposures to blood and body fluids in Brazilian primary health care. *Occupational Medicine*, 59: 107-113, 2009?]

GARCIA, L. P. & FACCHINI, L. A. Vacinação contra a hepatite B entre trabalhadores da atenção básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(5): 1.130-1.140, 2008.

GARCIA, L. P.; HÖFELMANN, D. A. & FACCHINI, L. A. Self-rated health and working conditions among workers from primary health care centers in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(5): 971-980, 2010.

GILBERT, G. L.; KERRIDGE, I. & CHEUNG, P. Mandatory influenza immunization of health-care workers. *The Lancet Infectious Diseases*, 10: 3-5, 2010.

GUIC, S. E. et al. Estrés organizacional y salud en funcionarios de centros de atención primaria de una comuna de Santiago. *Revista Médica de Chile*, 134(4): 447-455, apr. 2006.

GUILARDE, A. O. et al. Acidentes com material biológico entre profissionais de hospital universitário em Goiânia. *Revista de Patologia Tropical*, 39(2): 131-136, 2010.

HAAS, G. G.; HENRIQUE, F. & DEMARZO, M. M. P. Condições ergonômicas em uma unidade básica de saúde recentemente informatizada de Florianópolis – SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 37(4): 27-31, 2008.

HENNINGTON, E. A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Revista de Saúde Pública*, 42(3): 555-561, 2008.

ISHARA, S.; BANDEIRA, M. & ZUARDI, A. W. Public psychiatric services: job satisfaction evaluation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1): 38-41, 2008.

ISOSAKI M. et al. Prevalência de sintomas osteomusculares entre trabalhadores de um Serviço de Nutrição Hospitalar em São Paulo, SP. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36 (124): 238-246, 2011.

JARDIM, T. S. V. et al. Fatores de risco cardiovascular em coorte de profissionais da área médica – 15 anos de evolução. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 95(3): 332-338, 2010.

JONGE J.; MULDER, M. J. G. P. & NIJHUIS, F. J. N. The incorporation of different demand concepts in the job demand-control model: effects on health care professionals. *Social Science and Medicine*, 8: 1149-1160, 1999.

KASSIM, S. et al. Tuberculin skin testing to assess the occupational risk of *Mycobacterium tuberculosis* infection among health care workers in Abidjan, Côte d'Ivoire. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 4(4): 321-326, apr. 2000.

LACAZ, F. A. C. et al. Gestão do trabalho e tecnologia na atenção básica do Sistema Único de Saúde em municípios do Estado de São Paulo. In: ASSUNÇÃO, A. A. & BRITO, J. (Orgs.). *Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

LANCMAN, S. et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 43(4): 682-688, 2009.

LIMA JÚNIOR, J.; ALCHIERI, J. C. & MAIA, E. M. C. Avaliação das condições de trabalho em Hospitais de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3): 670-676, 2009.

LOPES, A. C. S. et al. Adesão às precauções padrão pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(6): 1.387-1.396, 2008.

LOUREIRO, L. A. et al. Adesão de profissionais de enfermagem ao seguimento clínico após exposição ocupacional com material biológico. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(2): 303-308, 2009.

LUCENA, E. A. et al. Evaluation of internal exposure of nuclear medicine staff through in vivo and in vitro bioassay techniques. *Radiation Protection Dosimetry*, 127(1-4): 465-468, 2007.

MACHADO, M. R. M. & MACHADO, F. A. Acidentes com material biológico em trabalhadores de enfermagem do Hospital Geral de Palmas. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36 (124): 274-281, 2011.

MACIEL, E. L. N. et al. Tuberculose em profissionais de saúde: um novo olhar sobre um antigo problema. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(1): 83-90, 2009.

MUROFUSE, N. T. et al. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no polo regional de educação permanente em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3): 314-320, 2009.

OLIVEIRA, J. D. S. et al. Representações sociais sobre o risco ocupacional na perspectiva do trabalhador da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(1): 99-105, 2009.

OLIVEIRA, L. C. B. & CHAVES-MAIA, E. M. Saúde psíquica dos profissionais de saúde em hospitais públicos. *Revista de Saúde Pública*, 10(3): 405-413, 2008.

OLIVEIRA, S. M. V. L. et al. Prevalência da infecção tuberculosa entre profissionais de um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6): 1120-1124, 2007.

PARANÁ, R. et al. Infection with hepatitis C virus among health care workers in the Brazilian Western Amazon Region (Rio Branco, state of Acre). *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 76(1): 165-169, 2007.

PINTO, E. S. G.; DE MENEZES, R. M. P. & VILLA, T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3): 657-664, 2010.

PRADO, T. N. et al. Perfil epidemiológico dos casos notificados de tuberculose entre os profissionais de saúde no Hospital Universitário em Vitória (ES) Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(8): 607-613, 2008.

RAPPARINI, C. et al. Occupational exposures to bloodborne pathogens among healthcare workers in Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of Hospital Infection*, 65: 131-137, 2007a.

RAPPARINI, C. et al. Occupationally acquired infectious diseases among health care workers in Brazil: use of Internet tools to improve management, prevention, and surveillance. *American Journal of Infection Control*, 35: 267-270, 2007b.

REBOUÇAS, D. et al. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3):624-632, 2008. Disponível em:

REINHARDT, E. L. & FISCHER, F. M. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25(5): 411-417, 2009.

RICE, R. Is mandatory influenza vaccination for health care workers ethically permissible? *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 23(6): 56-58, 2010.

ROSS, R. S. et al. Risk of hepatitis C virus transmission from an infected gynecologist to patients: results of a 7-year retrospective investigation. *Archives of Internal Medicine*, 162: 805-810, 2002.

RUSSO, A. et al. The prevalence of musculoskeletal symptoms among British Columbia sonographers. *Applied Ergonomics*, 33(5): 385-393, sep. 2002.

SALA, A. et al. Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(10): 2.168-2.178, 2009.

SANTOS, A. M. N. et al. Diphtheria, tetanus, and varicella immunity in health care workers in neonatal units. *American Journal of Infection Control*, 36: 142-147, 2008.

SANTOS, V. C.; SOARES, C. B. & CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(Esp): 777-781, 2007.

SARQUIS, L. M. M. et al. A adesão ao protocolo de monitoramento biológico entre trabalhadores de saúde. *Ciencia Y Enfermeria*, 15(2): 107-113, 2009.

SILVA, A. I. D. et al. Acidentes com material biológico relacionados ao trabalho: análise de uma abordagem institucional. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36 (124): 265-273, 2011.

SILVA, A. T. C. & MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42(5): 921-929, 2008.

SIQUEIRA, F. C. V. et al. Atividade física em profissionais de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(9): 1.917-1.928, 2009.

SMITH, D. R.; LEGGAT, P. A. & ARAKI, S. Emerging occupational hazards among health care workers in the new millennium. *Industrial Health*, 45(5): 595-597, 2007.

SOUZA, N. V. D. O. et al. O trabalho da enfermagem e a criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. *Revista Enfermagem Uerj*, 17(3): 356-361, 2009.

STEWART, A. M. & ROSENBAUM, S. Vaccinating the health-care workforce: state law vs. institutional requirements. *Public Health Reports*, 125(4): 615-618, 2010.

TAKAYANAGI, I. J. et al. Attitudes of health care workers to influenza vaccination: why are they not vaccinated? *American Journal of Infection Control*, 35: 56-61, 2007.

TOMASI, E. et al. Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(Supl. 1): 193-201, 2008.

TRINDADE, L. L. et al. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(4): 473-479, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS/NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA (UFMG/NESCON). Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde. Belo Horizonte: UFMG, 2007. (Cadernos Série Técnica 1). Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0942.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2011.

YASSI, A. & WARSHAW, L. J. Asistencia Sanitaria: naturaleza y problemas de salud en el trabajo. In: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. 4. ed. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, 1998.

YASSI, A. et al. Vaccination of health care workers for influenza: promote safety culture not coercion. Canadian Journal of Public Health, 101(suppl.1): S41-S45, 2010.

ZAMPIERON, A. et al. European study on epidemiology and the management of HCV in the haemodialysis population: Part 1: center policy. European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association, 30: 84-90, 2004.



Roteiro para elaboração do projeto de intervenção

Oficina de Tutores. Lagoa Santa, 25-26 de maio de 2012. Texto inicial: Suzana Gomes (FAE/UFMG) e Ada Ávila (FM/UFMG).

O projeto denominado de intervenção é uma modalidade de investigação que visa fortalecer ações calcadas na participação dos sujeitos. Para isso, orienta-se buscar na prática, a problemática a ser focalizada, tendo em vista o contexto histórico e social.

O projeto de intervenção não se constitui um projeto de pesquisa acadêmica, pois o problema identificado e estudado não se origina da literatura e de marcos teóricos, como ocorre no modelo tradicional de pesquisa. O projeto de intervenção partirá da identificação de uma situação do seu local de trabalho que você almeja modificar.

Na plataforma você encontrará um modelo de formulário para entrega do projeto.

1. TÍTULO

Escolha um título sucinto, mas que permita identificar o tema do seu projeto. Pense nas demandas do seu local de trabalho e lembre-se que o foco do curso é na gestão.

No título é necessário identificar a cidade e estado de origem do projeto, mesmo que esse dado seja colocado entre parênteses no final.

2. PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

Para a apresentação do problema você precisará descrever o contexto que decidiu abordar (diagnóstico situacional). A justificativa é a parte do texto que apresentará a relevância do seu projeto. Trata-se, portanto, de um elemento importante quando você for negociar a aprovação do projeto junto aos gestores.

Para auxiliar a estruturação desse tópico escreva um texto respondendo as seguintes questões:

- Qual foi o problema observado no seu local de trabalho que você escolheu para abordar?
- Qual a importância deste projeto para o seu local de trabalho?
- Que modificações no campo de trabalho na saúde este projeto pode produzir?

Lembre-se de citar a(s) Diretriz(es) da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde que embasa(m) seu trabalho.

3. OBJETIVOS

Escolha um objetivo simples, prático e viável. Ele precisa ser claro e estar associado ao problema que você escolheu abordar. Pense em opções que possam trazer resultados úteis e esperados pelos seus colegas e outros atores do SUS.

Um objetivo expressa uma ação para atingir o problema que você elegeu. A forma mais usual de redação dos objetivos é a utilização do verbo no infinitivo. Pense na questão “o que eu pretendo fazer?” Por exemplo: construir estratégias diferenciadas para resolver/minimizar a situação de adoecimento dos trabalhadores da saúde no município de Campo Grande; elaborar um plano para ampliar a comunicação entre a chefia e os enfermeiros do Centro de Saúde de Maceió; implantar e fortalecer as reuniões da Mesa de Negociação na Regional de Santo Antônio; preparar uma mesa de negociação no hospital para discutir como melhorar a ação da CIPA, preparar um plano para reversão das contratações temporárias na secretaria municipal de Ribeirinha.

4. PLANO DE AÇÃO

Nesse tópico você deverá apresentar um plano que destaque as atividades necessárias para a concretização do seu projeto, quando devem ser executadas, por quem, quais recursos serão necessários, quanto custará e em que sequência serão executadas no projeto.

Ou seja, você precisará responder algumas questões, como:

- Em que local o projeto será desenvolvido?
- Com quem ou para quem serão voltadas as ações?
- Quais são os papéis dos atores envolvidos nesse projeto?
- Que informações são necessárias?
- Como você vai coletá-las?
- Quais são os recursos necessários?
- Qual é a fonte dos recursos?

Responda essas questões em forma de um texto (simples, direto e claro) que descreva o caminho metodológico utilizado por você no projeto, ou seja, indique o percurso que pretende seguir para realizar seu objetivo.

5. CRONOGRAMA

O cronograma é uma linha de tempo do projeto que mostra quando cada atividade ou tarefa deve acontecer. A forma mais usual de cronograma de atividades é um quadro com a listagem de atividades acompanhada por sua distribuição no tempo.

O Anexo 1 apresenta um exemplo de cronograma. Com base nesse modelo crie o seu cronograma de trabalho.

6. INVESTIMENTO

No tópico “Plano de Ação” você deve citar de forma sucinta a estimativa dos recursos necessários e a fonte desses recursos. Já no presente tópico você precisará informar detalhadamente, em forma de quadro, quais serão os custos do projeto.

De modo geral, os seguintes recursos são necessários em um projeto: pessoas, equipamentos, instalações, materiais e suprimentos, etc. Os recursos de um projeto podem ser agrupados em três categorias: material permanente (bens, equipamentos, instalações, etc.); material de consumo (materiais, suprimentos, etc) e serviços (consultoria, serviços especializados, etc.). Pense nos prazos e faça uma planilha completa para que seu projeto possa entrar na previsão orçamentária da sua unidade de trabalho, Secretaria, Hospital, Cerest e/ou outros órgãos do seu município.

O Anexo 2 apresenta um exemplo de previsão orçamentária. Com base nesse modelo faça a previsão de custo para o seu projeto.

7. AVALIAÇÃO

Avaliação é o processo de análise e interpretação objetiva do resultado do seu projeto. Ou seja, como você pretende comprovar que seu projeto foi eficaz.

Para avaliar é necessário estabelecer indicadores qualitativos e/ou quantitativos que serão úteis para aferir as mudanças e objetivos do projeto em termos de quantidade, qualidade e tempo. Exemplo de indicadores: número (absoluto e relativo) de TS beneficiados, número (absoluto e relativo) de ações voltadas para saúde do TS no Plano Anual de Saúde 2013.

Os resultados do processo avaliativo não somente servirão para aferir se o objetivo foi alcançado como servirão como instrumento fundamental na elaboração de etapas futuras.

8. REFERÊNCIAS

Toda vez que você citar, transcrever ou mencionar as ideias de um autor que você buscou no Cegest ou em outra fonte, anote a indicação bibliográfica da obra para ser registrada nesse tópico.

9. FORMATAÇÃO

- Papel tamanho A4.
- Fonte do corpo: Arial 12.
- Alinhamento dos parágrafos: Justificado.
- Espaço entre linhas: 1,5.
- Margens: 2,5cm.
- Numeração das páginas: alto da página à direita (não numerar a 1ª página).
- Máximo de cinco páginas, além da capa.

ANEXO 1
Cronograma

2014	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Ações												
Decidir data e local	X											
Reservar local	X											
Reserva de data show e notebook	X											
Preparar pauta e cronograma da reunião	X											
Confeccionar e enviar convites		X										
Preparar slides		X										
Preparar apostilas			X									
Solicitar lanche			X									
Realização do evento				X								
Avaliação do evento				X								
Elaboração relatório final					X							
Devolutiva para gestores					X							

ANEXO 2

INVESTIMENTO (12 meses)		
Especificação	Valor Unitário	Valor Total
Material Permanente		
Computador	R\$2.500,00	R\$ 2.500,00
Datashow	R\$2.000,00	R\$ 2.000,00
Tela para projeção (com tripé)	R\$ 450,00	R\$ 450,00
2 Microfones de lapela	R\$ 250,00	R\$ 500,00
120 cadeiras	R\$ 24,00	R\$ 2.880,00
Impressora	R\$ 500,00	R\$ 500,00
Total		R\$ 8.830,00
Material de Consumo		
Papel A4 (01 pacote 500 folhas)	R\$18,00	R\$20,00
Cartuchos (01 unidade)	R\$75,00	R\$75,00
120 canetas	R\$ 120,00	R\$ 120,00
Total		R\$ 215,00
Total Geral: R\$ 9.045,00		

