

SÉRIE NESCON DE INFORMES TÉCNICOS Nº 1

# CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE



**NESCON**  
núcleo de educação em saúde coletiva  
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

BELO HORIZONTE  
2007



SÉRIE NESCON DE INFORMES TÉCNICOS  
Nº 1

**CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE  
DOS TRABALHADORES DA SAÚDE**

**NESCON**  
núcleo de educação em saúde coletiva  
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

BELO HORIZONTE  
2007

CONDIÇÕES DE TRABALHO E SAÚDE  
DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

SÉRIE NESCON DE INFORMES TÉCNICOS - Nº 1



**Universidade Federal de Minas Gerais**

Reitor: Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora: Profa. Heloísa Maria Murgel Starling



**Faculdade de Medicina**

Diretor: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

**NESCON**

núcleo de educação em saúde coletiva  
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

Coordenador: Francisco Eduardo Campos

Vice-Coodenador: Edison José Corrêa

**APOIO:**

**ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA  
DE SAÚDE - OPAS**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE -  
MS - Brasil**





## FICHA TÉCNICA

Copyright © 2007 - Nescon - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva  
Será permitida a reprodução, total ou parcial, deste documento, desde que citada a fonte.

**Serie Nescon de Informes Técnicos N° 1 - Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde - Relatório da Oficina, Ouro Preto, Brasil, 22-27 janeiro de 2006**

- **Coordenação da Oficina:**  
Soraya Almeida Belisario (NESCON/UFMG-Brasil)  
Ada Ávila Assunção (NESCON/UFMG-Brasil)
- **Coordenação técnica:**  
Mariana Lélis (NESCON/UFMG-Brasil)  
Giovanni Campos Fonseca (NESCON/UFMG - Brasil)
- **Projeto gráfico (layout, editoração e ilustrações):**  
Verônica Neves Cavalieri
- **Edição, produção gráfica e impressão:**  
CGB Artes Gráficas Ltda.
- **Revisão**  
Zirlene Lemos

### **Nescon**

#### **Faculdade de Medicina / UFMG**

Rua Professor Alfredo Balena, 190 - 7ª Andar - CEP: 30130-100

Tel. (31) 3248-9673 - Fax: (31) 3248-9675

E-mail: nescon@medicina.ufmg.br - www.medicina.ufmg.br/nescon

Catálogo na fonte

C745 Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde / organizado por  
Ada Ávila Assunção e Soraya Almeida Belisário. -- Belo Horizonte:  
Nescon - Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2007.  
40p.: il. color; 21 x 25cm. (Serie Nescon de Informes Técnicos; n.1)

Relatório da Oficina, Ouro Preto, Brasil, 22-27 janeiro de 2006  
ISBN: 978-85-60914-00-5

1. Saúde do Trabalhador. 2. Medicina do Trabalho. 3. Recursos Humanos em Saúde. 4. Nível de Saúde. I. Assunção, Ada Ávila. II. Belisário, Soraya Almeida. III. Série.

NLM: WA 400  
CDU: 616.9803



## SUMÁRIO

---

■ APRESENTAÇÃO	8
■ 1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Por que a saúde dos trabalhadores configura-se um campo de ação das Nações Unidas?	10
1.2 Por que as condições de saúde e trabalho no setor saúde configuram-se alvo das ações da OPS?	11
■ 2 ANTECEDENTES	15
■ 3 MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO	18
3.1 Trabalhador da saúde	18
3.2 Condições de trabalho em saúde	18
■ 4 SITUAÇÃO ATUAL	22
4.1 As forças contraditórias das reformas setoriais	22
4.2 Precarização e precariedade do trabalho e do emprego em saúde	23
4.3 A situação institucional	24
■ 5 PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA DESENVOLVER O PLANO DE TRABALHO	29
■ 6 PLANO DE TRABALHO	30
Anexo 1 Agenda da Oficina	35
Anexo 2 Lista de Participantes	40



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 I.



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

## 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 trabalho<sup>1</sup>.

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 seqüelas 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 serviços<sup>2</sup>.

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 conseqüências 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 ocupa-

1 - European Agency for Safety and Health at Work. Expert forecast on emergind 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.

cional 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.

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.

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

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 Assembléias 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 médicos<sup>3</sup>.

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 pediátricas<sup>4</sup>. 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 produzem<sup>5</sup>, estão em curso investigações sobre as vivências objetivas e 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)<sup>6</sup>.

Além da flexibilização da gestão do trabalho, as relações de emprego no setor saúde

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.

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.

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<sup>7,8,9</sup>.

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 de violência no âmbito da atenção à saúde, destacando-se os efeitos negativos desses eventos sobre as vidas profissionais e pessoais dos trabalhadores<sup>10</sup>.

Em publicação recente<sup>11</sup>, 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 es-

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.

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](http://www.icn.ch/guide_violencesp.pdf).*

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.

tabelecimentos (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 I

### 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.



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 Unidas<sup>12</sup>. 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 idéia de uma Década de Recursos Humanos em Saúde.

As iniciativas da OPAS, em sua larga história no campo dos recursos humanos, promovem uma cooperação interpaises, 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 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 outros objetivos, estabelecidos a partir da década de 1990, intro-

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

duzir novas formas de gestão do trabalho fundadas no incentivo à produtividade e à qualidade<sup>13</sup>, 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.

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

têm reconhecido que o trabalho é a melhor via para vincular a atividade econômica à melhor qualidade de vida dos cidadãos<sup>14</sup>.

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/OPS<sup>15</sup>, 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 sustentável<sup>16</sup>.

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 saúde<sup>17</sup>.

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 desenvolvimento<sup>18</sup>.

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 ser-

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 - OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Representación de Colombia. 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.

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.

18 - *Ibidem*.

viços 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.

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 emi-

gram 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 reais.

#### 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 fize-

ram 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. 9) 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 Alves<sup>19</sup>, seguidas das alterações que elas provocam nas atividades de trabalho em si (Quadro 3)<sup>20</sup> 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 organi-

zacionais e a estrutura existentes são elementos essenciais na conformação da situação de atendimento<sup>21</sup>.

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.

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

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 segundo, 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”<sup>22</sup>. 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

### 4.1 - 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, em-

prego 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<sup>25,26</sup> quando 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.

25 - 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.

26 - 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.

## 4.2 - 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 mutações 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 para a outra, atingindo diferentes ní-

veis, 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.

O emprego, no bojo da reestruturação produtiva, transforma-se em emprego precário, ou seja, estabelece-se um con-

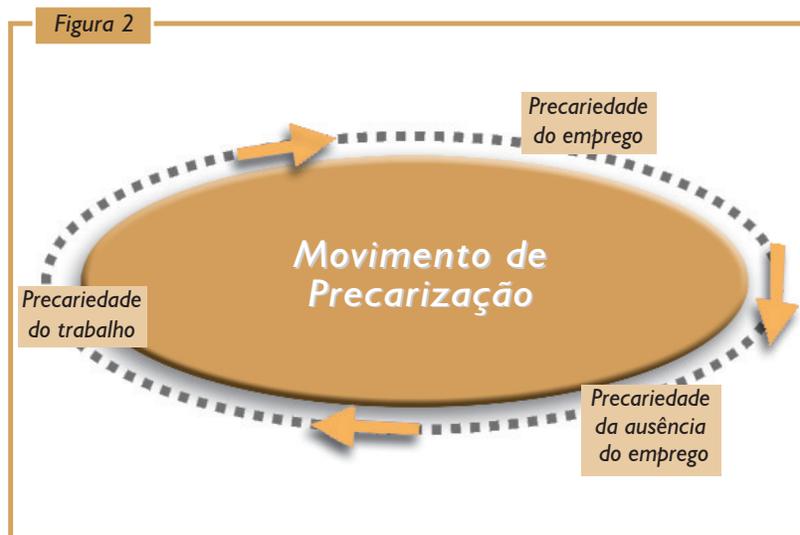


Figura 2 - Esquema ilustrativo do movimento precarização e os seus dois pólos: a precariedade do trabalho e a precariedade do emprego. (Extraído de Assunção & Belisário, 2005)<sup>27</sup>

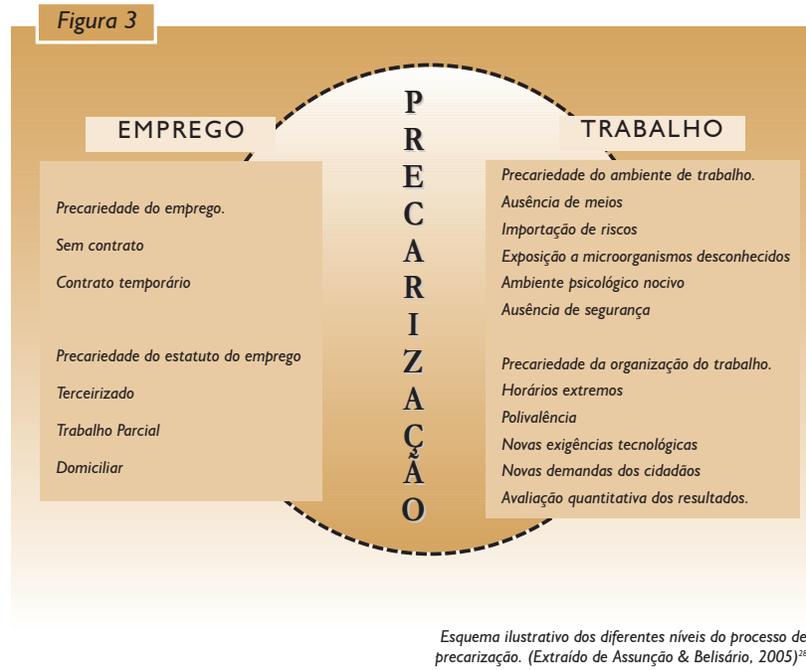
27 - ASSUNÇÃO, A.A.; BELISÁRIO, S.A. (2005). Precariedade e precarização do trabalho no setor saúde. Projeto de criação do Grupo de Estudos em Gestão do Trabalho e Formação em Saúde. Faculdade de Medicina. UFMG, Belo Horizonte

tinuum 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).

A proliferação dos contratos informais e o não pagamento dos encargos sociais pelos empregadores da saúde intensificam-se com a desregulamentação, literalmente com-



preendida 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.

28 - *Ibidem* (*Ibidem*.)

### 4.3 - 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 o perfil de saúde dos trabalhadores no setor saúde, à semelhança do que 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 nenhu-

ma 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, dis-



TRABALHADOR DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA



TRABALHADORA NO ACOLHIMENTO DE UMA UBS

túrbios mentais associados à natureza das tarefas no setor – com ênfase nas vivências de violência.

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.

A ausência de integração entre os níveis locais e centrais dos sistemas de saúde dificulta

#### 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 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 categoriza-

ção 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 con-

dições 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 a 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 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE



FARMÁCIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM BELO HORIZONTE



## 5- PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA DESENVOLVER O PLANO DE TRABALHO

---

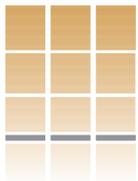
- Os recursos humanos são a base do sistema de saúde.
- O trabalho em saúde é prestação de um serviço público e requer responsabilidade social.
- Os trabalhadores da saúde são protagonistas de seu próprio desenvolvimento.
- A problemática e o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde são um interesse primordial dos cidadãos, que têm o direito de participar da produção e do desenvolvimento das políticas nesse campo.
- O tema condições de saúde dos trabalhadores da saúde é um tema relevante para a década de recursos humanos em saúde.
- A análise da problemática e de uma ação negociada e sinérgica com os países e com os organismos de cooperação para o desenvolvimento de planos decenais de recursos humanos deve incluir a saúde e a segurança dos trabalhadores da saúde.
- A mobilização do interesse e dos recursos é fundamental para a sustentação dos processos de gestão de RH e saúde e segurança dos trabalhadores da saúde.
- O aprimoramento das competências dos gestores de saúde para o manejo no campo saúde dos trabalhadores da saúde faz parte do processo.
- A aplicação efetiva de um enfoque multidisciplinar e intersetorial mediante a aliança estratégica (saúde/trabalho/educação/ambiente) adotada na IV Cúpula das Américas, constitui-se em estratégia para o Plano.
- O apoio para o desenvolvimento e intercâmbio das experiências na geração de mecanismos de financiamento visa à despreciação e à melhoria das condições de trabalho em saúde, na perspectiva da produtividade e qualidade dos serviços de saúde.

ÁREAS DE INTERVENÇÃO	ATIVIDADES ESSENCIAIS	ATIVIDADES ESPECÍFICAS	PRAZO	RECURSOS/CUSTOS
Apoiar o desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais para a melhoria das condições de saúde e trabalho dos trabalhadores da área de saúde.	Geração de espaços de acordo	■ Preparação de um documento com orientações e princípios (documentos de posicionamento) para iniciar processos de acordo de ações nos âmbitos nacional e regional (foros, oficinas, espaços de coordenação nacional e entre países).	Abril 2006	OPS/OMS NESCON SGTES
		■ Preparação de materiais para sensibilizar agentes diversos sobre o tema da situação de saúde dos trabalhadores e sua relação com a qualidade dos serviços. Inclui a identificação de agentes nos âmbitos nacional e regional que se dedicam à saúde e ao trabalho.	Abril/Dezembro 2006	OPS/OMS NESCON SGTES
	Elaboração de documentos de posicionamento	■ Foro conjunto Saúde e Trabalho (SGT 10 e 11) no âmbito do MERCOSUL.	Junho 2006	OPS/OMS SGTES Países da Região
		■ Oficina para a definição e a elaboração de uma cartilha de trabalho inaceitável em saúde.	Julho 2006	OPS/OMS Países da Região
	■ Reuniões regionais e nacionais de análise de situação e tomada de decisões (colocar tema em espaços regionais de coordenação inter-agencial, incluída a Reunião do Observatório a ser realizada em Lima, Peru, em outubro).	Abril 2006 maio 2007	OPS/OMS SGTES Países da Região	
	■ Preparar documentos regionais e nacionais de análise de situação e propostas de ações.	Abril 2006 maio 2007	OPS/OMS	
	■ Elaboração de um capítulo sobre condições de saúde dos trabalhadores da área de saúde nos observatórios nacionais de recursos humanos em saúde.	Abril 2006 Dezembro 2007	SGTES Países da Região OPS/OMS NESCON Países da Região	
	■ Apoio à formulação de políticas nacionais e regionais para a abordagem de problemáticas específicas sobre condições de saúde dos trabalhadores da área de saúde.	Abril 2006 Dezembro 2007	OPS/OMS NESCON Países da Região	

ÁREAS DE INTERVENÇÃO	ATIVIDADES ESSENCIAIS	ATIVIDADES ESPECÍFICAS	PRAZO	RECURSOS/CUSTOS
Analisar e fortalecer as capacidades institucionais para a abordagem da situação de trabalho e saúde dos TS.	Elaboração de regulamentos, normas e procedimentos.	■ Análise dos conteúdos existentes nos currículos das profissões prioritárias de saúde, do tema da saúde dos trabalhadores da área de saúde.	Abril 2006 Dezembro 2007	OPS/OMS NESCON Países da Região
		■ Advocacia para a contratação de profissionais especializados no tema de saúde dos trabalhadores.	Abril 2006 Dezembro 2007	OPS/OMS
	Capacitação	■ Desenvolvimento de diretrizes (normas, guias e orientações) para o estabelecimento de processos de trabalho na área de saúde.	Abril 2006 Dezembro 2007	OPS/OMS NESCON Países da Região
		■ Estabelecimento de processos de controle da qualidade das condições de saúde e trabalho dos trabalhadores da área de saúde (criar espaços para analisar e modificar os marcos reguladores existentes).	Abril 2006 Dezembro 2007	OPS/OMS NESCON Países da Região
		■ Criar e utilizar instrumentos para a criação de ambientes saudáveis de trabalho.	Abril 2006 Dezembro 2007	OPS/OMS NESCON Países da Região
		■ Capacitação, com materiais educativos existentes, a gestores e trabalhadores do Setor de Saúde.	Abril 2006 Dezembro 2007	OPS/OMS NESCON Países da Região

ÁREAS DE INTERVENÇÃO	ATIVIDADES ESSENCIAIS	ATIVIDADES ESPECÍFICAS	PRAZO	RECURSOS/CUSTOS
Analisar os determinantes da situação de trabalho e saúde dos TS.	Elaboração de protocolos e pesquisas multicêntricas.	■ Criação de um grupo técnico de conceitualização (com profissionais de diferentes níveis, incluindo acadêmicos, serviços e gestores) para definição das dimensões, categorias, indicadores das CST e da qualidade e satisfação do atendimento em saúde.	Abril/ Dezembro 2006	OPS/OMS NESCON SGTES Países da Região
		■ Ampliação/geração de um conjunto de dados básicos e indicadores, a partir do realizado com o Observatório de RRHH.	Abril 2006 Dezembro 2007	OPS/OMS NESCON SGTES Países da Região
	□ Fazer um inventário em cada país dos dados existentes no tema de saúde dos trabalhadores, para depois propor alguns indicadores comuns, regionais.			
	□ Definir o propósito da coleta de informação e o processo de utilização e tomada de decisões com tal informação.			
	□ A partir da informação existente, sistematizar um conjunto de dados básicos comuns.			
	□ A partir da informação existente, gerar indicadores da situação saúde dos/as trabalhadores/as.			
	■ Análise de estudos existentes relevantes e indicadores utilizados.	Abril 2006 Dezembro 2007	OPS/OMS NESCON SGTES Países da Região	
	■ Incentivos a estudos aprofundados (multicêntricos) tomando como base o Manual de Saúde dos Trabalhadores da Saúde.	Abril 2006 Dezembro 2007	OPS/OMS NESCON SGTES Países da Região	
■ Incentivos à criação de espaços virtuais para a troca de informação e experiências (foros virtuais, biblioteca virtual, vídeo conferências, Rede de Saúde dos Trabalhadores).	Abril 2006 Dezembro 2007	OPS/OMS NESCON Países da Região		

ÁREAS DE INTERVENÇÃO	ATIVIDADES ESSENCIAIS	ATIVIDADES ESPECÍFICAS	PRAZO	RECURSOS/CUSTOS
Gerar indicadores para monitoramento e avaliação da situação de trabalho e saúde dos TS.	Configuração de redes.	■ Desenvolvimento de uma estratégia permanente de análise da situação e da implementação do Plano, nos diferentes âmbitos para a tomada de decisões, para realizar os ajustes necessários.	Abril 2006 Dezembro 2007	OPS/OMS NESCON SGTES Países da Região
		■ Realização de oficinas de avaliação dos resultados e definição de novas ações.	Abril 2006 Dezembro 2007	OPS/OMS NESCON SGTES Países da Região
	Troca de experiências e boas práticas no âmbito nacional e regional	<input type="checkbox"/> Nacionais <input type="checkbox"/> Regionais  ■ Troca de experiências sobre monitoramento e avaliação entre países.	Abril 2006 Dezembro 2007	OPS/OMS NESCON SGTES Países da Região



## ABREVIATURAS

SÉRIE NESCON DE INFORMES TÉCNICOS - Nº 1

**CGVAM** - Coordenação Geral de Vigilância Ambiental em Saúde

**DEGERTS** - Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde

**HC** - Health Canada

**MS** - Ministério da Saúde

**MT** - Ministério do Trabalho

**NESCON** - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva

**OEA** - Organização dos Estados Americanos

**OIT** - Organização Internacional do Trabalho

**CST** - Condições de Saúde do Trabalho

**OMS** - Organización Mundial de la Salud

**OPS** - Organización Panamericana de la Salud

**PNH** - Política Nacional de Humanização

**PMOP** - Prefeitura Municipal de Ouro Preto

**SGTES** - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

**SMSOP** - Secretaria Municipal da Saúde de Ouro Preto - Brasil

**UCR** - Universidade da Costa Rica

**UFMG** - Universidade Federal de Minas Gerais

**UFRJ** - Universidade Federal do Rio de Janeiro



Domingo 22/1/06 20h	<p><b>Abertura</b></p> <p>Ângelo Oswaldo de Araújo Santos (PMOP - Brasil)  Ariosvaldo Figueiredo Santos (SMSOP - Brasil)  Francisco Campos (SGTES/MS - Brasil)  José Saraiva Felipe (MS - Brasil)  Luiz Galvão (OPS - Estados Unidos)  Ronaldo Pena (Reitoria/UFMG - Brasil)  Soraya Almeida Belisário (NESCON/UFMG - Brasil)</p>
21h	Coctel
Lunes 23/1/06	<p><b>Propuesta de Marco Conceptual y análisis de situación de la información y capacidades institucionales.</b></p>
9h	<p><b>Antecedentes y Objetivos del Taller</b>  Pedro Brito (OPS - Estados Unidos)</p>
9h30	<p><b>Presentación de propuesta de marco conceptual y operativo del abordaje de la problemática de la Salud de los Trabajadores de la Salud</b></p> <p>Ada Ávila Assunção (NESCON/UFMG - Brasil)</p> <p>Comentaristas  Francisco Campos (SGTES/MS - Brasil)  Luiz Galvão (OPS - Estados Unidos)  Charles Godue (OPS - Estados Unidos)  Gerry Eijkemans (OMS - Suíça)  Maria Helena Machado (MS - Brasil)</p>
11h	Café
11h30	Debate
12h30	Almuerzo

Lunes 23/1/06	
14h	Trabajo de grupo Análisis de situación de la información y las capacidades institucionales (Guía de trabajo 1)
16h	Café
16h30	Presentación de grupos Relatoristas: José Manuel Valverde Rojas (UCR - Costa Rica) - Grupo 1 Emilio Ramirez (MS - Chile) - Grupo 2
18h	Cierre de los trabajos
Martes 24/1/06	Tema 2 - Día Mundial de la Salud Y Foro sobre Trabajo Decente en Salud
9h	El llamado a la acción para una década de recursos humanos y su desarrollo desde la perspectiva de las condiciones de salud de los trabajadores de la salud.  Charles Godue (OPS - Estados Unidos)
9h30	Análisis de antecedentes y objetivos de la actividad sobre Condiciones de Salud de los Trabajadores de la Salud en el contexto del Día Mundial de la Salud, Semana Panamericana de la Salud.  Charles Godue (OPS - Estados Unidos) Luiz Galvão (OPS - Estados Unidos) Carlos Rosales (OPS - Estados Unidos)
10h30	Café
11h	Debate
12h30	Reunión de la Coordinación
13h	Almuerzo

---

<b>Martes</b> <b>24/1/06</b>	<b>14h</b>	<b>Análisis de antecedentes y objetivos de Foro sobre Trabajo Decente (OPS/OIT/Ministerios de Salud y Trabajo) en el contexto del Día Mundial de la Salud, Semana Panamericana de la Salud.</b>
		<b>Marta Novick (MT - Argentina)</b>
	<b>16h</b>	<b>Café</b>
	<b>16h30</b>	<b>Situación de Salud de los Trabajadores de la Salud: La experiencia Canadiense (parte I)</b>
		<b>Sandra MacDonalds Rencs (HC - Canadá)</b>
	<b>18h</b>	<b>Cierre de los trabajos</b>

---

Miércoles 25/1/06

Tema 3 - Fortalecimiento Institucional, Cooperación  
Técnica y Indicadores en CST/Salud

9h	<p>Situación de Salud de los Trabajadores de la Salud: La experiencia Canadiense (parte II)</p> <p>Sandra MacDonalds Rencs (HC - Canadá)</p>
10h30	Café
11h	<p>Trabajo de grupo Presentación de la propuesta de trabajo para el desarrollo de las actividades (Guía de trabajo 2)</p> <p>Carlos Rosales (OPS - Estados Unidos)</p>
12h30	Almuerzo
14h	Desarrollo de los trabajos de grupo
18h	Cierre de los trabajos

Jueves 26/1/06	Tema 4 - Operacionalización de las actividades y Recolección de información
9h	<p>Presentación de grupos</p> <p>Relatoristas:</p> <p>José Manuel Valverde Rojas (UCR - Costa Rica) - Grupo 1</p> <p>Diego González Machín (OPS - Brasil) - Grupo 2</p>
10h30	Café
11h	<p>Síntesis de los trabajos del taller</p> <p>Carlos Rosales (OPS - Estados Unidos)</p> <p>Charles Godue (OPS - Estados Unidos)</p>
12h30	Almuerzo
17h	Reunión de la Coordinación
18h	Cierre de los trabajos



## PARTICIPANTES

SÉRIE NESCON DE INFORMES TÉCNICOS - Nº 1

**Ada Ávila Assunção** (NESCON/UFMG - Brasil)  
**Anamaria Testa Tambellini** (UFRJ/CGVAM/MS - Brasil)  
**Carlos Rosales** (OPS - Estados Unidos)  
**Charles Godue** (OPS - Estados Unidos)  
**Ciro Echegaray** (MS - Peru)  
**Cristina Boaretto** (MS - Brasil)  
**Diego González Machín** (OPS - Brasil)  
**Emilio Ramirez** (MS - Chile)  
**Francisco Campos** (SGTES/MS - Brasil)  
**Gerry Eijkemans** (OMS - Suíça)  
**Henrique A. Vitalino** (DEGERTS/MS - Brasil)  
**José Manuel Valverde Rojís** (UCR - Costa Rica)  
**José Paranaguá de Santana** (OPS - Brasil)  
**José Saraiva Felipe** (MS - Brasil)  
**Luiz Galvão** (OPS - Estados Unidos)  
**Maria Helena Machado** (MS - Brasil)  
**Marta Novick** (MT - Argentina)  
**Pedro Brito** (OPS - Estados Unidos)  
**Ricardo Augusto Alves de Carvalho** (NESTH/UFMG - Brasil)  
**Sandra MacDonalds Rencs** (HC - Canadá)  
**Serafim Barbosa Santos Filho** (PNH/MS - Brasil)  
**Soraya Almeida Belisário** (NESCON/UFMG - Brasil)  
**Valéria Cristina Aguiar** (MS - Brasil)  
**Zaíra G. A. Botelho** (DEGERTS/SGTES/MS - Brasil)



9 788560 914005