



diálogo sobre políticas
para resiliência e bem-estar
dos profissionais de saúde

2ª edição

Relatório Final

OUTUBRO/2024

REALIZAÇÃO



APOIO

J&J
Foundation



diálogo sobre
políticas para
resiliência e
bem-estar dos
profissionais
de saúde
2ª edição

REALIZAÇÃO



APOIO



ficha técnica

Realização

Synergos

Silvia Morais, Diretora para a América Latina

Daniela Weiers, Gerente de Operações do Synergos Brasil

Daniel Domagala, Consultor

FGVsaúde

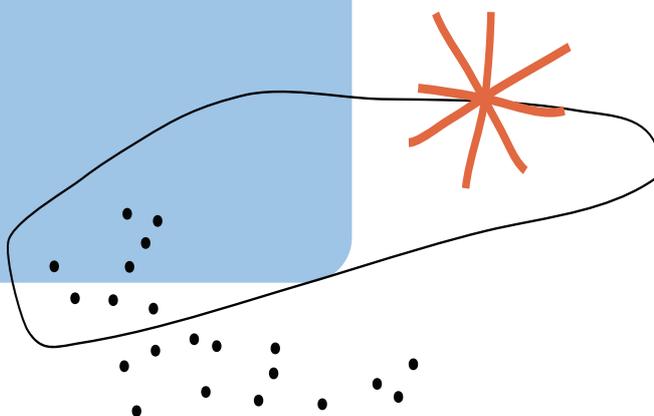
Ana Maria Malik, Comitê Assessor

Alberto Ogata, Comitê Assessor

Projeto gráfico

Marina Castilho

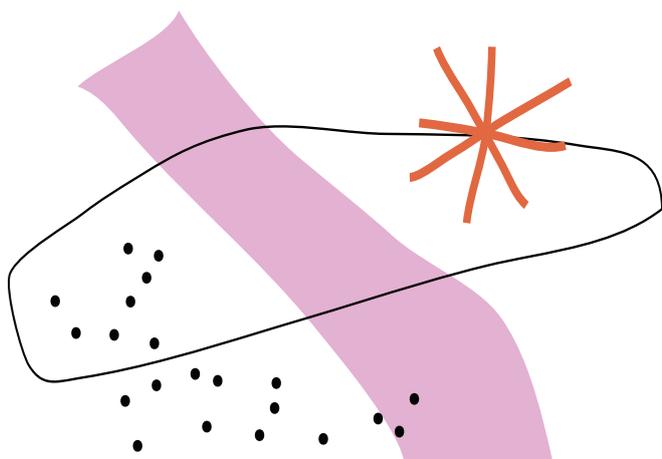
SETEMBRO/2024





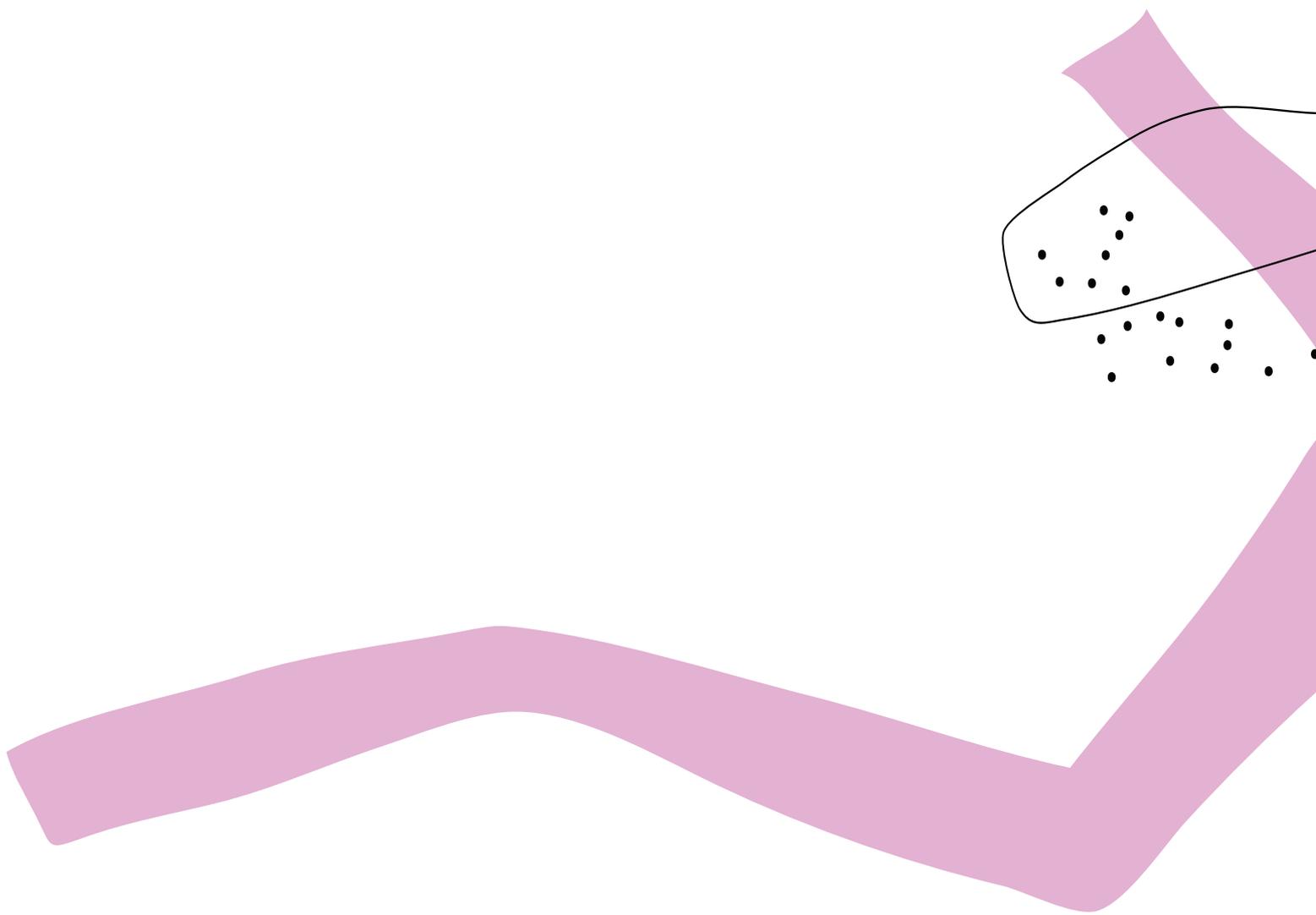
diálogo sobre políticas
para resiliência e bem-estar
dos profissionais de saúde

2ª edição



sumário

09	Apresentação
10	Agradecimentos
13	Visão sistêmica e ação colaborativa
21	Desafios e Políticas para Resiliência dos Profissionais da Linha de Frente da Saúde
35	Gestão de pessoas e o seu impacto na saúde e bem-estar dos trabalhadores
57	Diversidade, equidade e inclusão na saúde: desafios e horizontes
71	Discriminações e assédio no trabalho: as várias formas de violência
101	Impactos das Mudanças Climáticas em Profissionais e Sistemas de Saúde



apresentação

Em setembro de 2024, o Synergos e a FGVsaúde reuniram um grupo de 21 organizações representativas do setor de saúde para um diálogo sobre quatro temas a partir da leitura de ensaios acadêmicos encomendados especialmente para o evento.

Este relatório une a experiência e visão deste grupo multissetorial ao conhecimento acadêmico sobre políticas e práticas para promoção da resiliência e bem-estar dos profissionais de saúde.

Os dois primeiros ensaios apresentam uma análise do diálogo multissetorial sobre as oportunidades de colaboração, os desafios e potenciais contribuições dos diferentes atores do sistema de saúde.

A seguir, apresentamos os quatro ensaios originais que foram utilizados como referência para este diálogo. Estes ensaios abordam temas cruciais que impactam diretamente a vida e o trabalho dos profissionais de saúde e apontam abordagens práticas para os gestores de todos os níveis do sistema de saúde nacional.

agradecimentos

Nossos sinceros agradecimentos aos 28 participantes do encontro do grupo multissetorial que contribuíram com grande dedicação e de forma voluntária para a reflexão e diálogo sobre desafios e oportunidades de contribuição de cada ator do sistema de saúde para o avanço das agendas propostas.

AMANDA PATRÍCIA LIMA SOUZA PENHA, HCor – Associação Beneficente Síria

ANA PAULA GUARNIERI, COREN-SP – Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

ANDREIA KEYLA CARVALHO FERREIRA DA SILVA, CBEXS – Colégio Brasileiro de Executivos em Saúde

BEATRIZ ALMEIDA, IEPS – Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

CAMILA BENVENUTO, IPADS – Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social

CASSIO IDE, ABRAMGE – Associação Brasileira de Planos de Saúde

CHRISTIANNE CARDOSO ANICET LEITE, CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

DALTON TRIA CUSCIANO, Fundacentro – Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho

ELIZABETH MENDES, CBEXS – Colégio Brasileiro de Executivos em Saúde

ÉRICA BOWES, SGTES/MS – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde

FABIANA MUSSATO, Umane

FERNANDA PUOCI VOGEL RIBEIRO, Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

FERNANDO DA SILVA FARACO, IHI – Institute for Healthcare Improvement

HÉLIO MARTINS, CONACS – Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias

ILDA ANGÉLICA CORREIA, CONACS – Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias

JOSÉ EULER BARBOSA, CONACS – Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias



KENNY PAOLO RAMPONI, COREN-SP –
Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

LIZZIANE SANTOS LOBO, EBSEH –
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

MARCELO KIMATI DIAS, Fundacentro –
Fundação Jorge Duprat Figueiredo de
Segurança e Medicina do Trabalho

MARIA ALICE SACCANI SCARDOELLI,
CREMESP – Conselho Regional de Medicina
do Estado de São Paulo

MARIA IZABEL TORO, RDsaúde

MARIO BONCIANI, SinSaúdeSP –
Sindicato dos Empregados em
Estabelecimentos de Serviços de Saúde do
Estado de São Paulo

PATRÍCIA ASFORA LEME, Unicamp –
Universidade Estadual de Campinas

Nosso agradecimento especial à professora Gabriela Lotta pela sistematização dos diálogos do grupo multissetorial e à co-facilitadora Daniela Saraiva pelo apoio na condução do diálogo com o grupo multissetorial e registro das discussões. Agradecemos também aos pesquisadores Vanessa Cepellos, Marcelo Ferretti, Roberto Heloani e Evangelina Araújo pela profundidade e qualidade dos ensaios apresentados.



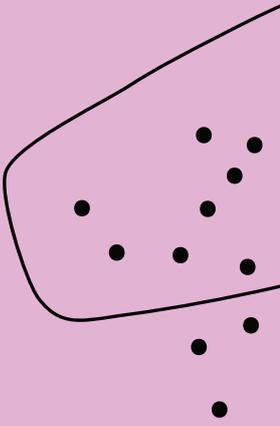
PAULO SÉRGIO DE OLIVEIRA,
SinSaúdeSP – Sindicato dos Empregados em
Estabelecimentos de Serviços de Saúde do
Estado de São Paulo

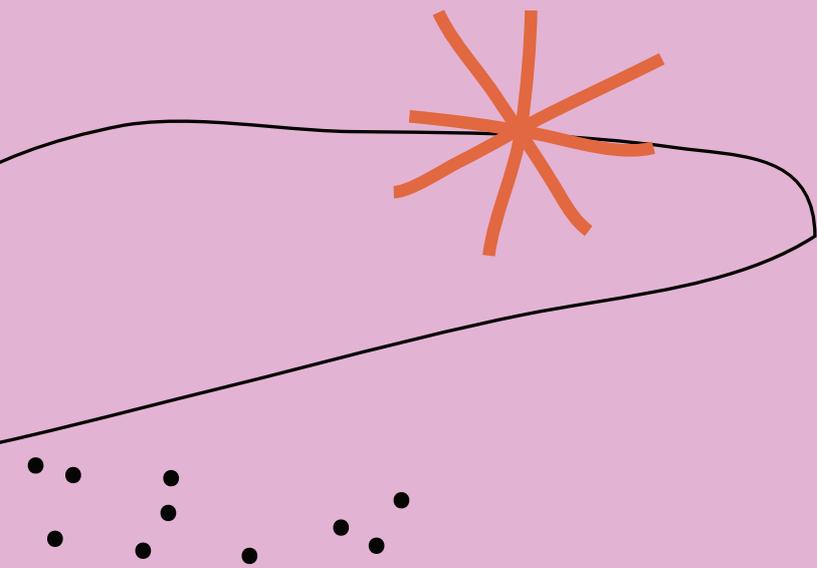
PRISCILA SURITA SAMPAIO, Hospital
Israelita Albert Einstein

SANDRA SIQUEIRA LIMA, Secretaria
Estadual da Saúde de São Paulo,
representando também o CONASS –
Conselho Nacional de Secretários de Saúde

VICTÓRIA PAULO MENIN, Instituto
Veredas

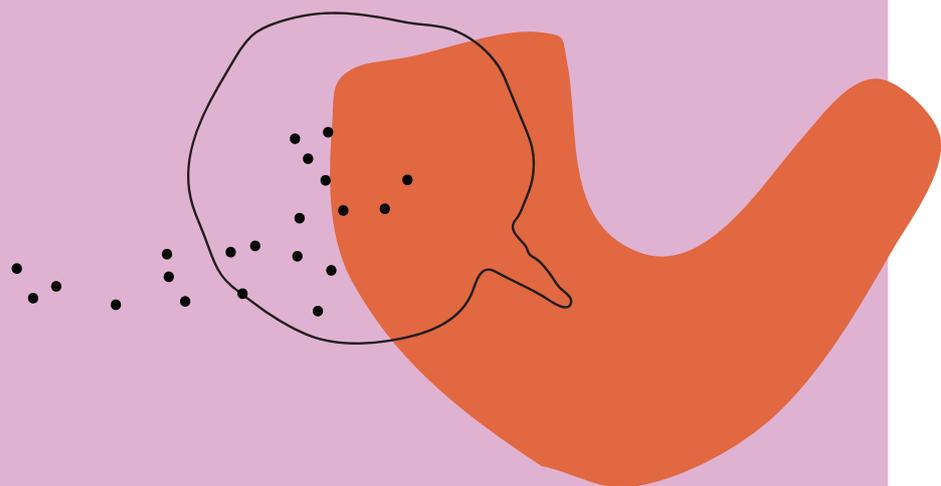
VIVIANE DE JESUS FORTE,
Departamento de Segurança e Saúde no
Trabalho do Ministério do Trabalho





visão sistêmica e ação colaborativa

Silvia Morais



Esta publicação é uma evolução do primeiro diálogo multissetorial realizado em 2023, no qual, inspirados pela visão sistêmica, um grupo de 22 organizações construiu um conjunto de 34 recomendações para inspirar o setor de saúde a desenvolver ações que contribuam para ambientes de trabalho saudáveis, promovendo o bem-estar e a resiliência de seus profissionais.

O sistema de saúde brasileiro, conforme a Constituição, é responsável pela saúde de mais de 200 milhões de brasileiros. Sua atuação não se limita à prestação de serviços de saúde e ocorre por meio da ação diária de uma imensa força de trabalho. Neste contexto, é importante considerar aspectos relacionados à educação, à saúde e ao bem-estar daqueles que atuam no âmbito do sistema, uma vez que o cuidado com os trabalhadores de saúde se reflete diretamente na sua qualidade de vida e da dos serviços que prestam à população.

A conclusão do relatório afirma que as organizações prestadoras de serviços na área da saúde precisam estar preparadas para prevenir riscos ocupacionais e promover um ambiente de trabalho (física e mentalmente) saudável para os trabalhadores. Sem isso, intervenções pontuais de apoio terão resultados limitados, pois têm caráter individual e voluntarista, sem tratar a raiz do problema. Assim, os profissionais continuarão dependendo apenas de suas estratégias individuais de enfrentamento e capacidade de resiliência. É preciso que todo o sistema de saúde esteja engajado e coordenado para a valorização de seus profissionais, não se tratando apenas de uma preocupação da gestão dos serviços, mas também, certamente, da governança do sistema.

Nesta edição, decidimos dar continuidade ao aprofundamento de quatro recomendações destacadas no ano anterior pelo seu potencial de impacto, por serem temas que podem estar sob o domínio das organizações em sua rotina e por algumas serem, atualmente, pauta de programas de governo. Assim, foram preparados ensaios sobre os temas destacados no grupo de trabalho, sob a responsabilidade de renomados profissionais e pesquisadores, a saber:

- Práticas de gestão de recursos humanos – Vanessa Martines Cepellos (FGV-EAESP)
- Diversidade, equidade e inclusão – Marcelo Ferretti (FGV-EAESP)
- Prevenção e enfrentamento ao assédio e à discriminação – José Roberto Heloani (UNICAMP)
- Impactos das mudanças climáticas nos sistemas de saúde – Evangelina Araujo (Instituto Ar)

Realizamos, em setembro de 2024, um encontro com um grupo multissetorial, que contou com a participação de 28 pessoas, representando 21 instituições, incluindo sindicatos e entidades de classe, academia, sociedade civil, setor filantrópico, governo federal e estadual e setor privado. Inspirados pela força da colaboração, pensamos coletivamente em alternativas de ação entre as diferentes organizações e os papéis que cada uma desempenha, como formas de solução para os desafios enfrentados pelo setor.

colaboração como solução

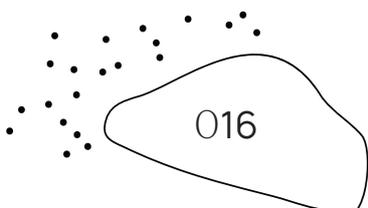
Um problema complexo pode ser definido a partir de alguns contornos, como a consciência de sua gravidade e da ameaça que representa para a sociedade, ou o entendimento de que pessoas e instituições podem tanto ser afetadas, quanto exercer influência sobre o problema e sobre sua solução. Ademais, é preciso considerar que sempre há diferentes interesses e visões sobre suas causas e potenciais soluções. O diálogo entre diferentes organizações é um primeiro passo para a identificação de formas de colaboração, pois permite a escuta e a exposição de ideias em torno de uma questão comum, contribuindo significativamente para a construção de proximidades, rompimento de barreiras e vontade de trabalhar em conjunto.

A colaboração multissetorial é fundamental para a transformação de um sistema, especialmente um tão grande e complexo como o da saúde. A colaboração aprofunda a visão do problema, melhora a qualidade de decisões

e de intervenções, amplia, diversifica e cria soluções, além de maximizar impactos, aprendizagem e o potencial preenchimento de lacunas existentes, fomentando um efeito sinérgico entre as organizações que compõem o sistema.

Com esse espírito, o grupo multissetorial passou um dia inteiro imerso na busca de um maior entendimento dos desafios do sistema de saúde para promover bem-estar e resiliência a partir de diferentes pontos de vista, além de explorar formas de colaboração como estratégia para superar os desafios enfrentados. Esse grupo mapeou alguns desafios centrais que o setor enfrenta quando se busca promoção de bem-estar:

- I. O preparo dos profissionais do setor e das lideranças para gerirem organizações, ambientes e relações saudáveis;
- II. A insuficiência de protocolos gerenciais e organizacionais de referência;



- III. A insuficiência de dados que contribuam para a tomada de decisão de governos e organizações;
- IV. A melhoria das condições e a valorização do trabalho dos profissionais de saúde.

Segundo o grupo, esses desafios e tudo o que decorre de cada um deles resultam em dificuldades das organizações em gerir pessoas, promover ambientes diversos, equitativos e inclusivos, com relações respeitadas entre os profissionais e em preparar a força de trabalho para as situações emergentes que as mudanças climáticas impõem ao setor.

Por outro lado, o grupo entende que o engajamento das diferentes organizações do setor nessa pauta, combinado ao exercício do papel que cada uma pode oferecer, já é, por si só, uma grande fonte de solução. No entanto, isto ainda não é suficiente, é preciso ir além das próprias capacidades.

As discussões do grupo multissetorial apontam que a sociedade civil, a filantropia e a academia têm o poder de fomentar inovação e influenciar políticas, bem como produzir e disseminar conhecimento sobre bem-estar e resiliência, além de desenvolver currículos e metodologias e criar espaços de diálogo intersectorial sobre o assunto. Já o setor público tem como principais papéis o fortalecimento do SUS, a ampliação da implementação dos programas já existentes no SUS voltados para os profissionais da saúde, a criação de regulações que valorizem os profissionais do setor, a criação de mais espaços de diálogo com a sociedade e a organização e a transparência dos dados que possam subsidiar a tomada de decisão de estados e municípios. O setor privado pode

investir no desenvolvimento de mais espaços internos e intencionais de diálogo e inclusão, bem como promover maior troca com seus pares em espaços como fóruns, palestras e grupos de discussão, buscando melhores práticas de gestão de pessoas e de formação de suas lideranças. Por fim, as instituições de classe e sindicatos, que representam grupos de trabalhadores, podem buscar soluções e boas práticas construídas junto aos profissionais, e não apenas para eles, desenvolvendo protocolos, compromissos, promovendo o reconhecimento e a valorização dos profissionais e a formação das lideranças.

A simples observação dos desafios apontados pelo grupo multissetorial e os diferentes papéis das instituições mostram a necessidade de uma abordagem colaborativa como solução mais ágil de enfrentamento.

O grupo enxergou a colaboração como oportunidade a ser explorada pelas organizações do setor, especialmente nas demandas destacadas abaixo:

- Formas de gerar, organizar e gerir dados, garantindo transparência, de forma que apoiem a tomada de decisões e o fomento de soluções para o bem-estar e resiliência em todo o sistema.
- Construção coletiva de regulações, protocolos e compromissos que inspirem e orientem o setor como um todo.
- Criação de diretrizes e normas nacionais em temas relevantes para o bem-estar dos profissionais, por exemplo relacionadas à gestão de pessoas, às mudanças climáticas, à diversidade, à equidade e à inclusão e ao enfrentamento do assédio e da discriminação.
- Construção de agendas comuns em temas correlatos, promovendo mais diálogo, aprendizagem e redução de esforços dispersos ou localizados.
- Levantamento e disseminação dos saberes empíricos, territoriais e tradicionais que contribuam para inovar e diversificar as soluções.
- Construção de experiências piloto que gerem aprendizados e soluções escaláveis.
- Fomento à inovação de soluções para os desafios existentes no sistema.
- Desenvolvimento de grades curriculares e de formações de lideranças voltadas ao tema.
- Iniciativas de descentralização e maior

capilaridade de tecnologias para além dos grandes centros.

- Iniciativas de construção de saberes e intercâmbio de boas práticas.
- Fortalecimento das mesas de negociação e dos espaços de cogestão.
- Realização de campanhas setoriais e multissetoriais contra o assédio e a discriminação.

Para desenvolver essas diferentes ações, a colaboração entre organizações é estratégia central e pode ser efetivada sob diferentes formatos, como fundos de desenvolvimento e fomento, fundação de observatórios, centros de estudos e organizações para o cumprimento de funções inexistentes no setor, criação de plataformas de diálogo e projetos comuns, além da formação de comunidades, redes, editais e outras inúmeras iniciativas.

A colaboração não é tarefa fácil, seja por desafios institucionais, seja por dificuldades inerentes ao ato de colaborar. Para a colaboração se tornar uma alternativa de solução, é preciso humildade organizacional, pois colaborar com outros requer reconhecimento da própria incompletude institucional, ou seja, compreender que para alcançar seu propósito ou desafio institucional, sozinha será muito mais difícil e, por vezes, impossível.

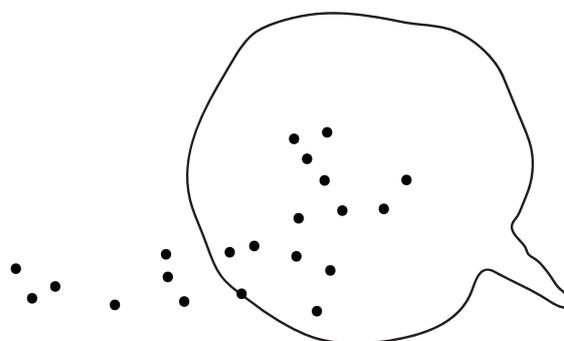
Além disso, colaborar, mesmo que com as melhores intenções, exige que atores de diversos graus de poder, com perspectivas e interesses diferentes ou até divergentes, trabalhem juntos. Contudo, quando há boa vontade e espaços de diálogo para fomentar a colaboração, ela possui um potencial de impacto sobre

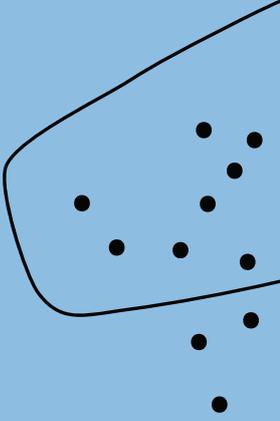
problemas complexos e sistêmicos.

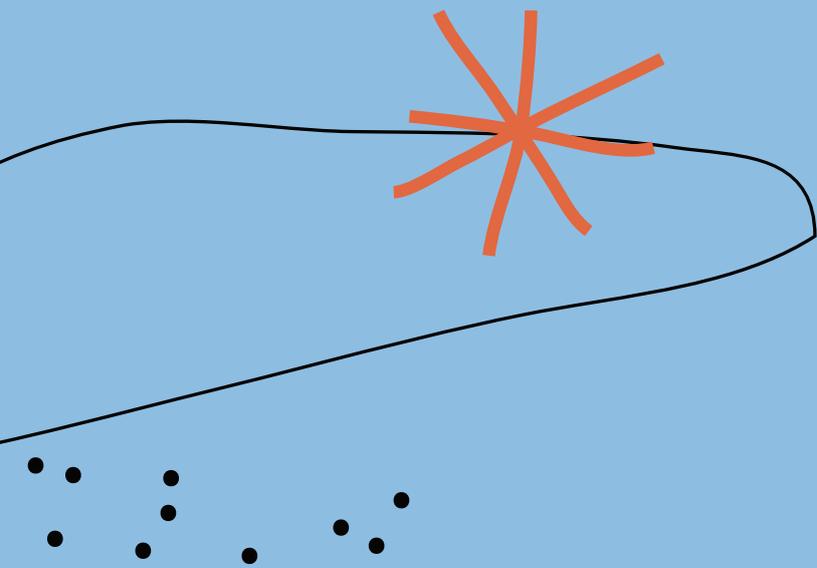
No Synergos, trabalhando com programas nacionais e internacionais que lidam com a complexidade de sistemas, aprendemos que, embora isso seja desafiador, é possível construir colaborações e parcerias transformadoras com alto poder de impacto estrutural. Para isso, é importante investir na criação de espaços de diálogo e construção de confiança como bases para uma colaboração exitosa, além de cuidar do equilíbrio das dinâmicas de poder existentes entre as diferentes instituições do sistema e trabalhar para a construção de um entendimento comum e compartilhado entre as principais organizações do setor.

O que o Synergos tem feito, junto com a FGVsaúde, nesse projeto é criar esse espaço de diálogo e construção coletiva de conhecimento como base para a construção de uma visão comum e para o fomento à parceria e à colaboração no setor, elevando o tema da resiliência e do bem-estar dos profissionais da saúde ao topo das prioridades das lideranças do setor.

Aproveite a leitura e as ideias aqui compartilhadas para também engajar sua organização na busca de promover um melhor ambiente para os profissionais de saúde.





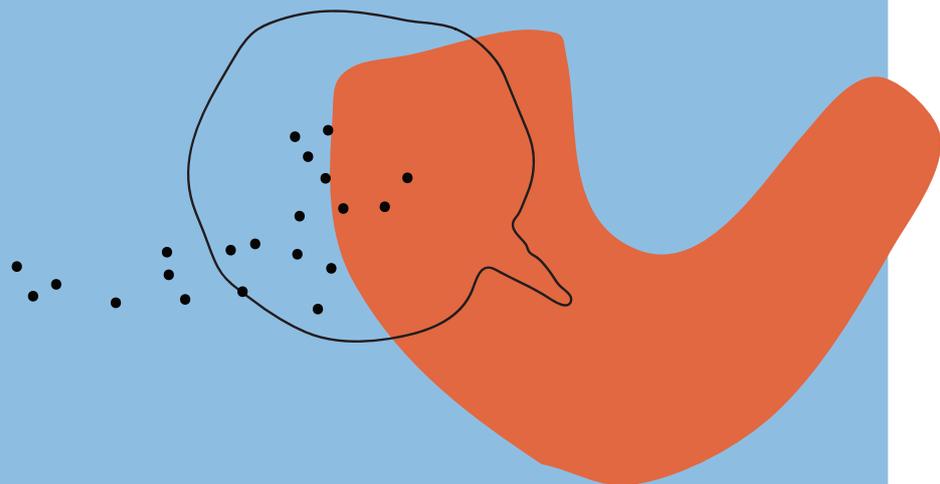


desafios e
políticas para
resiliência dos
profissionais da
linha de frente
da saúde

Gabriela Lotta

Gabriela Spanghero Lotta

Professora e pesquisadora de Administração Pública e Governo da Fundação Getulio Vargas (FGV), onde também coordena o Núcleo de Estudos da Burocracia (NEB). Doutora em Ciência Política pela USP, mestre e graduada em administração pública pela FGV. Docente da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). É pesquisadora do Centro de Estudos da Metrópole (CEM) e pesquisadora afiliada no Brazil.Lab da Universidade de Princeton. Em 2021 foi nomeada como uma das 100 acadêmicas mais influentes do mundo na área de governo pela organização Apolitical.



introdução: o contexto da linha de frente

O contexto de trabalho dos profissionais da linha de frente da saúde é caracterizado por uma série de desafios que exigem não apenas habilidades técnicas, mas também uma enorme capacidade de adaptação e resiliência. Esses profissionais, que atuam diretamente no atendimento aos pacientes, frequentemente enfrentam situações que demandam decisões rápidas, muitas vezes com recursos limitados e informações insuficientes. A natureza imprevisível do trabalho, que pode variar de acordo com o fluxo de pacientes, surtos epidemiológicos ou desastres naturais, torna a experiência ainda mais desafiadora.

Além da imprevisibilidade, esses profissionais lidam com pressões paradoxais: enquanto são incentivados a oferecer atendimento de qualidade e humanizado, muitas vezes se veem limitados por condições que dificultam esse objetivo e os pressionam para um trabalho padronizado, produtivo e eficiente. A escassez de recursos, seja em termos de pessoal, equipamentos ou insumos, pode levar a uma sensação de impotência e frustração para quem trabalha na linha de frente. Essa realidade não só compromete a qualidade do atendimento prestado, mas também pode gerar problemas de saúde mental, como o burnout e a alienação, afetando diretamente a saúde emocional e física dos trabalhadores.

O impacto desse contexto de trabalho é significativo não apenas para os profissionais de saúde em si, mas, acima de tudo, para os cidadãos e para as políticas públicas. Quando os trabalhadores estão sobrecarregados e estressados, isso pode resultar em um atendimento menos humanizado e eficaz e em uma maior taxa de erros, comprometendo a segurança e a saúde dos pacientes. Para o sistema de saúde como um todo, essa situação pode levar a um aumento da demanda por serviços, gerando um ciclo vicioso que acentua ainda mais as dificuldades enfrentadas pelos profissionais.

Este contexto de trabalho difícil e potencialmente sobrecarregado faz parte do cotidiano de quem atua na linha de frente da saúde. No entanto, na última década, temos visto um cenário que agrava essas condições, tanto em termos de emergências em saúde – incluindo a própria pandemia – como de redução de recursos no SUS, aumento da demanda e aumento dos conflitos com parcela da sociedade. Tudo isso tem gerado ainda mais pressão sobre quem está na linha de frente, exigindo deles resiliência física, cognitiva e emocional para continuarem desempenhando seu trabalho.

1) resiliência na linha de frente

A resiliência é uma qualidade fundamental para os profissionais da linha de frente da saúde, especialmente em um cenário marcado por crises constantes e mudanças rápidas. Resiliência é definida como capacidade de recuperação e adaptação frente a situações de crise e ela é essencial para que esses indivíduos e organizações não apenas sobrevivam, mas também se fortaleçam diante de desafios enfrentados. Assim, profissionais resilientes conseguem não apenas enfrentar as dificuldades do cotidiano, mas também identificar e desenvolver novas oportunidades, transformando situações adversas em experiências de aprendizado e crescimento.

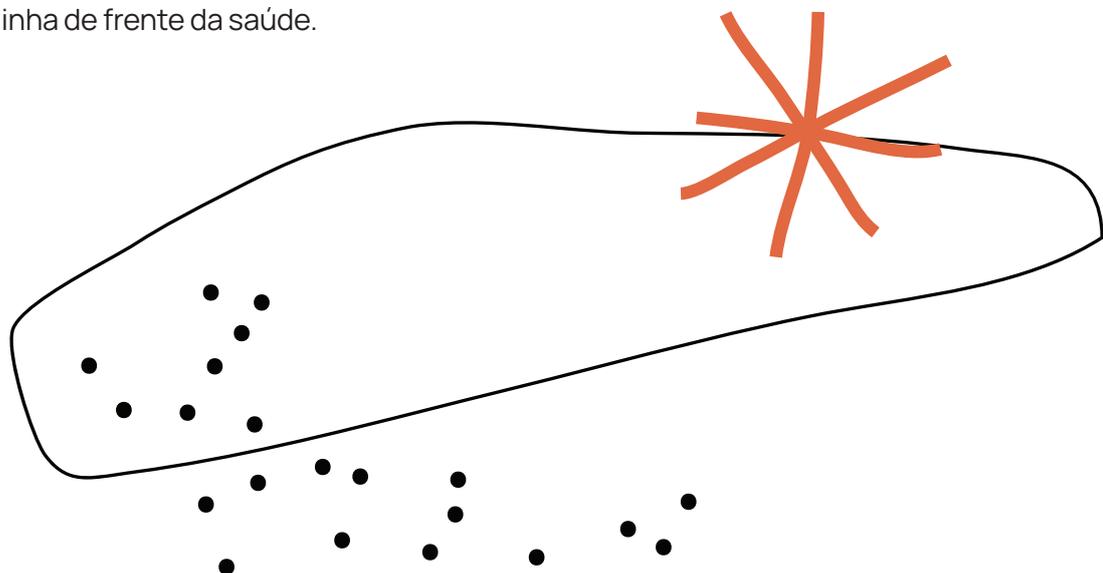
A resiliência está diretamente relacionada ao sucesso e à continuidade do trabalho em saúde. Em tempos de crise, como epidemias ou desastres naturais, a capacidade de se adaptar rapidamente às circunstâncias pode determinar a efetividade do atendimento

prestado e, conseqüentemente, o bem-estar da população atendida. Profissionais que demonstram resiliência têm mais chances de superar o estresse, manter a qualidade do cuidado e contribuir para a estabilidade do sistema de saúde.

No entanto, a resiliência não surge espontaneamente; ela depende de uma série de fatores que devem ser cultivados tanto a nível individual quanto organizacional. A segurança psicológica, por exemplo, é essencial para que os trabalhadores se sintam à vontade para expressar suas preocupações, buscar apoio e compartilhar experiências sem medo de retaliações. O sentimento de pertencimento e a valorização do trabalho desempenham papéis cruciais na motivação e no engajamento dos profissionais. Além disso, o acesso a recursos adequados, incluindo formação e suporte emocional, é vital para que os trabalhadores possam desempenhar suas funções com eficácia e confiança.

A promoção do bem-estar entre os profissionais da saúde está intrinsecamente ligada à construção de resiliência. Quando as organizações priorizam o bem-estar dos seus colaboradores, criam um ambiente propício para o desenvolvimento dessa qualidade. Por outro lado, decisões organizacionais e gerenciais devem ser proativas, buscando prevenir problemas e oferecer suporte contínuo, em vez de serem apenas reativas às crises quando estas já se manifestam.

Investir em estratégias que promovam a resiliência dos profissionais da linha de frente é, portanto, uma responsabilidade que vai além do cuidado individual. As instituições de saúde devem implementar políticas que fortaleçam a saúde mental e emocional dos trabalhadores, proporcionando um ambiente seguro e estimulante, que favoreça a resiliência. Somente assim será possível garantir que esses profissionais estejam aptos a enfrentar os desafios do cotidiano e a oferecer um atendimento de qualidade, contribuindo para a construção de um sistema de saúde mais robusto e eficaz. A seguir aprofundamos em quatro elementos que são condições importantes para que o sistema e as organizações de saúde consigam fazer políticas que gerem maior resiliência nos profissionais da linha de frente da saúde.



2) desafios e condições para políticas de resiliência

2.1) diversidade, equidade e inclusão (DEI)

A presença de políticas voltadas para Diversidade, Equidade e Inclusão (DEI) no ambiente de trabalho na área da saúde é essencial para fortalecer a representatividade das equipes e melhorar a integralidade do atendimento. Quando essas políticas não são priorizadas, há um impacto direto na qualidade do cuidado prestado e na relação das equipes com os pacientes.

Em muitas unidades de saúde, as equipes são formadas com baixa representatividade social e diversidade, o que acaba levando a uma fragmentação nos processos de trabalho. A falta de profissionais de diferentes origens culturais, sociais e étnicas contribui para um ambiente de trabalho com pouca pluralidade, o que enfraquece a legitimidade da equipe frente aos pacientes. Isso também limita a capacidade da equipe de entender e atender às necessidades diversas da população, comprometendo a integridade do cuidado. Equipes que refletem a diversidade da sociedade aumentam a legitimidade do sistema de saúde, pois os pacientes se

sentem mais representados e acolhidos. Quando profissionais de saúde compartilham experiências e características semelhantes às dos pacientes, a comunicação e a confiança no atendimento são ampliadas, favorecendo um cuidado mais humanizado e integral.

Além disso, a pluralidade de perspectivas, promovida por políticas de diversidade de equipes, é fundamental para garantir que as decisões clínicas e as práticas de saúde sejam inclusivas e abrangentes. Quando não existem políticas voltadas à inclusão da diversidade, as equipes tendem a operar de forma segmentada, o que dificulta a comunicação e a colaboração entre os profissionais, gerando uma fragmentação no atendimento. Para que a integralidade, um dos princípios centrais do SUS, seja efetivamente praticada, é necessário que as equipes tenham uma composição diversa, permitindo uma visão mais ampla e integrada da saúde do paciente. Assim, a promoção de diversidade, equidade e inclusão não é apenas uma questão de justiça social, mas uma estratégia eficaz para melhorar a coesão das equipes, a qualidade do atendimento e a satisfação tanto dos profissionais quanto dos usuários do sistema de saúde.

Considerando estes elementos, as organizações do campo da saúde e o sistema de saúde como um todo deveriam avançar na construção e implementação de políticas de Diversidade, Equidade e Inclusão, que avançassem na composição de equipes mais diversas, mas, ao mesmo tempo, integradas e includentes, gerando maior pluralidade de perspectivas e representatividade de grupos sociais. No entanto, é preciso ter atenção para que as políticas de DEI não sejam apenas superficiais ou um discurso "pro forma". É necessário um verdadeiro convencimento e sensibilização dos gestores e profissionais de saúde para que a diversidade seja de fato priorizada. Isso implica criar um ambiente em que as diferenças sejam valorizadas e onde todos os profissionais, independentemente de sua origem, tenham oportunidades iguais de participação e crescimento.

2.2) assédio no ambiente de trabalho

Um segundo ponto importante para avançar em políticas que gerem resiliência é combater as práticas de assédio no ambiente de trabalho, um dos grandes problemas atuais nas organizações públicas, de forma geral, e nas de saúde, de forma particular. O assédio é definido como condutas abusivas reiteradas no ambiente de trabalho que atentem contra a integridade do trabalhador.

A literatura aponta que o assédio no ambiente de trabalho pode ocorrer de diversas formas, incluindo discriminação com base em gênero, raça, idade, profissão, deficiência, entre outros fatores. Esse tipo

de comportamento prejudicial pode se manifestar por meio de assédio moral, quando há humilhações repetitivas ou condutas que afetam a autoestima do trabalhador; ou assédio sexual, caracterizado por abordagens indesejadas ou inadequadas de caráter sexual. O assédio pode ser dirigido a um indivíduo específico ou pode ocorrer de forma coletiva, quando um grupo é o alvo das práticas abusivas.

As consequências do assédio são profundas. No nível individual, as vítimas podem sofrer danos psicológicos, como depressão, ansiedade, estresse, e queda na motivação e produtividade. No âmbito organizacional, o assédio cria ambientes tóxicos, o que pode levar a uma maior rotatividade de funcionários, absenteísmo, queda no desempenho das equipes e prejuízos financeiros. Para os serviços de saúde, que dependem de uma atuação colaborativa e de alta performance, o assédio compromete diretamente a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, fragilizando a confiança entre as equipes e minando o bem-estar dos profissionais.

Apesar do reconhecimento de que há atualmente um crescimento importante de casos de assédio e de políticas de combate a este problema, temos visto também, por outro lado, uma certa confusão entre o que de fato é assédio e como as organizações lidam com ele. Isso porque tem havido uma confusão crescente entre percepção de assédio e percepção sobre dificuldades de gestão, onde comportamentos inadequados são erroneamente atribuídos a falhas na liderança ou dificuldades operacionais. No entanto, é crucial reconhecer que o assédio é uma forma de violência no ambiente de

trabalho e deve ser tratado como tal, com políticas claras que definam o que é assédio e como ele pode ser prevenido e combatido.

Portanto, as políticas de gestão do trabalho em saúde devem estabelecer mecanismos eficazes para prevenir, identificar e punir o assédio em todas as suas formas. Isso inclui a criação de canais de denúncia seguros e confidenciais, a capacitação de gestores para reconhecer e agir diante de casos de assédio, além da implementação de campanhas contínuas de conscientização. Promover um ambiente de trabalho saudável e livre de assédio não é apenas uma questão ética, mas também uma condição essencial para garantir a integridade e a eficiência dos serviços de saúde.

2.3) mudanças climáticas

Um terceiro ponto que tem demandado cada vez mais atenção da gestão em saúde para conseguir gerar resiliência nos profissionais da linha de frente são as questões relacionadas às mudanças climáticas que tem gerado impacto direto e indireto sobre a saúde da população e sobre as condições de trabalho dos profissionais de saúde.

Os efeitos das mudanças climáticas se manifestam de diversas formas no campo da saúde. Questões epidemiológicas estão em constante transformação, com o surgimento e a intensificação de doenças transmissíveis, como a dengue e a malária, que têm seus ciclos de transmissão alterados por fatores climáticos, como o aumento da temperatura e mudanças nos padrões de precipitação.

Além disso, os efeitos sobre a saúde mental são evidentes, uma vez que desastres naturais frequentes, como enchentes, secas e furacões, aumentam o estresse, a ansiedade e os transtornos psicológicos tanto para os indivíduos diretamente afetados quanto para as comunidades mais amplas.

Esses eventos climáticos extremos também tendem a agravar desigualdades já existentes, uma vez que as populações mais vulneráveis, como aquelas em situação de pobreza ou de moradia irregular, têm menos recursos para se adaptar e reagir a crises. Assim, os profissionais de saúde têm sido desafiados a atender comunidades em situações ainda mais precárias, lidando com uma sobrecarga de demandas associadas a esses desastres, que vão desde problemas de saúde agudos, como traumas e doenças respiratórias, até questões de longo prazo, como deslocamentos populacionais e insegurança alimentar.

Diante desse cenário, os profissionais de saúde precisam estar cada vez mais preparados para lidar com novas emergências, tanto em termos de prevenção quanto de reação. Isso exige uma adaptação constante às mudanças nos padrões de doenças e nas demandas emergenciais, além de um esforço adicional para promover ações de prevenção que mitiguem os efeitos das mudanças climáticas sobre a saúde. Isso inclui desde o monitoramento de surtos e desastres até o desenvolvimento de protocolos de resposta rápida.

Portanto, é essencial que as políticas de gestão do trabalho em saúde integrem a dimensão das mudanças climáticas em suas diretrizes, promovendo a capacitação de

profissionais e o fortalecimento de estruturas de saúde que possam lidar com os desafios impostos por um ambiente em transformação. Apenas com uma abordagem proativa e inclusiva será possível minimizar os impactos negativos das mudanças climáticas sobre a saúde e garantir que o sistema de saúde esteja preparado para atender as necessidades da população de forma equitativa e eficaz.

2.4) políticas de gestão do trabalho

Por fim, uma última dimensão que requer atenção da gestão em saúde para gerar maior resiliência diz respeito às políticas de gestão do trabalho em saúde. Embora a gestão do trabalho tenha um impacto fundamental no clima organizacional e na qualidade dos serviços prestados, muitas vezes essas políticas não são desenvolvidas de forma estratégica e integrada com os objetivos institucionais.

A gestão eficaz do trabalho envolve diversos aspectos essenciais, como processos de seleção, carreiras, formação contínua, promoção e progressão profissional, avaliação de desempenho, identificação e formação de lideranças. Quando esses elementos não são bem geridos, os ambientes de trabalho podem se tornar insustentáveis, resultando em baixa motivação, aumento da rotatividade, conflitos entre equipes e prejuízos diretos para a qualidade do atendimento.

No setor de saúde, a necessidade de uma gestão bem estruturada é ainda mais crítica. Como foi mencionado, os

profissionais de saúde estão expostos a uma série de desafios específicos: estresse elevado, sobrecarga de trabalho, condições precárias de atuação, escassez de recursos, e decisões moralmente difíceis que podem afetar sua saúde mental e emocional. Um aspecto crucial desse ambiente é a "fadiga da compaixão", uma condição em que os profissionais se sentem emocionalmente esgotados devido à exposição contínua ao sofrimento e à demanda por empatia.

Se a gestão do trabalho não leva em conta esses fatores, há um risco real de deterioração no cuidado com os profissionais e, conseqüentemente, no atendimento aos pacientes. A falta de recursos adequados, o acúmulo de demandas e a precarização das condições de trabalho podem intensificar os conflitos e o desgaste dentro das equipes, afetando a cooperação e a qualidade das decisões clínicas.

Portanto, políticas de gestão do trabalho em saúde devem ser estruturadas de forma estratégica e adaptadas às especificidades do setor. Isso inclui a criação de mecanismos de suporte para lidar com o estresse e a sobrecarga, além de proporcionar uma formação adequada e oportunidades claras de desenvolvimento e progressão de carreira. Também é necessário que haja uma avaliação contínua de desempenho que seja justa e transparente, além de investir no fortalecimento das lideranças, para que elas possam atuar de forma positiva e preventiva em situações de crise.

Uma gestão de trabalho bem estruturada é essencial para criar ambientes saudáveis, onde os profissionais se sintam valorizados e apoiados. Isso não

apenas melhora o desempenho individual e coletivo, mas também garante que o atendimento à saúde seja realizado com a máxima qualidade e integridade.

Considerando os elementos acima expostos, apontamos agora um conjunto

de recomendações organizadas em termos de políticas, práticas, recursos e relações e dinâmicas de poder, que são essenciais para gerar maior resiliência nos profissionais da linha de frente da saúde.

3) governança para a ação

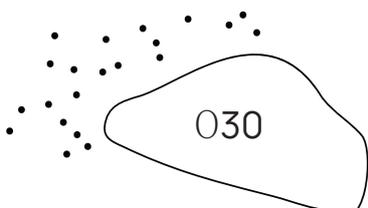
As questões acima apontadas pela literatura, bem como a reflexão do grupo multissetorial, sugerem a necessidade de uma ação articulada entre diferentes tipos de setores e atores para conseguir criar e implementar políticas que aumentem a resiliência dos profissionais da linha de frente na saúde. Isso significa que há uma demanda tanto de atores públicos como privados para que se articulem e atuam em conjunto com a sociedade no sentido de construir essa agenda e implementar ações. Abaixo apontamos as contribuições que cada ator pode oferecer neste processo e, em seguida, como poderiam colaborar.

ambiente mais sustentável e fortalecido para esses trabalhadores essenciais. Para isso, é crucial que haja um diálogo constante entre esses dois setores, permitindo o alinhamento de pontos de vista e o fomento à inovação. A produção de informações de qualidade e o apoio a iniciativas de pesquisa que abordem as demandas enfrentadas no setor são igualmente essenciais, criando uma base sólida para a implementação de boas práticas. Além disso, a academia deve desenvolver grades curriculares que integrem metodologias ativas e diversidade de conhecimentos, alinhando a formação dos profissionais de saúde às necessidades contemporâneas.

3.1) sociedade civil e academia

A construção de resiliência nos profissionais de saúde é um desafio que requer a colaboração ativa da sociedade civil e da academia. Ambas as partes desempenham papéis fundamentais, promovendo um

A formação desses profissionais deve ser orientada para o desenvolvimento de habilidades e competências que promovam a inclusão. É fundamental que os currículos sejam adaptados para atender às exigências atuais, garantindo que os futuros profissionais estejam preparados para enfrentar os desafios do setor de saúde. A sociedade civil, por sua vez, tem um papel crucial na geração cidadã de



dados e na promoção de uma cultura científica que substitua a ignorância por informações relevantes. A interação entre academia e sociedade civil deve buscar soluções práticas e inovadoras, que possibilitem a melhoria da qualidade do trabalho e a proteção dos direitos dos trabalhadores de saúde.

Por fim, a visibilidade dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde e a direção do debate político são responsabilidades que devem ser compartilhadas entre a sociedade civil e a academia. Ambas as entidades precisam atuar como facilitadoras da ciência, criando uma relação colaborativa que promova o intercâmbio de conhecimentos e a implementação de práticas inclusivas. Assim, o comprometimento conjunto dessas instituições será fundamental para construir um sistema de saúde mais resiliente e preparado para os desafios do futuro, garantindo, assim, melhores condições de trabalho e cuidados para todos.

3.2) sociedade civil e academia

O setor público desempenha um papel fundamental na construção de resiliência nos profissionais de saúde, sendo essencial fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) e desenvolver políticas de Estado que garantam a sustentabilidade do trabalho em saúde. Para isso, é vital implementar programas de Saúde e Segurança do Trabalho (SST) que priorizem o bem-estar dos profissionais, reconhecendo a importância de "cuidar de quem cuida". Além disso, é necessário enfrentar a precarização do trabalho, regulamentando as condições

laborais com uma classificação clara e regularizando as ações das Organizações Sociais de Saúde (OSS) que afetam a resiliência e o bem-estar de seus trabalhadores.

A formação contínua dos trabalhadores é outro aspecto essencial que deve ser priorizado pelo setor público. É importante criar processos de formação e educação permanente que atendam às demandas atuais e futuras, garantindo que os profissionais estejam aptos a lidar com os desafios do setor. Para isso, uma boa comunicação com as universidades e instituições de ensino é fundamental, estabelecendo uma ciência aberta que promova o intercâmbio de conhecimentos e boas práticas. A comunicação também deve ser eficaz com a sociedade, buscando ouvir os trabalhadores por meio de enquetes e diálogos internos, de modo a entender suas necessidades e preocupações.

Na gestão, a transformação de dados em informações úteis é crucial para a administração pública. É fundamental que as decisões sejam baseadas em dados e que haja um processo contínuo de avaliação e monitoramento das políticas e práticas implementadas. A integração setorial entre os setores público e privado também é necessária para enfrentar os desafios do sistema de saúde, estabelecendo protocolos claros para tratamento e prevenção. Por fim, promover uma mudança de cultura dentro das organizações de saúde é imprescindível para criar um ambiente de trabalho mais colaborativo e resiliente, permitindo que os profissionais se sintam valorizados e apoiados em sua missão de cuidar da saúde da população.

3.3) setor privado

O setor privado pode contribuir para a agenda de resiliência por meio da promoção e fomento à pesquisa que impacte a qualidade de vida no trabalho. Para isso, é fundamental que as empresas invistam na coleta e análise de dados que revelem as condições de trabalho e o bem-estar dos seus colaboradores. Essa informação pode servir como base para desenvolver políticas e práticas que melhorem a saúde e a segurança no ambiente laboral, resultando em um impacto positivo na qualidade de vida dos trabalhadores.

Além disso, o setor privado pode se tornar mais colaborativo ao estabelecer parcerias com instituições acadêmicas e de pesquisa, promovendo um intercâmbio de conhecimentos e experiências que beneficiem tanto os profissionais de saúde quanto a gestão das organizações. Essa colaboração pode incluir o desenvolvimento de programas de capacitação para gestores em saúde, permitindo que eles compreendam melhor os processos de governança e as necessidades específicas de seus colaboradores. Ao fazer isso, as empresas estarão mais preparadas para implementar soluções eficazes que promovam um ambiente de trabalho saudável.

Por fim, é essencial que o setor privado adote uma visão voltada para a saúde preventiva, integrando essa perspectiva em suas políticas e práticas organizacionais. A promoção da saúde deve ser uma prioridade, e isso inclui investir em programas de prevenção de doenças, bem como em iniciativas que promovam o bem-estar emocional e psicológico dos trabalhadores. Ao criar um ambiente que valoriza a saúde preventiva, as

organizações do setor privado não apenas melhoram a qualidade de vida de seus colaboradores, mas também aumentam a produtividade e a satisfação no trabalho, contribuindo assim para a resiliência da força de trabalho na área da saúde.

3.4) profissionais

As associações e sindicatos têm um papel fundamental na construção de um ambiente de trabalho seguro e saudável para os profissionais da saúde, especialmente no que diz respeito à inclusão e à segurança psicológica. É crucial que as organizações profissionais assumam a responsabilidade por essas questões, promovendo espaços intencionais de diálogo, como fóruns e grupos de discussão. Essas iniciativas não apenas fortalecem os vínculos entre os trabalhadores, mas também valorizam o conhecimento interno da equipe sobre as necessidades e desafios enfrentados.

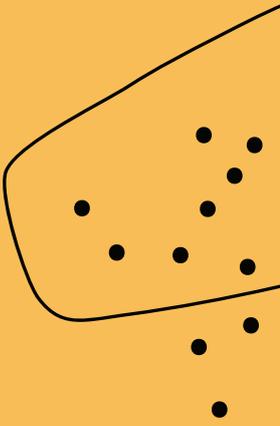
Na gestão de pessoas, é importante que as organizações profissionais tenham protagonismo na identificação e resolução de problemas. Além disso, é essencial desafiar o "status quo", trazendo à tona questões sistêmicas que possam impactar a saúde e o bem-estar dos trabalhadores. Para isso, devem ser oferecidos treinamentos e capacitações que definam metas e objetivos claros, proporcionando o direcionamento necessário para que os profissionais possam atuar de forma efetiva e autônoma.

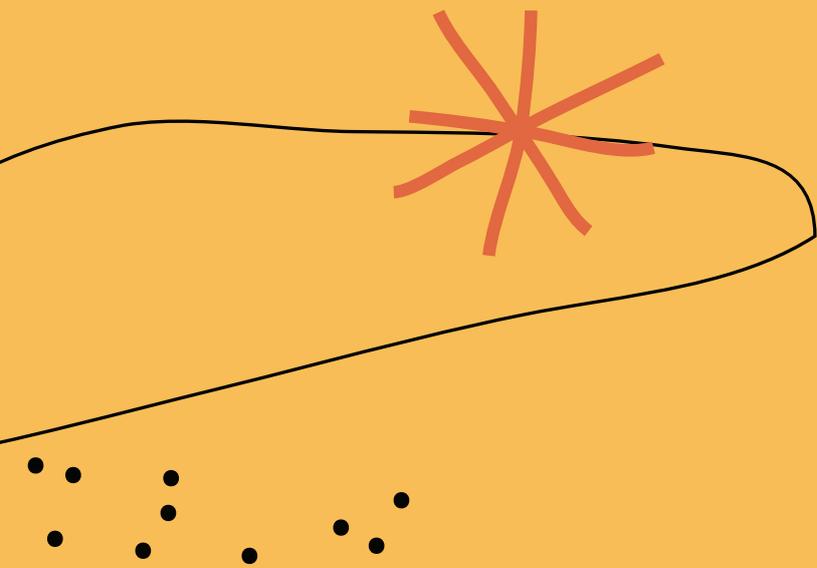
No que diz respeito ao combate ao assédio e à discriminação, é vital que os profissionais conheçam seus direitos e tenham acesso a canais de acolhimento para queixas e

denúncias, papel que pode ser desempenhado pelas organizações profissionais. A apuração dos fatos deve ser feita de maneira séria e com fluxos de compliance adequados, respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Por fim, a conscientização sobre as mudanças climáticas e a busca por soluções sustentáveis também devem ser prioridades, uma vez que as organizações profissionais da saúde têm um papel crucial na promoção de práticas que beneficiem não apenas a saúde da população, mas também a do planeta.

3.5) rumo à governança do sistema

A construção de um ambiente de trabalho saudável e resiliente para os profissionais da saúde depende da ação conjunta entre estes quatro tipos de atores. Cada um desses grupos desempenha um papel fundamental na criação de políticas e práticas que promovam o bem-estar dos trabalhadores, enfrentem desafios contemporâneos e garantam a qualidade do atendimento à saúde. No entanto, a sinergia entre eles é fundamental para enfrentar os desafios contemporâneos que afetam a saúde e o bem-estar dos trabalhadores. Juntos, esses atores podem desenvolver estratégias eficazes, promover a resiliência e garantir que o sistema de saúde funcione de maneira integrada e eficiente, beneficiando tanto os profissionais da saúde quanto a população atendida.



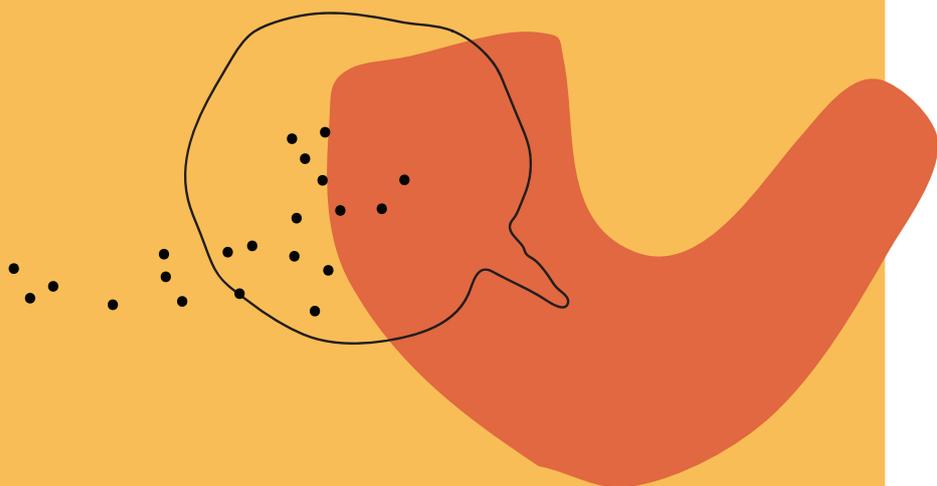


gestão de
pessoas e o seu
impacto na saúde
e bem-estar dos
trabalhadores

Vanessa Cepellos

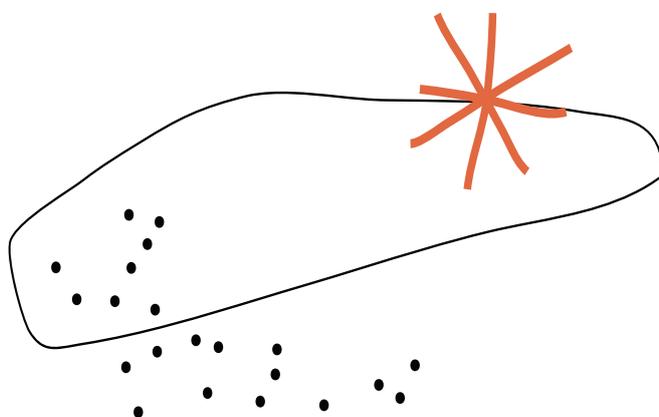
Vanessa Martines Cepellos

Professora e Pesquisadora de Administração de Empresas da Fundação Getulio Vargas (FGV). Doutora e Mestre em Administração de Empresas pela FGV. Graduada em Administração de Empresas pela Fundação Armando Alvares Penteado (FAAP) e em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica em São Paulo (PUC-SP).



apresentação

O objetivo deste documento é apresentar a importância da gestão de pessoas e o seu impacto na saúde e bem-estar dos profissionais da área da saúde. Para isso, será apresentado o contexto da Gestão de Pessoas neste campo de atuação, explorando as suas peculiaridades na rede pública, na rede privada e internacionalmente. Em seguida, serão abordados os impactos na saúde e bem-estar dos trabalhadores da saúde. Por fim, serão propostas algumas práticas organizacionais que podem ser desenvolvidas nas instituições a fim de contribuir para a saúde e bem-estar dos profissionais da área.



contextualizando a gestão de pessoas na área da saúde

As pessoas são essenciais para o bom funcionamento de uma organização. Afinal de contas, não há organização sem gente. São as pessoas que propõem ideias, realizam o que foi planejado, desenvolvem novas tecnologias, entre outras atividades. De alguma forma, elas participam da entrega do serviço ao cliente final garantindo a sua satisfação. Entretanto, apesar de sua relevância, nem sempre recebem o devido reconhecimento, valor e atenção nas instituições em que atuam.

Por esta razão, a Gestão de Pessoas se faz tão necessária. Ela é a responsável por cuidar e gerir os profissionais. Além disso, tem como atividades: planejar a força de trabalho, recrutar e selecionar, treinar e desenvolver os profissionais, avaliar, recompensar, garantir um clima organizacional satisfatório etc. É sua função possibilitar que as pessoas executem suas atividades da melhor maneira possível, fazendo uso de seus talentos e de suas competências.

Apesar de sua relevância, pesquisadores apontam que a Gestão de Pessoas normalmente apresenta um papel secundário nas tomadas de decisões das empresas. Por conta disso, os investimentos de tempo e financeiro dedicados à área

são mínimos ou inexistentes (Macedo e Oliveira, 2019). Inclusive, há um estereótipo de que a comunidade de investidores não leva em consideração os fatores relacionados à Gestão de Pessoas em sua avaliação de empresas (Hendry et al., 1999). Esses fatores parecem contribuir para sua desvalorização nas organizações.

Mas, como a Gestão de Pessoas tem sido realizada na área da saúde e quais as suas implicações?

A literatura aponta que no setor da saúde há uma negligência histórica e, até mesmo, uma ausência de políticas para recursos humanos. Isso parece ocorrer devido a alguns fatores como: (a) abordagens macroeconômicas, que têm como foco aspectos quantitativos da força de trabalho, em detrimento de uma abordagem em nível micro, que se concentra na motivação e desempenho, (b) políticas públicas centralizadas de regulação do emprego ditadas por setores financeiros dos governos em que as políticas setoriais estão confinadas a um papel de implementação e interpretação de diretrizes nacionais, (c) desvalorização do papel dos profissionais, especialmente os médicos, cuja formação enfatiza valores relacionados com a autonomia

e a regulação profissional próprias, mais do que com que as metas políticas e operacionais do sistema de saúde (Pierantoni et al., 2004).

gestão de pessoas na rede pública

Quando se trata da rede pública, é necessário ter em mente que a gestão da força de trabalho é determinante para a consolidação da universalização da cobertura e para a garantia da equidade das ações no Sistema Único de Saúde (SUS), pois ele se configura como um trabalho coletivo, multidisciplinar, relacional e que exige uma interação constante, seja entre os profissionais, seja entre profissionais e usuários, o que justifica afirmar que os trabalhadores exercem papel estratégico para que o SUS alcance seus objetivos (Santini, Nunes et al., 2017). Além disso, um dos pilares que norteia a saúde é a humanização e, por isso, preconiza-se uma Gestão de Pessoas centrada no trabalho em equipe. Para o SUS, a gestão compartilhada é uma ferramenta fundamental no gerenciamento das instituições hospitalares, por conta da sobrecarga de tarefas em um único profissional (Adorno et al., 2017). Importante lembrar, ainda, que a humanização deve ser considerada tanto para usuários quanto para os profissionais.

Alguns avanços do tópico na sociedade foram apresentados por pesquisadores. O Ministério da Saúde, por exemplo, assumiu com mais clareza o seu papel atuando na formulação e execução das políticas de Recursos Humanos para o SUS a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho

e da Educação na Saúde (SGTES), com os Departamentos de Gestão da Educação e de Regulação do Trabalho, em 2003. Além disso, nos últimos anos, surgiram outras iniciativas como a Política Nacional de Educação Permanente; o Pró-Saúde; a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; as Diretrizes Nacionais para a elaboração dos Planos de Carreira, Cargos e Salários dos trabalhadores do SUS; a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador; a elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS) (Machado et al., 2006, Scalco et al., 2010). Estudiosos também desenvolveram um modelo de avaliação em gestão de recursos humanos na saúde direcionado à atenção básica, o qual pode ser utilizado como instrumento para visualização da aplicação de políticas nessa área, contribuindo para a tomada de decisões nos diferentes níveis de gestão da saúde (Scalco et al., 2010).

Apesar de algumas iniciativas, ainda há muitos desafios enfrentados com relação à gestão das pessoas na rede pública, como, por exemplo, dificuldades de atração e fixação de profissionais e a não consolidação do plano de carreira, cargos e salários como uma ferramenta para a gestão do trabalho (Santini et al., 2017). Sobre a questão da fixação de profissionais, pesquisadoras identificaram que o principal fator que leva um funcionário a deixar uma organização é seu nível de insatisfação com a função que exerce, sendo causado por qualquer um dos aspectos que compõem o trabalho, com destaque, ao ambiente físico, à localização das unidades de saúde, à disponibilidade de insumos materiais (Campos e Malik, 2008), ou ainda, à baixa remuneração, tornando o setor público menos atrativo aos médicos, por exemplo (Porto e Granetto, 2020, Santini et

Quando se trata da rede pública, é necessário ter em mente que a gestão da força de trabalho é determinante para a consolidação da universalização da cobertura e para a garantia da equidade das ações no Sistema Único de Saúde (SUS), pois ele se configura como um trabalho coletivo, multidisciplinar, relacional e que exige uma interação constante, seja entre os profissionais, seja entre profissionais e usuários, o que justifica afirmar que os trabalhadores exercem papel estratégico para que o SUS alcance seus objetivos (Santini, Nunes et al., 2017). Além disso, um dos pilares que norteia a saúde é a humanização e, por isso, preconiza-se uma Gestão de Pessoas centrada no trabalho em equipe. Para o SUS, a gestão compartilhada é uma ferramenta fundamental no gerenciamento das instituições hospitalares, por conta da sobrecarga de tarefas em um único profissional (Adorno et al., 2017). Importante lembrar, ainda, que a humanização deve ser considerada tanto para usuários quanto para os profissionais.

Alguns avanços do tópico na sociedade foram apresentados por pesquisadores. O Ministério da Saúde, por exemplo, assumiu com mais clareza o seu papel atuando na formulação e execução das políticas de Recursos Humanos para o SUS a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com os Departamentos de Gestão da Educação e de Regulação do Trabalho, em 2003. Além disso, nos últimos anos, surgiram outras iniciativas como a Política Nacional de Educação Permanente; o Pró-Saúde; a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS; as Diretrizes Nacionais para a elaboração dos Planos de Carreira, Cargos e Salários dos trabalhadores do SUS; a

Rede Nacional de Saúde do Trabalhador; a elaboração da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH-SUS) (Machado et al., 2006, Scalco et al., 2010). Estudiosos também desenvolveram um modelo de avaliação em gestão de recursos humanos na saúde direcionado à atenção básica, o qual pode ser utilizado como instrumento para visualização da aplicação de políticas nessa área, contribuindo para a tomada de decisões nos diferentes níveis de gestão da saúde (Scalco et al., 2010).

Apesar de algumas iniciativas, ainda há muitos desafios enfrentados com relação à gestão das pessoas na rede pública, como, por exemplo, dificuldades de atração e fixação de profissionais e a não consolidação do plano de carreira, cargos e salários como uma ferramenta para a gestão do trabalho (Santini et al., 2017). Sobre a questão da fixação de profissionais, pesquisadoras identificaram que o principal fator que leva um funcionário a deixar uma organização é seu nível de insatisfação com a função que exerce, sendo causado por qualquer um dos aspectos que compõem o trabalho, com destaque, ao ambiente físico, à localização das unidades de saúde, à disponibilidade de insumos materiais (Campos e Malik, 2008), ou ainda, à baixa remuneração, tornando o setor público menos atrativo aos médicos, por exemplo (Porto e Granetto, 2020, Santini et al., 2017). A precarização dos vínculos e a falta de incentivos para os profissionais da saúde também não estimula a sua permanência nas funções, forçando-os a buscar oportunidades melhores e a encararem os serviços como eventuais ou temporários. Outros fatores que impactam a permanência dos profissionais são a exigência de cumprimento de carga horária integral ou de dedicação exclusiva, baixa oportunidade de progressão profissional

(Porto e Granetto, 2020; Santini et al., 2017), além de questões relacionadas à organização do trabalho, que inclui as motivações relativas à divisão de tarefas, normas, controles e ritmos de trabalho (Pierantoni et al., 2015).

Em hospitais públicos um dos desafios é a incapacidade de reposição de pessoal na velocidade exigida para o bom funcionamento assistencial (Morici e Barbosa, 2013). A alta rotatividade dos profissionais, no entanto, gera um aumento de custos para reposição de pessoal, insatisfação no ambiente de trabalho e dificuldades no atendimento ao usuário, uma vez que o vínculo dos profissionais com o serviço e com a população é uma característica indissociável do trabalho em saúde (Machado e Pereira, 2002). Essas dificuldades desencadearam em iniciativas por parte do Ministério da Saúde como o Provac e o Programa Mais Médicos (Santini et al., 2017).

A gestão de pessoas dentro do ambiente hospitalar pode ser ainda mais difícil se comparada com outras instituições, por conta da equipe multidisciplinar e por se tratar, diretamente, da vida das pessoas. Neste tipo de ambiente encontram-se médicos especialistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, entre outros, os quais devem estar empenhados em promover a saúde e controlar as doenças (Porto e Granetto, 2020). Além disso, convivem nas instituições profissionais com diferentes vínculos de trabalho e, conseqüentemente, com diferentes salários, benefícios, direitos etc., o que acaba influenciando na fixação e na motivação dos profissionais (Morici e Barbosa, 2013).

Outro ponto diz respeito aos sistemas de premiação, que, quando existem, não estão atrelados ao desempenho individual. A estruturação do processo seletivo a partir de concurso público também se apresenta

como um desafio, pois ele não é capaz de suprir a assistência com profissionais capacitados na agilidade necessária, uma vez que os concursos são realizados de forma esporádica, são processos demorados e com muitas etapas. Os critérios de seleção de pessoas também são questionados, pois se baseiam em títulos acadêmicos, sem garantia de que esses conhecimentos serão refletidos na prática do cuidado com o paciente. A falta de autonomia durante os processos leva a instituição a agir de forma menos estratégica, atuando na assistência aos trabalhadores e no apaziguamento de conflitos (Morici e Barbosa, 2013).

Neste sentido, a configuração do campo de atuação da gestão do trabalho em saúde e do gestor de RH deve envolver uma série de atividades, como o planejamento, a captação, a distribuição e alocação de profissionais em postos de trabalho com a qualificação requerida e medidas que fortaleçam a sua fixação, a oportunidade de formação e capacitação que atendam às necessidades de desenvolvimento de competências para atenção à saúde de qualidade, medidas no campo da regulação do trabalho com interfaces e intermediações com as corporações profissionais, com o mercado educativo e com a sociedade (Pierantoni et al., 2004).

gestão de pessoas na rede privada

Na rede privada, a gestão de pessoas pode apresentar algumas diferenças em relação à rede pública. Concernente à contratação de trabalhadores, por exemplo, na rede privada, esse processo pode ser mais rápido e flexível. Além disso, busca por candidatos que apresentem além de conhecimentos técnicos obrigatórios, determinadas habilidades e competências para que seja possível desempenhar as tarefas que o cargo exige. Para se ter uma ideia, uma pesquisa constatou que o tempo despendido para a contratação de pessoas no setor público foi de 423 dias comparativamente aos 58 dias no setor privado (Pan, 2022). Não obstante a agilidade nos processos de contratação na rede privada, estudiosos mostram que há uma necessidade de investimentos da gestão hospitalar para os trabalhadores (Ferreira et al., 2007), uma vez que são raros os hospitais que apresentam uma política de recursos humanos com vistas ao desenvolvimento das potencialidades dos profissionais e que consideram, de modo integrado, a captação e a retenção de pessoal (Aued et al., 2016).

Um dos recursos que pode ser utilizado na gestão de pessoas nos serviços de saúde é o modelo de gestão por competências, em que é realizada uma comparação entre as competências requeridas para ocupar um cargo e as competências do profissional, possibilitando a identificação das lacunas de competências e o desenvolvimento de um plano para cada uma delas. Este processo está relacionado à educação continuada, a qual pode ser vista como um processo que impulsiona as transformações na organização, oportuniza a capacitação e o desenvolvimento

pessoal e profissional (Aued et al., 2016).

Algumas práticas de recursos humanos já têm sido implementadas em hospitais privados de pequeno e médio porte em São Paulo, como por exemplo: práticas de gestão de equipes, gestão de pessoas, clima de trabalho, retenção de talentos, flexibilidade na organização e clareza de responsabilidade (Brito et al., 2017). Identificou-se, ainda, que a retenção de profissionais qualificados é um ponto crítico no setor hospitalar, razão pela qual as instituições analisadas desenvolvem práticas visando aumentar a satisfação dos funcionários e, conseqüentemente, diminuir a rotatividade (Brito et al., 2017).

Estudiosos identificaram que, quando instituições de saúde adotam determinadas variáveis do contexto organizacional e de gestão de pessoas, há um estímulo em relação à inovação. Quando essas variáveis estão alinhadas aos objetivos organizacionais de inovação é mais fácil superar os desafios inerentes ao setor de saúde que impossibilitam a implementação bem-sucedida de inovações (Queiroz et al., 2013).

Enfim, são inúmeros os desafios relacionados à gestão do trabalho: salários irrisórios, condições precárias de trabalho, ausência de incentivos, de qualificação e especialização e de infraestrutura adequada, tanto no setor público quanto no privado, para a produção e a continuidade de uma política de valorização profissional. Além disso, com raras exceções, o sistema de saúde brasileiro não tem buscado elevar o tema “gestão do trabalho” como estratégia institucional (Arias et al., 2006)

gestão de pessoas no contexto internacional

Com relação ao cenário internacional, autores apontam que alguns desafios vêm se acumulando ao longo dos anos, em especial, concernentes à baixa remuneração e motivação das equipes, a iniquidade distributiva da força de trabalho, desempenho e accountability insatisfatórios dos profissionais. Além disso, tem-se a migração entre países, baixa capacidade de preparação e fixação de recursos humanos e o impacto das epidemias na força de trabalho da saúde, resultando em absenteísmo e sobrecarga de trabalho (Martinez e Martineau, 2002). Os problemas que os países em desenvolvimento enfrentam na tentativa de reformar os seus sistemas de saúde e o seu setor público são, em grande medida, o resultado de uma negligência a longo prazo no planejamento e gestão dos recursos humanos (Martínez e Martineau, 2002). Outro ponto discutido quando se trata das pessoas na área da saúde é a saúde mental. Sobre isso, pesquisadores analisaram documentos formulados e aprovados no contexto da Organização Mundial da Saúde (OMS) centrais para a adoção de políticas e programas na área de saúde mental e identificaram que há fragilidades dos serviços atrelados a este tópico e desafios vivenciados na área de recursos humanos, já que muitos profissionais não têm a formação adequada ou não se sentem atraídos para atuarem na saúde mental (Ventura et al., 2021).

Por esta razão, diversos atores têm se esforçado para superar os desafios a partir de

quatro objetivos: (a) aumentar a cobertura e a fixação das equipes de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e equitativa, (b) garantir competências e habilidades-chave para a força de trabalho em saúde, (c) aumentar o desempenho da equipe de profissionais frente aos objetivos definidos, (d) fortalecer a capacidade de planejamento e gerenciamento de RH no setor Saúde (Pierantoni et al., 2006).

A OMS apresenta algumas estratégias para lidar com os desafios relacionados à área de Recursos Humanos que devem ser implementadas a curto, médio e longo prazo. A curto prazo tem-se o fortalecimento de práticas gerenciais, advocacy, desenvolvimento de políticas para incentivos e fixação de recursos humanos, apoio ao treinamento em serviço e disseminação de novas práticas. No médio prazo, sugere-se a realização de estudos com foco na implementação e impacto das políticas, desenvolvimento de sistemas de informação de recursos humanos. A longo prazo tem-se o fortalecimento da capacidade dos formuladores de política regional e nacional e a construção de infraestrutura (Pierantoni et al., 2006).

impactos na saúde e bem-estar dos trabalhadores da saúde

Na seção anterior, foi possível identificar os desafios relacionados à gestão de pessoas, tanto na rede pública, quanto na rede privada no Brasil, além de aspectos relacionados ao cenário internacional. Nesta seção, serão abordadas as implicações da gestão de pessoas para a saúde e bem-estar dos profissionais da área da saúde.

a saúde e bem-estar dos trabalhadores da saúde

A literatura mostra que a percepção com relação ao ambiente de trabalho influencia a satisfação e a saúde dos profissionais da saúde. Práticas de formação, avaliação de desempenho e de resposta à mudança, como também o suporte social de superiores e colegas são os principais preditores da saúde (Carvalho, 2007). Sobre este último ponto, é importante ressaltar que os afetos no ambiente de trabalho se apresentam como uma condição indispensável para um melhor entendimento tanto do bem-estar geral dos indivíduos quanto da sua satisfação com o trabalho (Gouveia et al., 2009). Inclusive, quanto maior a percepção de suporte social informacional de colegas ou supervisores, ou seja, de informações claras e positivas que confirmam a percepção de apoio por parte das redes sociais inseridas

na organização, maiores os índices de satisfação no trabalho e de afetos dirigidos ao trabalho (Da silva Gottardo e Ferrreira, 2015).

Por outro lado, a sobrecarga e o conflito de papel se mostram como os principais fatores de risco, indicando que a sua presença pode ser prejudicial para a saúde dos trabalhadores (Carvalho, 2007). Pesquisadores apontam que, dentre os diversos fatores que impactam a saúde de profissionais da enfermagem, destacam-se o estresse contínuo e as possíveis doenças ocupacionais desencadeadas pela sobrecarga de trabalho, pela alta responsabilidade e pela pressão dos gestores, que foram agravadas após a propagação da Covid-19 (De Santana et al., 2020). Além disso, a necessidade de enfermeiros estarem “sempre acima das expectativas” é gerador de sofrimento (Ferreira et al., 2007).

Profissionais da saúde podem sofrer estresse e ansiedade devido à escassez de recursos e condições inadequadas de trabalho (Porto e Granetto, 2020). A literatura mostra que enfermeiros, por exemplo, precisam lidar com a política frágil de cargos e salários; a inexistência de piso salarial da categoria; elevada carga horária; baixa remuneração; duplos vínculos empregatícios; vínculos precários nos contratos de trabalho; alta responsabilidade; lida cotidiana com a dor, sofrimento, morte. A situação pode ser agravada quando

as condições são compreendidas como intrínsecas à profissão ou ao contexto empobrecido do trabalho, naturalizando ou banalizando o cenário (Esperidião et al., 2020).

Pesquisadores também apontam que profissionais da saúde podem sofrer da síndrome da fadiga da compaixão, que se trata da redução na habilidade do profissional para sentir alegria ou preocupação, causada por intensa compaixão e cuidado com os outros. Essa síndrome é agravada por alguns fatores como o tempo de trabalho na saúde, o setor de trabalho, a função no setor, o uso de medicação para dormir, o tipo de vínculo empregatício e a autopercepção do estado de saúde. Faz-se necessário, portanto, ações para prevenir e tratar a síndrome, a fim de aumentar a satisfação e reduzir o estresse traumático e o *burnout* (Torres et al., 2019). Especialistas identificaram o impacto do apoio organizacional na redução da exaustão emocional, conhecido como o primeiro estágio do *burnout*. Eles sugerem, por exemplo, que funcionários que exercem o trabalho físico e perigoso na saúde sejam tão reconhecidos quanto os médicos, por exemplo. Além disso, eles recomendam apoio organizacional à participação e influência de profissionais sobre a tomada de decisão com relação ao seu próprio trabalho, pois isso aumentaria os seus recursos e reduziria a tensão no trabalho e exaustão emocional (Siddique et al., 2024). A carga horária excessiva, o *burnout* e a depressão não ocasionam problemas somente para os próprios profissionais, mas também estão associados ao risco aumentado de erros médicos, prejudicando o atendimento aos pacientes (Landrigan, 2011), além de acarretar altos custos no setor de saúde (Siddique et al., 2024).

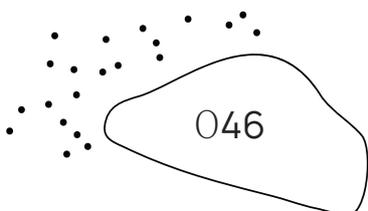
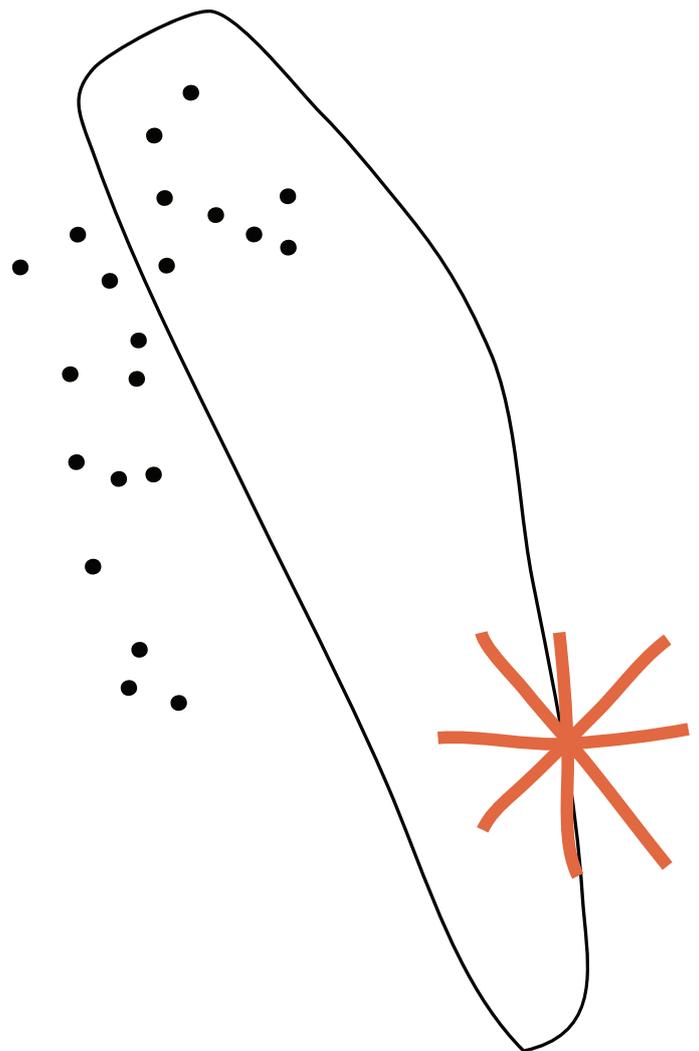
Estudiosos fazem um alerta sobre a necessidade de investimentos da gestão

hospitalar, no sentido de propiciar fontes de elaboração e transformação do sofrimento, em situações prazerosas no trabalho (Ferreira et al., 2007). Neste sentido, a melhora nas condições de trabalho, disponibilidade de recursos, treinamentos adequados, otimização das jornadas de trabalho e meio propício ao descanso dos profissionais se mostram medidas capazes de mantê-los saudáveis (Bezerra et al., 2020). Estudiosos também propõem a humanização como estratégia de gestão de pessoas, na medida em que ela se apresenta como uma forte aliada para o desenvolvimento e satisfação das equipes de enfermagem, pois os profissionais se sentem inseridos como parte importante da liderança das instituições. Além disso, a humanização contribui para o desempenho das equipes de forma produtiva e satisfatória, traz melhorias das condições de trabalho, alcançando benefícios para a saúde, qualidade de vida e de trabalho, aumentando a produtividade e, até mesmo, o lucro direto e indireto para as instituições (Dias et al., 2020).

É importante ressaltar que o índice de sintomas psiquiátricos que já era alarmante no trabalhador da saúde se agravou durante a pandemia (Prado et al., 2020), mostrando-se crescente o número de casos de depressão, ansiedade, comportamento suicida, síndrome de *burnout*, surtos psicóticos, uso problemático de álcool e outras drogas, estresse, fadiga e esgotamento profissional entre profissionais da saúde, em especial, entre enfermeiros (Dantas, 2021; Esperidião et al., 2020). Além da carga de trabalho exaustiva, a escassez de equipamentos de proteção individual (EPI) e as mudanças na rotina se mostraram como os principais fatores estressores ocasionados pelo Coronavírus (De Oliveira et al., 2021).

Para lidar com esses desafios, algumas

estratégias foram adotadas, como: ações individuais, melhoras no gerenciamento de crise, atendimento psicológico ao profissional de saúde, apoio familiar e intervenções realizadas no meio virtual, como encontros em grupo e palestras que têm como objetivo o fortalecimento mental (De Oliveira et al., 2021). O estabelecimento da qualidade socioemocional dos enfermeiros que atuaram durante a pandemia do Coronavírus é imprescindível, sobretudo como estratégia de enfrentamento, com vistas à proteção da saúde e prevenção de agravos para esses profissionais (Cassiano et al., 2022), os quais necessitam de um olhar mais sensível voltado às suas necessidades físicas, mentais e espirituais (Bezerra et al., 2020). Pesquisadores apontam que gestores e empregadores devem dispender atenção qualificada na direção de formulação e execução de políticas públicas a fim de lidar com a questão da saúde mental de profissionais da saúde. Para isso, sugerem o mapeamento do perfil epidemiológico dos profissionais em sofrimento psíquico e com diagnósticos de transtornos mentais para que seja possível direcionar recursos de promoção de saúde mental e o bem-estar a eles (Esperidião et al., 2020).



práticas organizacionais para saúde e bem-estar

A literatura mostra que políticas de Gestão de Pessoas e de confiança do profissional na organização impacta o bem-estar no trabalho, haja vista que o ambiente de trabalho é o local em que as pessoas passam a maior parte do seu tempo. Quando as políticas são percebidas pelos profissionais como justas e coerentes para toda a equipe, será possível propiciar elevado nível de bem-estar, reduzindo a rotatividade de pessoal e melhorando a produtividade (Oliveira et al., 2020).

Neste sentido, o ambiente de trabalho e a má gestão são causas ou agravantes de questões relacionadas à saúde mental, como a ansiedade e estresse. Isso ocorre pois, com a má gestão, podem surgir ambientes altamente políticos como uma resposta dos colaboradores ao tentar controlar as incertezas. A adoção de um sistema de RH de alto desempenho, proposto por Takeuchi et al. (2007), pode contribuir para aumentar a satisfação dos colaboradores, como também a produtividade organizacional, a criatividade e a inovação (Story e Alves, 2022). O sistema de RH de alto desempenho (Takeuchi et al., 2007) contempla um conjunto de práticas, como: formas de seleção rigorosas e diversas, alocação de funções de acordo com as capacidades individuais, negociação e definição de objetivos claros na avaliação de desempenho, job rotation, empoderamento de funcionários na tomada de decisão, remuneração baseada no desempenho, treinamentos voltados para a experiência no trabalho, desenvolvimento contínuo dos colaboradores, recompensas

materiais e não materiais (Story e Alves, 2022).

Pesquisadores também mostram que o papel do líder é fundamental para a promoção de saúde e bem-estar dos profissionais (Kuoppala et al., 2008; Hoert et al., 2018). Então, outro ponto de atenção diz respeito ao papel do desenvolvimento de lideranças na saúde, especialmente a partir de uma formação formal (Sonnino, 2016). Apesar do crescente apoio à importância das práticas de desenvolvimento de liderança em diversos setores, pouco se sabe sobre o desenvolvimento de liderança nesta área (McAlearney, 2006, Hergett et al., 2017) e, muitas vezes, as oportunidades de desenvolvimento de liderança se mostram limitadas (Sonnino, 2016).

Com relação à influência dos líderes nas equipes, estudiosos mostram que, nas equipes de enfermagem, por exemplo, uma liderança eficaz, comprometida, que prioriza e apoia práticas a partir de um estilo de liderança positivo é capaz de nutrir uma cultura de segurança (Morcelli et al., 2023). Ainda sobre a liderança em enfermagem, Facião et al. (2022) apontam dez instrumentos que podem ser utilizados para avaliar as competências dos líderes: comunicação, tomada de decisão, habilidade social, gerenciamento da equipe, informação atualizada e gestão estratégica e financeira. Desta forma, é possível estabelecer uma relação harmônica entre líderes e liderados. Para Swearingen (2009), o desenvolvimento da liderança em enfermagem afeta a satisfação do pessoal e, até mesmo, os resultados dos pacientes. Vendemiatti et al. (2010) destacam

que um dos desafios da liderança na área da saúde é lidar com as subculturas médica, de enfermagem e administrativa. Segundo os autores, os conflitos entre elas surgem das formas de controle do trabalho, divergência de interesses e desigualdade de tratamento social. Portanto, a liderança deveria se deslocar da perspectiva do comando e controle para outra mais subjetiva, como a construção de relacionamentos com base na confiança a atribuição de significado para a ação dos liderados. De acordo com Carrara et al. (2017), na área da saúde se destacam a liderança transformacional, situacional, servidora e autêntica. Os autores defendem a utilização de uma avaliação da liderança a partir de instrumentos validados, uma vez que, investir na liderança e avaliar o seu desempenho é fundamental para o alcance do principal objetivo de um líder: o desenvolvimento de pessoas.

McAlearney (2006) propõe um modelo de compromisso com o desenvolvimento de liderança nas organizações de saúde influenciado por três fatores: estratégia, cultura e estrutura. O modelo contribui para que líderes respondam às múltiplas partes interessadas e cumpram metas de desempenho em múltiplas dimensões de eficácia. Chanes (2006) apresenta os componentes que constituem a base para a formação de líderes em saúde: clareza dos objetivos, reconhecimento dos fatores motivacionais na visão organizacional, comunicação aberta e constante, processo decisório descentralizado, estabelecimento de vínculos relacionais, liderança transformacional e inovação. Outro modelo atrelado ao desenvolvimento de liderança na área da saúde foi desenvolvido por Hergett et al. (2017). Este modelo é baseado no princípio fundamental da centralização no

paciente e nas competências essenciais de Integridade, Trabalho em Equipe, Pensamento crítico, inteligência emocional e serviço altruísta. Sonnino (2016) defende que algumas competências devam ser ensinadas ou refinadas ainda no início da carreira. A autora aponta, ainda, que a formação em liderança nos cuidados de saúde é mais eficaz quando ocorre ao longo do tempo, é abrangente, interdisciplinar, incorpora projetos individuais/institucionais e possibilita que os profissionais apliquem imediatamente as competências desenvolvidas. A formação deve contemplar todos os domínios tradicionais dos cuidados de saúde, como a prática clínica, a educação e a investigação, para que o líder possa compreender todas as atividades que decorrem sob a sua liderança.

Sobre a eficácia dos programas formais de liderança, Flaig et al. (2020) identificaram que eles podem trazer inúmeros resultados como: aquisição de conhecimento sobre funções e responsabilidades de gestão e liderança, aumento na confiança e nas habilidades de comunicação, capacidade de networking com pessoas dentro da organização e aumento na positividade e satisfação no trabalho. Ayeleke et al. (2019) também identificaram que intervenções de formação e desenvolvimento profissional que utilizam técnicas de formação múltiplas e flexíveis, adaptadas aos contextos organizacionais, podem melhorar a competência e o desempenho individuais em termos de liderança.

Vale ressaltar, também, a importância da integração entre as áreas de Educação e Gestão do Trabalho na Saúde. Sobre este tópico França e Magnago (2019) buscam estimular os debates acerca dos limites e possibilidades que se apresentam neste campo, partindo do pressuposto que a

qualificação das atividades de gestão da educação na saúde e a avaliação das ações em curso darão suporte ao planejamento, à reorientação e à continuidade das políticas e programas nacionais em vigência e, por conseguinte, a expansão do acesso e do aperfeiçoamento da qualidade dos serviços prestados à população brasileira (França e Magnago, 2019), sendo possível visualizar algumas iniciativas nesta direção.

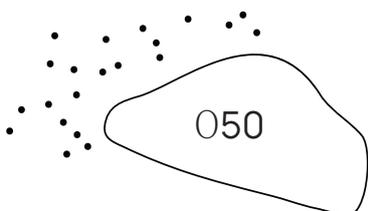
Em 2022 foi realizado o 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva e que deu origem a diversas propostas para a área de gestão do trabalho e educação na saúde para o fortalecimento do SUS. Entre elas estão: fortalecer a regulação da oferta de cursos de graduação em saúde, especialmente, para a modalidade de educação à distância; adotar a concepção do “SUS como escola”; fortalecer a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e fomentar ações descentralizadas de formação no cotidiano do trabalho que permitam a ressignificação das práticas profissionais; criar mecanismos de incentivo às mudanças nos processos de ensino-aprendizagem da formação de profissionais de saúde em todos os níveis, entre outras (Grupo Temático Trabalho e Educação na Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2023).

Além disso, em 5 de dezembro de 2023 foi instituído o Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) denominado ValorizaGTES-SUS, de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (2023). O programa busca incentivar o fortalecimento e a consolidação das áreas de gestão do trabalho e da educação na saúde no SUS. São diversos os seus objetivos, como por exemplo: fortalecer a capacidade técnico-administrativa dos

municípios, estados e Distrito Federal nas áreas de gestão do trabalho e da educação na saúde, considerando as necessidades de investimento na melhoria das condições e relações de trabalho e no aperfeiçoamento do perfil dos trabalhadores da saúde; fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade, levando em conta a importância dos trabalhadores do SUS nos processos de formação em saúde, entre outros.

É possível inferir, portanto, que algumas práticas possam ser implementadas nas instituições de saúde trazendo inúmeros benefícios para os profissionais em termos de saúde e bem-estar (Demo, 2008). Algumas recomendações podem ser feitas, na seguinte direção:

- Estabelecimento de estratégia organizacional que contemple, entre outros fatores, os objetivos, a missão, visão e valores da instituição de saúde;
- Desenvolvimento de um planejamento estratégico da força de trabalho que favoreça atingir a estratégia organizacional;
- Adoção do Modelo de Gestão por Competências, em que se faz necessário a identificação de competências necessárias ao sucesso da organização e as competências já existentes internamente. A partir do gap de competência é possível optar pela contratação ou desenvolvimento de profissionais;
- Elaboração de descrição e análise de cargos para esclarecer as responsabilidades de cada profissional dentro da instituição de saúde; as relações de trabalho, as responsabilidades, entre outras informações. A ferramenta busca, ainda, evitar a sobrecarga e conflitos de papéis e, consequentemente minimizar situações de ansiedade e estresse;
- Elaboração de estratégias de recrutamento e seleção, em que a instituição é capaz de atrair o perfil desejado e de avaliar as competências dos candidatos, garantindo a contratação de profissionais qualificados para as vagas;
- Investimento em capacitação dos profissionais da saúde: programas de treinamento e desenvolvimento para atendimento de forma íntegra; além de capacitação em gestão de pessoas;
- Promoção de eventos para a socialização dos profissionais e integração à cultura organizacional; como também para o desenvolvimento de vínculos e afetos;
- Utilização de instrumentos de avaliação de desempenho;
- Reconhecimento dos profissionais da saúde em forma de elogios e feedbacks; além de remuneração, premiação e benefícios adequados;
- Elaboração de plano de carreira, que possibilite a progressão de carreira, atrelada à remuneração com base no desempenho individual;
- Estímulo à participação dos profissionais nas tomadas de decisão e resolução de problemas;
- Consideração de ideias, sugestões e reclamações dos trabalhadores;
- Estabelecimento de relações com base no respeito e na colaboração; promovendo ambiente psicologicamente seguro;
- Garantia de boas condições de trabalho, como a disponibilização de insumos materiais, políticas mais flexíveis de trabalho, locais propícios ao descanso, entre outros;
- Apoio psicológico, roda de conversa, entre outras ações que visem a promoção de saúde e bem-estar dos profissionais, os quais, frequentemente, são expostos a situações relacionadas à dor, sofrimento e morte.



referências bibliográficas

Adorno, A. M. N. G., Martins, C. A., Mattos, D. V. D., Tyrrell, M. A. R., & Almeida, C. C. O. D. F. (2017). Gestão hospitalar como ferramenta do cuidado. *Rev. enferm. UFPE on line*, 3143-3150.

Arias, E. H. L., Vitalino, H. A., Machado, M. H., Aguiar Filho, W., & Cruz, L. A. M. Da. (2006). *Gestão Do Trabalho No Sus. Cad Rh Saúde*; 3:141-8.

Aued, G. K., Bernardino, E., Peres, A. M., Lacerda, M. R., Dallaire, C., & Ribas, E. D. N. (2016). Competências clínicas do enfermeiro assistencial: uma estratégia para gestão de pessoas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69, 142-149.

Ayeleke, R. O., North, N. H., Dunham, A., & Wallis, K. A. (2019). Impact of training and professional development on health management and leadership competence: a mixed methods systematic review. *Journal of health organization and management*, 33(4), 354-379.

Bezerra G. D., Sena A. S. R., Braga S. T., dos Santos M. E. N., Correia L. F. R., Clementino K. M. de F., Carneiro Y. V. A., Pinheiro W. R. O impacto da pandemia por COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde: revisão integrativa. *Rev. Enferm. Atual In Derme [Internet]*. 4º de setembro de 2020 [citado 13º de março de 2024];93:e-020012. Disponível em: <https://teste.revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/758>

Brito, L. A. L., Malik, A. M., Brito, E., Bulgacov, S., & Andreassi, T. (2017). Práticas de gestão em hospitais privados de médio porte em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00030715.

Campos, C. V. A.; Malik, A. M. (2008). Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 347-368.

Carrara, G. L. R., Bernardes, A., Balsanelli, A. P., Camelo, S. H. H., Gabriel, C. S., & Zanetti, A. C. B. (2017). A utilização de instrumentos para avaliação da liderança nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(3), e0060.

Carvalho, I. S. (2007). Clima psicológico como preditor da saúde e do bem-estar de profissionais de saúde em contexto hospitalar. *Psicologia*, 21(1), 27-58.

Chanes, Marcelo. Os desafios na formação de gestores líderes em saúde. *O mundo da Saúde – São Paulo*, 2006: abr/jun 30 (2): 326-331.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2023, 7 de dezembro). <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-181-2023-publicada-a-portaria-gm-n-2-168-que-institui-o-programa-de-valorizacao-da-gestao-do-trabalho-e-da-educacao-na-saude-no-ambito-do-sistema-unico-de-saude-valoriza/>

Da Silva Gottardo, L. F., & Ferreira, M. C. (2015). Suporte social, avaliações autorreferentes e bem-estar de profissionais de saúde. *Arquivos brasileiros de Psicologia*, 67(1), 146-160.

Dantas, E. S. O. (2021). Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e200203.

De Oliveira, A. T., Monsore, A. F., Ribeiro, W. A., de Araujo Franco, A., Dos Anjos, B. F., da Conceição Dias, L. L., & Macedo, G. F. (2021). Fatores estressores e estratégias do enfrentamento do enfermeiro intensivista frente ao novo coronavírus. *Research, Society and Development*, 10(9), e31610918119-e31610918119.

De Santana, A. C. C. S., dos Santos, L. E. S., & dos Santos, L. S. (2020). Covid-19, Estresse Contínuo e Síndrome de Burnout: Como Anda a Saúde dos Profissionais da Enfermagem? *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-SERGIPE*, 6(2), 101-101.

Demo, G. (2008). Desenvolvimento e validação da Escala de Percepção de Políticas de Gestão de Pessoas (EPPGP). *Revista de Administração Mackenzie*, 9(6), 77-101. doi:10.1590/S1678-69712008000600005

Dias, N. T. C., Costa, A. D. M. B., & Martinez, M. R. (2020). A humanização como estratégia de gestão de pessoas para os profissionais da enfermagem: ensaio teórico reflexivo. *Brazilian Journal of Development*, 6(2), 7762-7775.

Esperidião, E., Saidel, M. G. B., & Rodrigues, J. (2020). Saúde mental: foco nos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, e73supl01.

Facião, B. H., Aroni, P., Haddad Rodrigues, M., da Silva Melo Malaquias, T., Carvalho Barreto, M. F., Rossaneis, M. Â., & Fernandez Lourenço Haddad, M. D. C. (2022). Instrumentos para avaliação das competências de liderança em enfermagem: Revisão de literatura. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(2).

Ferreira, G. E., dos Santos, E. P., Duarte, É. R. M., & Costa, A. C. S. (2017). Perspectivas de enfermeiros da rede hospitalar privada acerca da gestão de pessoas: análise da psicodinâmica do trabalho. *Revista de Administração em Saúde*, 17(69).

Flaig, J., Alam, A., Huynh, J., Reid-Hector J., & Heuer, A. (2020). Examining how formal leadership development programs positively influence hospital leaders' individual competencies and organizational outcomes—an evidence-based literature review. *Journal of Healthcare Leadership*, 69-83.

França, T., & Magnago, C. (2019). Políticas, programas e ações de educação na saúde: perspectivas e desafios. *Saúde em Debate*, 43, 4-7.

Gouveia, R. S., Lins, Z. M. B., Freires, L. A., de Brito, A. I. A. S., & Souza, T. J. (2009). Bem-estar afetivo entre profissionais de saúde. *Revista Bioética*, 17(2).

Grupo Temático Trabalho e Educação na Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). (2023). Propostas para a área de gestão do trabalho e educação na saúde para o fortalecimento do SUS. *Saúde e Sociedade*, 32(Suppl 2), e230497pt.

Hargett, C. W., Doty, J. P., Hauck, J. N., Webb, A. M., Cook, S. H., Tsipis, N. E., & Taylor, D. C. (2017). Developing a model for effective leadership in healthcare: a concept mapping approach. *Journal of healthcare leadership*, 69-78.

Hendry, C., Woodward, S., Harvey Cook, J., & Gaved, M. (1999). Investors' views of people management. *Corporate Governance: An International Review*, 7(4), 324-337.

Hoert, J., Herd, A. M., & Hambrick, M. (2018). The role of leadership support for health promotion in employee wellness program participation, perceived job stress, and health behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 32(4), 1054-1061.

Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J., & Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being, and health effects—a systematic review and a meta-analysis. *Journal of occupational and environmental medicine*, 50(8), 904-915.

Landrigan CP. Healthcare provider working conditions and well-being: sharing international lessons to improve patient safety. *J Pediatr (Rio J)*. 2011;87(6):463-5.

Macedo, J. S., & Oliveira, L. S. R. (2019). Como o planejamento estratégico poderá afetar investimentos na gestão de pessoas. *Estação Científica*, 13(JUL./DEZ.).

Machado, M. H., Aguiar Filho, W, Zamberlan F. X, Ribeiro, S. B., & Mendonça E. P. (2006). A mesa de negociação como instrumento para a gestão do trabalho no SUS. *Cad RH Saúde*; 3:141-8.

Machado, M. H.; & Pereira, S. (2002). Los recursos humanos y el sistema de salud en Brasil. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 16, n. 1, p. 89-93, jan.-fev.

Martinez, J., Martineau, T. (2002). Human resources in the health sector: an international perspective. Disponível em: < <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08d4740f0b652dd001894/Human-resources-in-the-health-sector.pdf> >. Acesso em: 16 março de 2024.

McAlearney, A. S. (2006). Leadership development in healthcare: a qualitative study. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 27(7), 967-982.

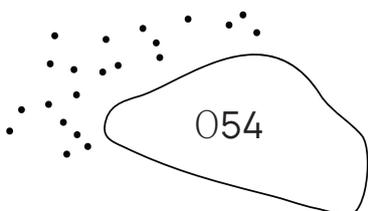
Morcelli, L. M. B., Dias, B. M., Gabriel, C. S., & Bernardes, A. (2023). Influência da liderança do enfermeiro na segurança dos pacientes: uma revisão integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem*.

Morici, M. C., & Barbosa, A. C. Q. (2013). A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Revista de Administração Pública*, 47, 205-225.

Oliveira, Á. F., Gomide Júnior, S., & Poli, B. V. (2020). Antecedentes de bem-estar no trabalho: Confiança e políticas de gestão de pessoas. *RAM. Revista de Administração Mackenzie*, 21, eRAMD200105.

Pan, L. C. P. (2022). Gestão de pessoas: o processo de contratação de profissionais no segmento da saúde pública e privada. *Concilium*, 22(6), 517-528.

Pierantoni, C. R., Varella, T. C., & França, T. (2004). Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In *Observatório de recursos humanos em*



saúde no Brasil: estudos e análise (pp. 51-70).

Pierantoni, C. R., Vianna, C. M. D. M., França, T., Magnago, C., & Rodrigues, M. P. D. S. (2015). Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde em Debate*, 39, 637-647.

Porto, M. E. A., & Granetto, S. Z. (2020). Gestão de Pessoas nos ambientes hospitalares: Uma revisão sobre os principais pontos de uma gestão eficiente / People Management in hospital environments: A review on the main points of efficient management. *Brazilian Journal of Development*, 6(6), 38366-38382. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-398>

Prado, A. D., Peixoto, B. C., da Silva, A. M. B., & Scalia, L. A. M. (2020). A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (46), e4128. <https://doi.org/10.25248/reas.e4128.2020>

Queiroz, A. C. S., de Albuquerque, L. G., & Malik, A. M. (2013). Gestão estratégica de pessoas e inovação: estudos de caso no contexto hospitalar. *Revista de Administração*, 48(4), 658-670.

Santini, S. M. L., Nunes, E. D. F. P. D. A., Carvalho, B. G., & Souza, F. E. A. D. (2017). Dos 'Recursos Humanos' à Gestão do Trabalho: Uma Análise da Literatura sobre o Trabalho no Sus. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15, 537-559.

Scalco, S. V.; Lacerda, J. T.; & Calvo, M. C. M. (2010). Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 603-614.

Siddique, S., Gore, R., Zhang, Y., & Punnett, L. (2023). Emotional exhaustion in healthcare workers: Moving beyond coping skills to improve organizational conditions. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 10-1097.

Sonnino, R. E. (2016). Health care leadership development and training: progress and pitfalls. *Journal of healthcare leadership*, 19-29.

Story, J., & Alves, T. C. (2022). O que fazer com a epidemia de ansiedade no trabalho. *GV-EXECUTIVO*, 21(2).

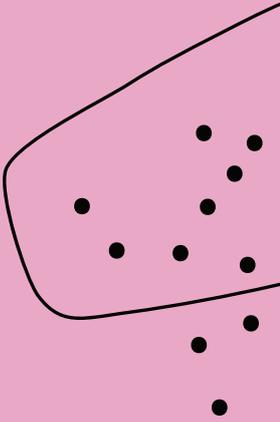
Swearingen, S. (2009). A journey to leadership: designing a nursing leadership development program. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(3), 107-112.

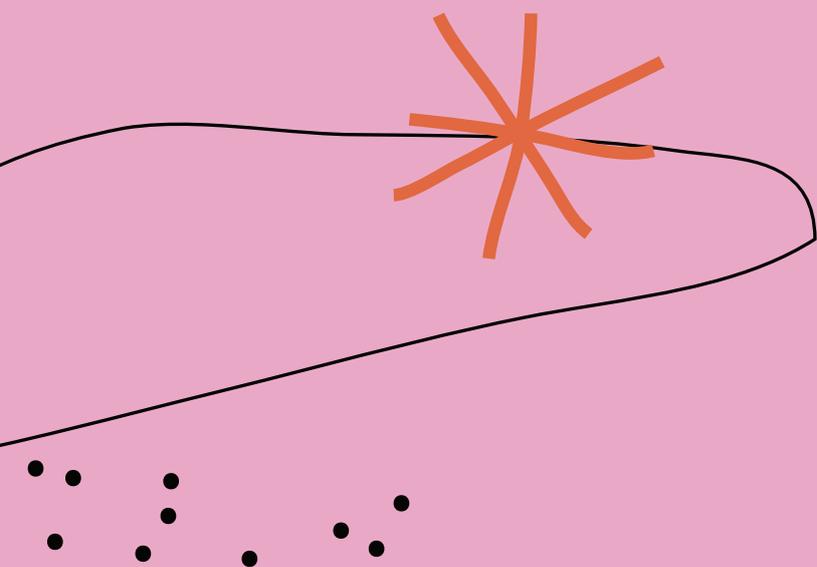
Takeuchi, R., Lepak, D. P., Wang, H. & Takeuchi, K. (2007). An empirical examination of the mechanisms mediating between highperformance work systems and the performance of Japanese organizations. *Journal of Applied Psychology*, 92(4), 1069-1083. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.4.1069>.

Torres, J., Barbosa, H., Pereira, S., Cunha, F., Torres, S., Brito, M., & Silva, C. (2019). Qualidade de vida profissional e fatores associados em profissionais da saúde. *Psicol Saúde Doenças*, 20(3), 670-81.

Vendemiatti, M., Siqueira, E. S., Filardi, F., Binotto, E., & Simioni, F. J. (2010). Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 1301-1314.

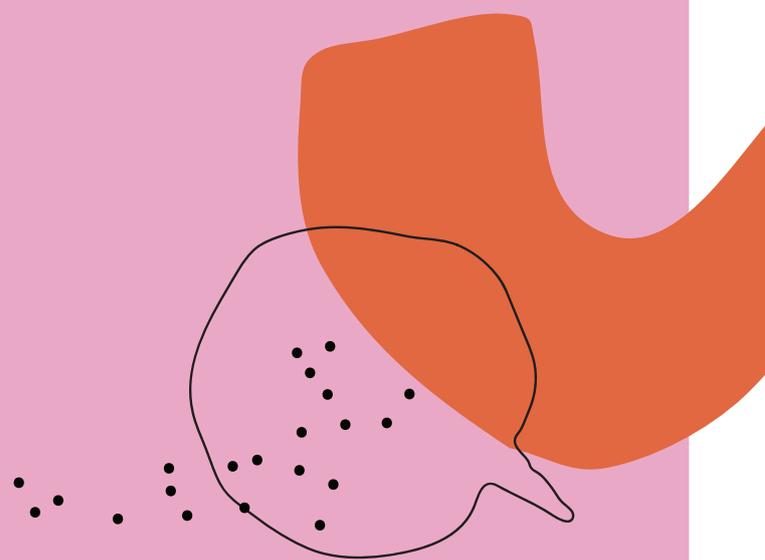
Ventura, C. A. A., Mendes, I. A. C., Zanardo, A. B. R., & Silva, Í. R. (2021). Diretrizes da Organização Mundial da Saúde relacionadas aos recursos humanos em saúde mental. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 17(3), 78-87.





diversidade, equidade e inclusão na saúde: desafios e horizontes

Marcelo Ferretti



Marcelo Ferretti

Professor de Psicologia e Ética da FGV-EAESP. É integrante do Laboratório de Teoria Social, Filosofia e Psicanálise da Universidade de São Paulo (LATESFIP-USP), membro do comitê consultivo do Movimento Mente em Foco, iniciativa do Pacto Global da ONU no Brasil, e participante do Núcleo Semente - Saúde Mental e Direitos Humanos relacionados ao Trabalho, vinculado ao Instituto Sedes Sapientiae.

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e sobretudo após a difusão do então Programa de Saúde da Família (PSF), a equipe multiprofissional passou a ser pedra de toque do trabalho em equipe. Ao mesmo tempo, o conceito de saúde foi revisto e ampliado, concebido como processo de produção de normas de vida vinculado a uma série de condicionantes. Essas transformações modificaram as diretrizes do trabalho no setor de saúde, as quais começaram a exigir uma diversificação coordenada de olhares, práticas e métodos. Essa exigência, porém, não se consolidou. O que se observa, efetivamente, em boa parte dos equipamentos de saúde, é a fragmentação nos atos e nas relações dos profissionais de saúde. Assim, ficou claro que a constituição de equipes multiprofissionais não bastou para superar a distância imposta pelas formações de cada especialidade que compõe as equipes ou as distinções entre as condutas e os procedimentos adotados por cada uma delas. Essa fragmentação ameaça nada menos que um dos princípios mais fundamentais do SUS: o da integralidade.

De fato, mais que um princípio, a integralidade é uma “imagem-objetivo”, como se diz na área de planejamento – isto é, uma situação a ser alcançada. Mais especificamente, trata-se de um horizonte em que figuram as características desejáveis de um sistema público de saúde, as quais, por sua vez, contrastam com as indesejáveis. Na qualidade de “imagem-objetivo”, a integralidade possui diversos sentidos: uma forma de articular ações preventivas e assistenciais, uma maneira horizontalizada de organizar os serviços de saúde, uma resposta governamental pautada pela recusa em objetivar os sujeitos aos quais uma política de saúde é destinada. Importa ressaltar que

esses sentidos convergem para a defesa da intersubjetividade nas práticas de saúde, nas quais, portanto, profissionais devem se relacionar com sujeitos, e não objetos, e dialogar visando à elaboração das ações a serem postas em prática, sempre em sintonia com o contexto em que ocorrem. Embora muito discutida quando se trata da relação com os usuários, a integralidade costuma ser menos lembrada quando se toca a questão do funcionamento das próprias equipes multidisciplinares. Se nos voltarmos para ela a fim de encaminhar o problema do funcionamento fragmentário delas, obteremos pistas de que não deveríamos nos deixar levar pela tendência naturalizada da homogeneização organizacional e do apagamento das diferenças. Pois sanar o problema requer justamente o contrário: apostar em equipes diversas, e não apenas no que se refere às abordagens. Trata-se, sobretudo, de fomentar o trabalho entre sujeitos diversos, no que diz respeito aos aspectos racial, sexual, de gênero, étnico e socioeconômico. Essa é, afinal, a composição da população brasileira.

A discussão sobre diversidade, contudo, tem sido mais conhecida sob a forma como vem sendo feita no mundo corporativo. Estudos têm mostrado que diversidade leva a um aumento da produtividade das empresas e organizações, o que, evidentemente, fez a descoberta começar a circular no mercado. Sobretudo desde o assassinato de George Floyd nos EUA em 2020, elas foram instadas a atentar para a falta de diversidade, equidade e inclusão em seus ambientes de trabalho. A preocupação com esses três fatores deixou então de ser considerada uma função secundária dos departamentos de recursos humanos. De tão enfatizados, esses fatores foram reunidos sob a forma de um acrônimo –

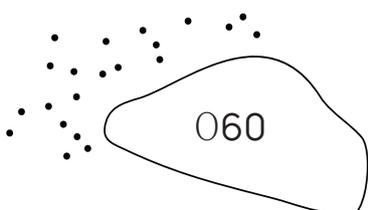
DEI – que passou a intitular programas os quais receberam investimentos. Os “programas DEI” foram apontados nas organizações como promotores do aumento da produtividade, da queda de ações discriminatórias, da melhora da reputação, do incremento das performances, da retenção de talentos, do apuro na compreensão dos clientes, da resolução de problemas por meio da criatividade.

Num setor como o da saúde, no qual se presta algo distinto de um serviço mercantil, os fatores que compõem o acrônimo se fazem ainda mais importantes, mas, antes de nos determos nessa questão, é preciso indicar o que eles significam. Grosso modo, diversidade corresponde às dimensões fundamentais de nossa identidade – raça, gênero, orientação sexual, religião, condição física ou mental, posição socioeconômica. Já equidade significa dar às pessoas condições justas de atuação, o que implica reconhecer que algumas delas, em razão de seus traços identitários, foram obrigadas a enfrentar uma série de obstáculos e desvantagens os quais não se impuseram a outras, comparativamente mais privilegiadas. Daí a promoção de oportunidades para que alguns avancem em suas carreiras, de compensações financeiras, da concessão de voz em decisões que lhes concernem. Como numa corrida feita num circuito oval, os corredores não são colocados numa mesma linha, e sim em pontos diferentes, para que todos corram a mesma distância. Por fim, inclusão é a criação de um ambiente em que todas e todos sintam que sua identidade é valorizada e respeitada, o que cria condições de sua participação na vida organizacional.

Desde que lembremos que as dimensões da identidade não são, de forma alguma, naturais, e sim construídas histórica, social, cultural e politicamente, conseguimos enxergar o entrelaçamento

entre esses três fatores. Eles convergem para a mitigação das desigualdades, que prejudicam o funcionamento das equipes por diversas razões. Por exemplo, em artigo recente publicado na Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, constata-se que, numa amostra aleatória de trabalhadores da saúde da Bahia, a prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres negras foi três vezes maior que a do grupo de referência, homens brancos em situação de equilíbrio. Uma pesquisa como essa revela a intersecção entre categorias como raça e gênero para a geração de desigualdades profundas no trabalho em saúde. Não se pode dar um encaminhamento satisfatório a um problema como esse sem a elaboração de políticas que atuem de forma conjunta para promover oportunidades, reconhecer identidades e criar um ambiente em que haja valorização destas.

Deve-se ressaltar que, muito antes da descoberta da importância de DEI começar a circular no mercado, havia uma mobilização persistente dos movimentos sociais pela efetivação do trinômio em nosso país, a qual, após anos de militância, resultou em medidas e diretrizes importantes. Poderiam ser lembradas leis como a 10.639 , que instituiu o ensino de História da África e dos Africanos nas escolas; e diretrizes como as dos documentos que apresentam a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra , que estabeleceu vários marcos e objetivos para a melhoria das condições de saúde dessa população, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta , voltada para os povos e comunidades da área rural, das florestas e dos campos aquáticos, e, por fim, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que visaram à implementação de ações para



essa população nas instâncias do SUS. Graças a essas conquistas de alcance político e jurídico-regulatório, a pauta DEI começou a ser introduzida no setor de saúde – embora muito mais voltada para os usuários dos serviços.

Paralelamente, no âmbito global, algumas orientações também contribuíam para dar alguma visibilidade à pauta. A Organização Mundial de Saúde (OMS), após montar uma comissão a respeito dos determinantes sociais da saúde em 2005 com o intuito de reunir evidências a partir das quais fosse possível reverter desigualdades, lançou um documento em que salientava a importância de fatores como equidade de gênero, inclusão e empoderamento político. Posteriormente, enfatizou a importância da incorporação dos aspectos equidade, direitos humanos, gênero e determinantes sociais na elaboração de diretrizes para políticas no campo da saúde e na constituição da força de trabalho da própria OMS.

Ainda, a Organização das Nações Unidas (ONU), da qual a OMS é parte integrante, como se sabe, estabeleceu em 2015 diretrizes que vêm sendo retomadas para estimular ações nas organizações e fomentar o debate público. Trata-se da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, a qual postulou 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas que visam à elaboração de um plano de ação para promover desenvolvimento mundial nos planos econômico, social e ambiental até 2030. As ODS que mais se relacionam à pauta DEI são as de número três – Saúde e bem-estar –, cinco – Igualdade de Gênero – e dez – Redução das Desigualdades. As organizações e empresas que se dispõem a contribuir para o alcance das ODS devem se tornar signatárias do Pacto Global, tida como a principal iniciativa mundial de sustentabilidade

corporativa hoje. Nosso país representa a segunda maior rede do Pacto e, no final de 2023, apresentou em Genebra sua Estratégia de Diversidade, Equidade e Inclusão, que consiste numa agenda de ações as quais incluem realização de pesquisas, análises de mercado e parcerias entre setores da iniciativa privada, ONGs e órgãos públicos. Todavia, apesar dessas conquistas políticas, legais e paralegais, e da atenção que a pauta DEI teve no mercado, os desafios para torná-la efetiva nas organizações e empresas têm-se revelado enormes. O mais recente Relatório de Tendências de Gestão de Pessoas elaborado pela consultoria Great Place to Work (GPTW) revela parte do problema: apesar de 68,1% dos participantes da pesquisa considerarem a pauta estratégica em suas organizações, ela, na verdade, ocupa o sétimo lugar na lista de prioridades de gestão de pessoas. Ademais, dentre aqueles que consideram a pauta estratégica, quase metade (45,1%) julga que a empresa está em um nível de baixa maturidade em relação ao tema. Dados como esses demonstram que percepção não implica priorização, o que dá a medida da dificuldade da implementação da pauta. Além disso, as demissões em massa verificadas em 2023, especialmente nas empresas de tecnologia, sinalizam retrocesso. Mais de 5,6 mil profissionais foram demitidos no país, a maioria mulheres, pessoas negras, LGBTQIA+, pessoas com deficiência e idosos. Nos EUA, assistiu-se a uma retração de 33% nos cargos responsáveis por implementar a pauta DEI nas empresas e se constatou que apenas 3,8% das pessoas que ocupam esses cargos são pretas, ao passo que 76,1% são brancas. Os impactos econômicos trazidos pela pandemia de COVID-19 foram a principal causa das demissões, mas o fato de elas atingirem mais a pauta mostra que os

compromissos anunciados pelas empresas em 2020 não foram assumidos de fato.

Esses problemas, no entanto, parecem trazer ensinamentos valiosos a respeito da condição de possibilidade de implementação da pauta. Eles mostram que o verdadeiro motor não deve ser a coerção ou a conveniência, e sim a convicção. Quem estabelece essa distinção é a consultora de diversidade e sustentabilidade Liliane Rocha. Pressão social e força da lei levam lideranças a se moverem por coação, o que as leva a agir de forma apressada, sem que haja qualquer estruturação das etapas de implementação das políticas. Da mesma forma, a descoberta de que mulheres, negros, gays, idosos respondem por uma vultosa parte do consumo, e que atendê-los ou empregá-los implica melhora de reputação, torna a pauta DEI apenas conveniente, sem que ela atinja os quadros funcionais das empresas, organizações e instituições. Por outro lado, quando a pauta é abraçada porque leva à elaboração de estratégias melhores, torna as equipes mais eficazes e promove, por fim, justiça social, há bases mais sólidas para que ela seja implementada de fato.

No setor de saúde, o papel da convicção se revela ainda mais basal. Para que possamos compreender isso, devemos, antes de mais nada, retomar as razões que fazem do trabalho no setor algo que difere da prestação de um serviço mercantil. Lembremos do que foi estabelecido desde a Conferência de Alma-Ata – o grande marco contemporâneo da definição de saúde e do compromisso dos líderes mundiais com o tema e cujos princípios fundamentais foram reafirmados na mais recente Declaração de Astana²²:

Saúde não se confunde com serviço mercantil porque é um direito fundamental. Direito que, ademais, deve ser a meta

social mais central e que requer a atuação conjunta de vários setores. Ora, vê-se que o trabalho num setor sustentado pelo senso dever não deve poder ser guiado pelo externalismo da coerção ou da conveniência.

Convém, todavia, determo-nos na complexidade do que visa o trabalho no setor, na medida em que é nela que parece residir a razão mais profunda da adequação da pauta DEI. Tomemos um trabalho como o da produção de cadeiras por um marceneiro. Neste, o usuário não está implicado no

A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.

processo de produção, de maneira que produção e consumo são atos separados e que apenas possuem vínculo indireto em razão do objeto que intermedeia a relação (a cadeira). Já no trabalho em saúde, há implicação entre produtor e usuário, a qual resulta na formação de um espaço de intersecção que existe apenas em ato, a cada vez que o encontro se dá. O objeto desses encontros, que compõem o trabalho em saúde, é algo extremamente complexo: a produção do cuidado. Para que ela ocorra, produtor e usuário precisam se colocar como agentes – aquele, das ferramentas (conhecimentos, equipamentos, etc.) que serão empregadas, este, de suas necessidades e horizontes

em saúde. Por fim, dessa interação se quer poder atingir a cura e a saúde.

Esse espaço que, de direito, instaura-se entre profissional da saúde e usuário é o da intersubjetividade. Noutros termos, é um espaço no qual deve ocorrer o encontro entre projetos de vida e de mundo, de fatos que são tidos como verdadeiros para ambas as partes e de formas de expressão autênticas. Afinal, a saúde para o usuário se relaciona com o que ela sonha para a sua vida. Ora, a produção de cuidado não deve visar, conforme reza a constituição da OMS, a “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”? Para tanto, os profissionais devem conhecer outros tipos de vivência e de sabedoria. Não se trata de algo desejável apenas. Trata-se da condição da produção de saúde em seu sentido ampliado e qualificado, nos termos estabelecidos pela constituição da OMS.

Contudo, tal espaço intersubjetivo, de fato, frequentemente não se constitui como deveria em razão do predomínio de um modelo biomédico que reduz os sujeitos a objetos das técnicas. Por conseguinte, nesses casos, a saúde é tomada, sim, como ausência de doença, e os contextos de vida e os processos psicossociais singulares são apagados em proveito de concepções biologizantes. O resultado é uma forma de leitura, por parte dos profissionais, reducionista dos usuários e que os subalterniza, na medida em que inferioriza suas vivências e sabedorias em face da superioridade da saber biomédico. Trata-se, no fundo, da construção de uma enganadora alteridade radical, uma espécie de “outro das práticas em saúde” ou “outro da ciência biomédica”, por quem até se pode ter compaixão, mas cujas necessidades e aspirações não se pode nunca compreender.

Caberia, desse modo, perguntarmo-nos: não seria essa uma das razões da crise na saúde, que vem sendo alardeada há tantos anos? Pois os usuários reclamam, na maioria das vezes, não tanto da falta de conhecimento técnico dos profissionais ou da falta de recursos tecnológicos, mas, antes, da falta de interesse por parte desses profissionais e de sua ausência de cuidado. Por esse motivo, os usuários se sentem desinformados, desamparados, desrespeitados, desprezados.²⁴ Não seria a construção de uma tal alteridade radical em cima da figura do usuário, a qual apaga o espaço da intersubjetividade, um dos grandes fatores do mal-estar na saúde?

Após a retomada desses aspectos, talvez se possa então compreender por que a promoção de DEI entre os profissionais da saúde se faz tão central. É por meio dela que se pode desconstruir aquela alteridade enganadora e fantasmagórica, que impossibilita uma prática verdadeira de cuidado. Porque, na verdade, as investigações sobre o funcionamento das organizações e instituições das mais variadas estirpes mostram que elas constroem narrativas sobre si mesmas as quais desconsideram a pluralidade da população atendida e erigem uma forma de funcionamento que homogeneiza processos, ferramentas, sistemas de valores e o perfil de seus componentes. Dessa maneira, formam-se alianças inconscientes e acordos tácitos que repelem as diferenças. Reconhecê-los, explicitá-los e transformá-los passa pela promoção de DEI.

Não obstante, os desafios no setor também são enormes, tanto no que diz respeito à formação dos profissionais quanto no que se refere à sua atuação. Antes mais nada, seria importante dispormos

de dados centrados sobre DEI a respeito do perfil das equipes atuantes no setor. O que encontramos são dados a respeito dos egressos dos cursos e censos feitos pelos conselhos, como as edições de Demografia Médica, capitaneadas pelo Conselho Federal de Medicina, ou a Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, resultante da parceria entre o Conselho Federal de Enfermagem e a Fundação Oswaldo Cruz. Além da disposição dos dados com tal enfoque específico, seria também importante podermos ter estudos sobre o perfil das equipes, como aquele feito por Magri, Fernandez e Lotta.

Ainda, apesar dos avanços advindos da ampliação do acesso ao ensino superior e da introdução da questão da diversidade nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) de cursos como Medicina e Psicologia, ainda é preciso dar encaminhamento às iniquidades verificadas no próprio ambiente de ensino, bem como apurar a forma como se aborda a questão da diversidade, sobretudo mediante a consideração das interseccionalidades. Em outro polo, o da atuação, há também muito trabalho a ser feito. Por exemplo, uma pesquisa realizada com profissionais que atuam em Organizações de Saúde (OS) revela como a pauta DEI é pouco abordada ou, ainda, aparece de modo francamente pontual, é levantada somente pelas ditas minorias e se mostra voltada apenas para elas, sem que haja uma verdadeira reestruturação organizacional.

Daí a importância da introdução de práticas culturais e experiências pedagógicas, respectivamente, nos campos da atuação e da formação. Como forma de dar encaminhamento a uma questão como a do racismo, de caráter estruturante na sociedade brasileira²⁷, poderiam ser citadas as práticas culturais afro-brasileiras que ocorrem no âmbito da Rede Nacional de

Religiões Afro-Brasileiras e Saúde (Renafro), integradas aos SUS. Ali, promove-se em uma perspectiva de saber-fazer não à moda italiana ou francesa, como costumam ser as práticas de desinstitucionalização, e sim afro-diaspórica. No campo da formação, poderiam ser citadas experiências como a de ensino-aprendizagem voltada para o favorecimento de atitudes antirracistas e ofertada a vários de cursos de saúde na Universidade de São Paulo (USP) durante a pandemia de COVID-19. Essa experiência, a primeira desse tipo com foco antirracista na USP, redeu discussões importantes e apresentou possibilidades de mudanças na educação em saúde visando à integralidade e à colaboração interprofissional no combate ao racismo.

Práticas e experiências como essas, porém, devem estar vinculadas a um programa estruturado. De forma alguma, a implementação de DEI se faz mediante medidas episódicas ou simplesmente acontece: trata-se de um processo de criação que deve se vincular aos valores basais da organização, os quais, por sua vez, devem ser efetivamente percebidos em cada canto dela, e não apenas objeto de crença. Tomando as indicações instrutivas de Stamps & Foley, podemos vislumbrar a consecução desse processo em seis etapas básicas:

- 1) Criação de um comitê ou designação de uma liderança (são comuns as figuras dos chamados CDOs, Chief DEI Officers) de caráter inclusivo e destinados a dirigir a implementação do programa, determinando, de início, a frequência de reuniões e as pautas a serem discutidas.
- 2) Avaliação do ponto em que a organização está em matéria de DEI. Deve envolver representantes dos setores de recursos

humanos e jurídicos, para que se garanta a lisura do processo, bem como a realização de entrevistas, conversas e enquetes e o acesso documentos da organização (políticas e procedimentos, relatórios anuais, etc.). É a partir dessa avaliação que serão estabelecidos os objetivos, as metas e os resultados esperados.

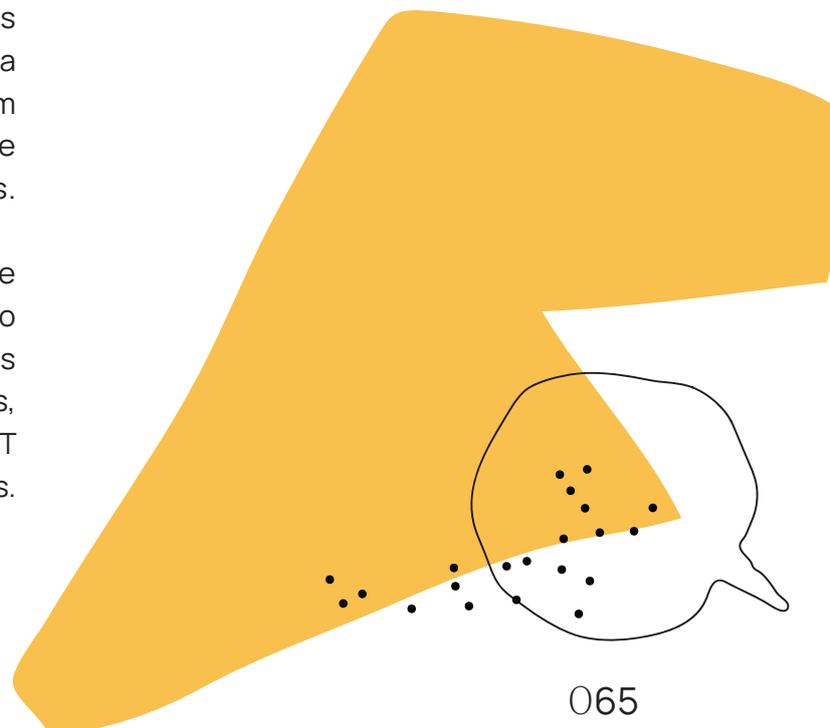
3) Engajamento dos setores da organização. É preciso identificar os stakeholders envolvidos por ela e encontrar meios – surveys, grupos focais e/ou conversas com o comitê ou o CDO – de fazer perguntas como: você se sente incluído nesta organização? Dispomos de ferramentas para a construção de um ambiente DEI? O que foi feito nesse sentido? O que precisa ser feito?

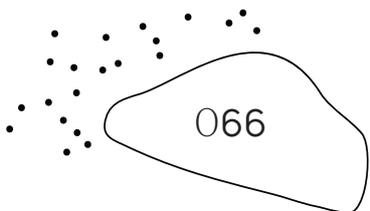
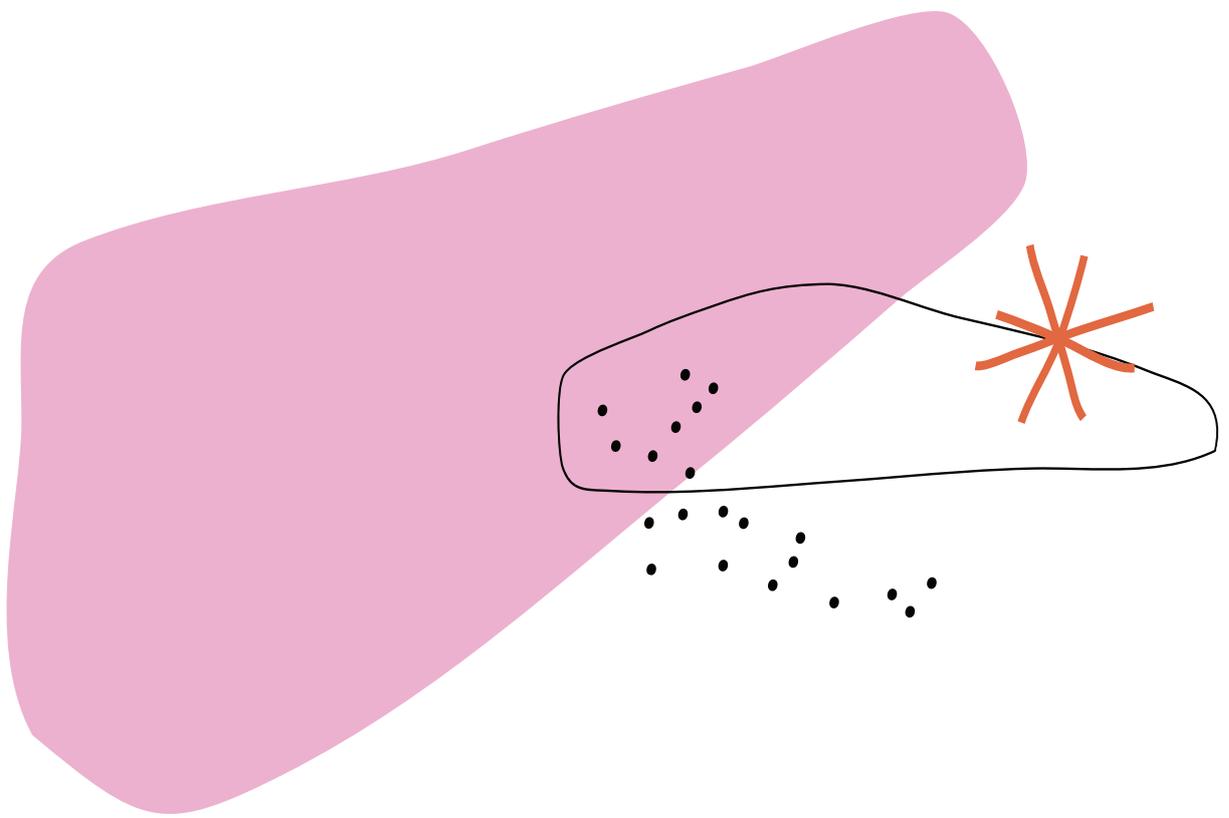
4) Estabelecimento de prioridades de ação. É nesta etapa que são estabelecidos os objetivos, as metas e os resultados esperados. Pode-se promover uma análise do tipo SWOT (strengths, weaknesses, opportunities and threats), por exemplo. De todo modo, deve-se começar com um número limitado de prioridades, para que expectativas claras e realistas sejam nutridas.

5) Implementação. Deve buscar envolver os stakeholders e pode se beneficiar muito da intervenção de especialistas que conduzam atividades de letramento, educação e identificação de vieses inconscientes.

6) Manutenção dos esforços. Devem-se buscar atitudes que os sustentem, tais como atividade de educação continuada, revisões de informações, reuniões periódicas, fóruns, monitoramento de métricas DEI, análises SWOT periódicas, compartilhamento de experiências.

Essas etapas dão a medida do desafio que se impõe diante da promoção de DEI no setor de saúde, mas indicam o caminho das pedras. O horizonte é a transformação e a superação da fragmentação verificada no setor. Gomes, Pinheiro e Guizardi se servem da metáfora da orquestra para ilustrar essa superação. As perspectivas particulares de ação dos profissionais de saúde corresponderiam a conjuntos de saberes, técnicas, timbres e, frequentemente, melodias distintos, mas cujo resultado deveria ser uma ação em concerto.¹ Desse modo, esses níveis de heterogeneidade seriam a própria condição da produção da música mais bela. Os autores, no entanto, deixam entrever a imagem da orquestra europeia, erudita e sinfônica mais especificamente – com “maestro, violinista, oboísta, etc.”¹ Ora, uma heterogeneidade consoante à composição da população de nosso país deve pautar também a disposição dos instrumentos e dos próprios músicos. Como se estivéssemos diante de uma orquestra popular.





referências bibliográficas

¹ GOMES, R. S. et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2007, p. 19-36.

² GOMES, R. S., PINHEIRO, R., GUIZARDI, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005, p. 105-16.

³ MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco, 2009, p. 43-68.

⁴ MATTOS, R. A. Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

⁵ NWOOGA, A. Breaking the Invisible Wall: Barriers to DEI Program Implementation. Open Journal of Business and Management, v. 11, p. 1787-1815, 2023.

⁶ MARUKIAN, M. Diversity, Equity and Inclusion for Trainers: Fostering DEI in the Workplace. Alexandria: ATD Press, 2022.

⁷ GOMES, N. L. Desigualdades e diversidade na educação. Educação & Sociedade, Campinas, v. 33, n. 120, p. 687-693, 2012.

⁸ SOUSA, C. C.; ARAÚJO, T. M. Efeitos combinados de gênero, raça e estressores ocupacionais na saúde mental. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 49, p. 1-14, 2024.

⁹ BRASIL. Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003. Altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira", e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.639.htm. Acesso em: 28 abr. 2024.

¹⁰ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

¹¹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

¹² MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

¹³ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Genebra: WHO, 2008. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf. Acesso em: 28 abr. 2024.

¹⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Handbook for Guideline Development. Genebra: WHO, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548960>. Acesso em: 28 abr. 2024.

¹⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION. HR Agenda for diversity, equity and inclusion for the WHO workforce. Genebra: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/hr-agenda-for-diversity-equity-and-inclusion-for-the-who-workforce>. Acesso em: 28 abr. 2024.

¹⁶ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Tradução UNIC RIO/CGDES. Gênova: ONU, 2015. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil_Amigo_Pesso_Idosa/Agenda2030.pdf. Acesso em: 28 abr. 2024.

¹⁷ PACTO GLOBAL REDE BRASIL. Pacto Global da ONU no Brasil lança Estratégia de Diversidade, Equidade e Inclusão em Genebra. Disponível em: <https://www.pactoglobal.org.br/noticia/pacto-global-da-onu-no-brasil-lanca-estrategia-de-diversidade-equidade-e-inclusao-em-genebra/>. Acesso em: 28 abr. 2024.

¹⁸ GREAT PLACE TO WORK. Relatório de Tendências de Gestão de Pessoas 2023. Disponível em: <https://conteudo.gptw.com.br/tendencias-gestao-de-pessoas-2023>. Acesso em: 28 abr. 2024.

¹⁹ CAPIRAZI, B. ESG: Polêmicas de grandes marcas devem ter impacto direto na agenda de diversidade em 2024. O Estado de São Paulo, São Paulo, 28 dez. 2023. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/economia/governanca/esg-polemicas-violacao-direitos-impacto-agenda-diversidade-2024/>. Acesso em: 28 abr. 2024.

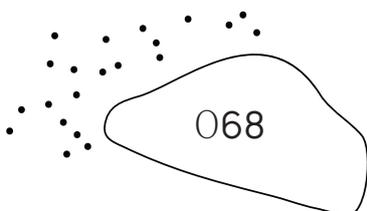
²⁰ BUNN, C. Hamstrung by “golden handcuffs”: Diversity roles disappear 3 years after George Floyd’s murder inspired them. NBC News, Nova York, 27 fev. 2023. Disponível em: <https://www.nbcnews.com/news/nbcblk/diversity-roles-disappear-three-years-george-floyd-protests-inspired-rcna72026>. Acesso em: 28 abr. 2024.

²¹ ROCHA, L. Diversidade por coerção, conveniência ou convicção? Época Negócios, São Paulo, 2 ago. 2019. Disponível em: <https://epocanegocios.globo.com/colunas/Diversifique-se/noticia/2019/08/diversidade-por-coercao-conveniencia-ou-conviccao.html>. Acesso em: 28 abr. 2024.

²² WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaration of Astana. Genebra: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>. Acesso em: 28 abr. 2024.

²³ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (1978). Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 28 abr. 2024.

²⁴ MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2014.



²⁵ AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência. & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rJ5dYsWzDHmR8TFcwjmsrZP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2024.

²⁶ MUNDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.12, n. 4, p. 665-675, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/N8xBx67GG5N54hxm7XKx3Bz/>. Acesso em: 28 abr. 2024.

²⁷ BENTO, C. O pacto da branquitude. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

²⁸ MACHIN et al. Diversidade e diferença: desafios para a formação dos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3797-3806, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cd97PnSf9Q3kLMRkDZCwx6b/>. Acesso em: 28 abr. 2024.

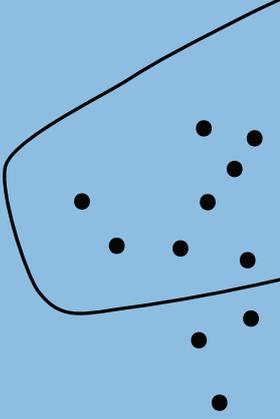
²⁹ AGUIAR, N. E, BRITO DOS SANTOS, E., PARANHOS, W. R. (2021). Diversidade e inclusão em organizações de saúde: como, quando e para que? *Cadernos de Gênero e Diversidade*, Salvador, v. 7, n. 3, p. 246-271, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/46904>. Acesso em: 28 abr. 2024.

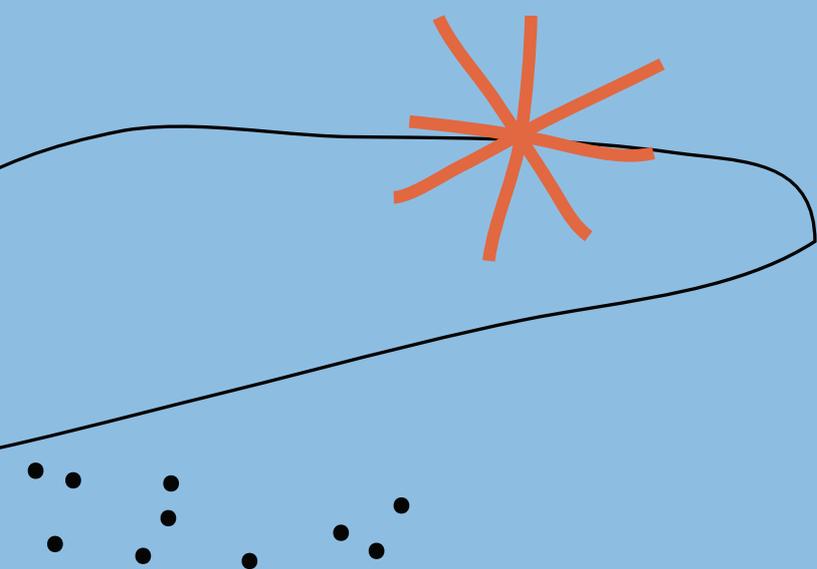
³⁰ DAVID, E. C., VICENTIN, M. C. G. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde em Debate*, v. 44, n. spe3, p. 264-277, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pD3P9BXwjVWns4VKfL6jr4s/#>. Acesso em: 28 abr. 2024.

³¹ GERMANI, A. C. et al. Interdisciplinaridade, interprofissionalidade e diversidade racial na formação antirracista do profissional de saúde: vozes e aprendizados. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p. 175-184, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/XmxNkFpGwshD4RsPF6fXDsS/#>. Acesso em: 28 abr. 2024.

³² STAMPS, D. C. Diversity, Equity, Inclusion, and Belonging is not a one-time fix: an enduring program requires ongoing efforts by nurse leaders in the workplace. *Nurse Leader*, v. 22, n. 2, p. 211-215, 2024. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1541461223003312>. Acesso em: 28 abr. 2024.

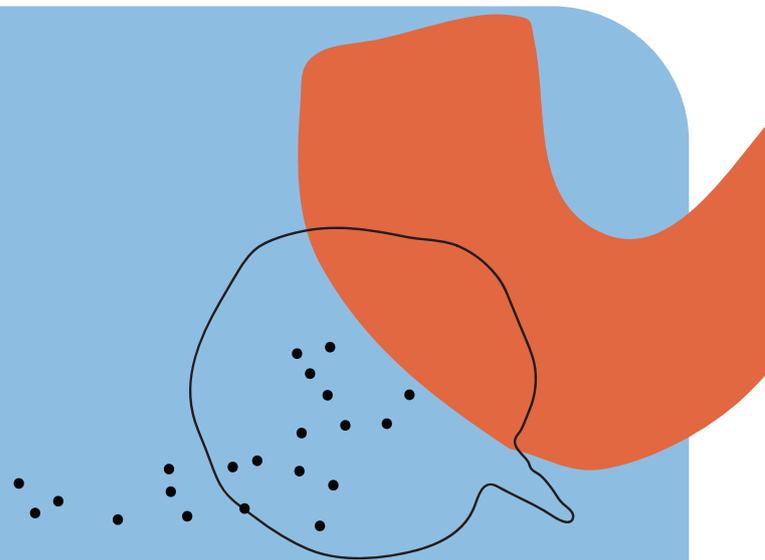
³³ STAMPS, D. C., FOLEY, S. M. Strategies to Implement Diversity, Equity, Inclusion, and Belonging in the Workplace. *Nurse Leader*, v. 21, n. 6, p. 675-680, 2024. Disponível em: [https://www.nurseleader.com/article/S1541-4612\(23\)00108-8](https://www.nurseleader.com/article/S1541-4612(23)00108-8). Acesso em: 28 abr. 2024.





discriminações
e assédio no
trabalho: as
várias formas de
violência

Roberto Heloani



Roberto Heloani

Graduado em Direito pela Universidade de São Paulo e em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Mestre em Administração pela Fundação Getúlio Vargas/ SP, Doutor em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Pós-Doutorado em Comunicação pela USP e Livre-Docente em Teoria das Organizações pela UNICAMP. Foi professor por 22 anos na FGV/ SP. Com Margarida Barreto, coordenou a disciplina “Trabalho, Saúde e Gênero na Pós-Graduação em Medicina do Trabalho da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, por 18 anos. No CRP/6 (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo) foi Conselheiro Titular na Comissão de Ética e na Comissão de Direitos Humanos por duas gestões. Atualmente é Professor Titular e pesquisador do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (Doutorado em Ciências Sociais) e da Faculdade de Educação (Núcleo de Estudos Trabalho, Saúde e Subjetividade-NETSS) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Também é professor conveniado junto à Université de Nanterre (Paris X), Laboratoire Genre, Travail et Mobilités (GTM). Pesquisa e estudo o tema Assédio Moral, Sexual, Discriminação e Ética no Trabalho há 25 anos. Com Margarida Barreto escreveu vários livros e artigos científicos sobre assédio moral, sexual e discriminação no trabalho. Também, com Barreto, fundou o primeiro site sobre Assédio Moral no Brasil e a Rede de pesquisa “Red Iberoamericana por la Dignidad en el Trabajo y en las Organizaciones”. Atualmente, desenvolve em parceria com a OIT (Organização Internacional do Trabalho) e MPT Federal e Estadual (SP), aplicativo informativo sobre Assédio Moral, Sexual e Discriminação no ambiente de trabalho.



introdução

Em junho de 2019, na 108ª Reunião da Conferência Internacional do Trabalho em Genebra/Suíça, foram aprovadas a Convenção 190 e a Recomendação 206, as quais trazem definições em relação à eliminação da violência e do assédio no mundo do trabalho. Assim, violência e assédio constituem-se em ameaças, comportamentos e/ou práticas inaceitáveis, manifestados uma única vez ou repetidamente, que pretendem ou podem causar danos físicos, psicológicos, econômicos ou sexuais. Os assédios relativos a gênero são aqueles direcionados contra indivíduos de acordo com seu sexo ou gênero, ou que afetam desproporcionalmente pessoas de um determinado sexo ou gênero e incluem assédio sexual (Convenção 190, OIT).

Assim sendo, comportamentos de violência, assédio e discriminação passaram a chamar a atenção de profissionais e pesquisadores, pela sua ocorrência em organizações “insuspeitas” como aquelas da área da saúde, a saber: intromissão e críticas à vida privada; humilhações verbais; gritos, comentários constrangedores; desqualificações; manipulações; proibir conversas com o alvo; gestos agressivos; insalubridade proposital; ameaças físicas; sabotagem do material de trabalho; intimidação física; violência sexual; importunação ou intimidação com contato físico ou verbal; comportamentos violentos, como opressão, ignorar, perseguir por assédio; discriminações ou mesmo indução a erro, mesmo que isso prejudique seriamente o paciente.

o ato de discriminação é, antes de tudo, uma tentativa de sujeição

Genericamente, quando falamos em discriminar trazemos a ideia de diferenciar, distinguir; não há mal nenhum nisso. Uma médica ou enfermeira, trabalhando no setor de pronto atendimento, faz isso o tempo todo - com todos! Assim, não é necessariamente comportamento reprovável ou ilegal. Às vezes, até pode constituir ação afirmativa, a que os sujeitos podem inclusive estar obrigados por lei específica. Muitos hospitais empregam pessoas com deficiência com grande sucesso, pois a maioria desses profissionais são bastante empáticos em relação aos colegas e ao sofrimento de pacientes. Assim, a discriminação em favor das pessoas com deficiência, ao estabelecer cota mínima a ser preenchida não é discriminação, é um movimento em direção à inclusão. Para dizer o essencial, a discriminação consiste em tratar de maneira diferente determinada pessoa por motivo não justificável. A discriminação vedada é aquela que, como regra, encontra proibição legal e causa prejuízo ao sujeito discriminado (Olmos, 2017). Neste caso a distinção não é associada a um significado positivo, mas a tratamento desigual ou injusto, fundamentado em algum tipo de preconceito.

A discriminação implica em ações ou omissões violadoras dos direitos das

pessoas com base em critérios injustificados e injustos tais como: sexo, etnia, idade, crença, opção religiosa, nacionalidade etc. Podem ser individuais (devido a comportamentos, percepções, habilidades, cargos ocupados), ou relacionados a aspectos de gestão na organização (abuso de poder, autoritarismo, violências, assédio moral, organização do trabalho, cultura e clima organizacional) refletindo a própria sociedade com suas contradições.

No que concerne especificamente as discriminações nas relações de trabalho, foi promulgada a Lei Federal 9.029, de 13.04.1995, que proíbe a exigência de atestado de gravidez e esterilização e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica laboral (OLMOS, 2017). Para Coutinho (2006), podemos categorizar sete tipos de discriminação no contexto de trabalho, a saber: em razão das relações de gênero; em razão da raça; em razão da origem; em razão da idade; em razão da pessoa portadora de deficiência; em razão da saúde do trabalhador e em razão do acidente do trabalho.

aquilo que não tem nome, não existe

A discriminação em razão da pessoa ser portadora de deficiência é uma realidade em nossa sociedade. Lembremo-nos que, infelizmente, vivemos em uma sociedade que hipervaloriza a nossa capacidade de produzir, de trabalhar, em detrimento de outros valores como eticidade, generosidade e fraternidade. No mundo corporativo, a capacidade de obter resultados é bem mais importante do que a capacidade de sentir compaixão por um colega de trabalho que passe por uma situação traumática. Não é sem razão que tivemos que normatizar certas condutas que restringem a participação social das pessoas. Esse avanço é proveniente da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU em 2006 e da Lei nº 13.146, Lei Brasileira de Inclusão (LBI) em 2015, também denominada Estatuto da Pessoa com Deficiência. Esta, em seu artigo 4º, §1º, considera “discriminação em razão da deficiência toda forma de distinção, restrição ou exclusão, por ação ou omissão que tenha o ou o efeito de prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais de pessoa com deficiência, incluindo a recusa de adaptações razoáveis e de fornecimento de tecnologias assistivas”. (nosso grifo). A esse tipo de violência exercida contra as pessoas com deficiência, geralmente produto de preconceito social, denominamos capacitismo, ou, em inglês, “ableism”. Graças a esse movimento

“anticapacitista” emancipador, conseguiu-se, por exemplo, cotas PCD (Pessoas Com Deficiência). A Lei de Cotas para Pessoas com Deficiência (8.213/91), garante a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho. A medida para contratação desse público é prevista na própria lei.

A discriminação em razão da idade está presente em toda sociedade, mas é no mundo do trabalho que ela mais se faz sentir, mediante a interseccionalidade de elementos preconceituosos e estereotipados. Pessoas mais idosas tendem a sofrer o estigma de serem mais lentas, com problemas de memória e cognição, locomoção e escuta. Mas, porque é no espaço de trabalho que essa forma de discriminação se recrudescer, desde o recrutamento e a seleção, passando pela avaliação, até a demissão? Porque boa parte das organizações ainda adotam um modelo de gestão imediatista cuja métrica é apenas o resultado, esquecendo-se do “como” e da valorização da experiência e sabedoria dos “mais velhos”, ou melhor, daqueles que pela sua trajetória de vida desenvolveram estratégias de enfrentamento de mudanças e podem construir com os “mais jovens” uma relação de cooperação efetiva e produtiva, tornando o ambiente laboral mais seguro e saudável para “todos” diante das frequentes transformações que esse mesmo modelo produz. O Estatuto do Idoso (Lei 10.741 de 1/10/ 2003), assim determina:

(Art. 26) O idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas; (Art. 27) na admissão do idoso em qualquer trabalho ou emprego, é vedada a discriminação e a fixação de limite máximo de idade, inclusive para concursos, ressalvados os casos em que a natureza do cargo o exigir.

Assim, utilizar critérios para idade em processos de dispensa ou recrutamento e seleção e expressões do tipo “você deveria pensar em se aposentar...”, “cuidado com o alemão, o Alzheimer, ele vai te pegar”; “Você tá queimando óleo 40” são comportamentos e atitudes que constituem etarismo, ou, ageísmo, em inglês, “age”.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 explicita sua repulsa ao racismo, considerando-o imprescritível e inafiançável. Seguindo essa tendência, o STF (Supremo Tribunal Federal) assim se posicionou em relação à injúria racial: “Injúria racial é imprescritível; é uma espécie de racismo e, portanto, é imprescritível.

O que o direito faz distinção é na abrangência, ou melhor, no alcance: a injúria racial é dirigida a determinado sujeito; é um crime contra a honra da pessoa, “ofendendo-lhe a dignidade ou o decoro.” (Art. 140, § 3º do Código Penal). O crime de racismo incide sobre toda população etnicamente diversa; pressupõe-se que é um vilipêndio que ofende e agride a todos e todas. Vale lembrar que o racismo pode estar entranhado

de tal forma na estrutura social que pode deslocar-se da dimensão individual para a institucional, correspondendo a formas organizativas, políticas, práticas e normas que resultam em tratamentos e resultados desiguais, garantindo a exclusão seletiva e diferenciada em determinados grupos e organizações. Daí também ser denominado de racismo sistêmico (SODRÉ, 2023).

Combater a “forma social escravista” de viver em sociedade também significa ficarmos atentos a expressões e frases que, às vezes, falamos sem querer, mas conotam antigas formas de segregação. A luta antirracista ocorre quando ao invés de usarmos o termo “Denegrir”, utilizamos “Ter o nome comprometido, aviltado”, ou trocamos a expressão “A coisa está preta”, por “A situação é grave, muito difícil” Outros modos de se comunicar devem ser simplesmente banidos, tais como: “Ele tem um cabelo bombriil”; “Serviço de preto”; “Bola sete” etc.

problemas de gênero

Um dos principais conceitos desenvolvidos pela filósofa norte-americana, Judith Butler (2024) é o de “performatividade”. De modo sumário, consiste na repetição obrigatória de normas anteriores que constituem o sujeito; normas que não se pode rejeitar por vontade própria. Para a pesquisadora da Universidade de Yale, o “script” da performance de gênero é - de geração em geração - “herdado” na forma de significados estabelecidos culturalmente.

Concordemos no todo ou em parte com Butler, quando falamos de sexualidade estamos falando de desejo- direta ou indiretamente. Contudo, como sabemos, nem sempre a identidade de gênero é coerente com o sexo biológico da pessoa. Talvez por isso, em meio ao turbilhão de mudanças do mundo global, as violências psicológicas e físicas - chegando ao homicídio - contra pessoas que não se enquadram na heterocisnormatividade, continuam ocorrendo e, em alguns países, são naturalizadas. Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transsexuais, Queers, Intersexuais, Assexuais, Pansexuais + (LGBTQIA+) não se harmonizam nesse padrão e muitas pessoas têm forte resistência em aceitar essa diversidade humana. Às vezes, a crença de que a identidade de gênero deve obedecer ao sexo biológico é tão forte, tão arraigada culturalmente, que produz o que denominamos LGBTQIA+ FOBIA.

Assim, a Identidade de Gênero tem relação como o sujeito se percebe e sente em relação ao seu gênero; é uma experiência interna e pessoal. Dessa forma, uma pessoa pode identificar-se como masculina, feminina, travesti, trans, homem trans, mulher trans, não binário etc. Implica outras expressões

de gênero como modo de falar, maneirismos e vestimenta. Daí decorrem outros termos como Transgênero e Cisgênero. A pessoa transgênera se identifica com um gênero diferente que lhe foi atribuído ao nascer. Tomemos como exemplo uma pessoa que, em função de seu sexo biológico, ao nascer, seja considerada de um gênero (masculino); porém, esse gênero não espelha como essa pessoa se vê, se identifica. Desse modo, essa pessoa trans pode identificar-se como mulher ou ter outra identificação.

Entretanto, quando falamos de transgêneros estamos falando de travestis e transexuais. Os travestis não recusam o sexo biológico com o qual nasceram; porém apresentam aparência externa de pessoa do sexo oposto todo o tempo. Transformista é outra coisa: é expressão artística; no tradicionalíssimo teatro kabuki - que se originou no Japão após 1653 e é encenado apenas por homens - os atores se fantasiam de mulheres caso os papéis exijam e se utilizam maquiagem estilizada e, por vezes, até pesada. Contudo, quando uma pessoa se identifica com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer - com o sexo biológico, podemos dizer que é um homem cisgênero ou uma mulher cisgênero.

Ninguém opta por sentir fome; sentimos fome ou não, dependendo das condições. Ninguém opta por gostar mais de doces do que de salgados; gosta-se de doces ou salgados, ou de ambos. Assim acontece com o nosso desejo. O ser humano não tem a capacidade de determinar o seu desejo. Ele pode ocorrer em relação a indivíduos de gênero diverso da pessoa, do mesmo gênero ou de ambos. Portanto, não faz muito sentido usarmos o termo “opção

sexual”; melhor dizer Orientação Sexual, que pode ser simplesmente definida como o desejo sexual de um ser humano por outro. Esse desejo se constitui e se expressa de vários modos, a saber: Se a pessoa se sente apenas atraída por um outro do mesmo gênero convém dizer homossexual (lésbicas e gays), pois o termo “homossexualismo” (sufixo ismo) conota doença e foi banido pela Organização Mundial de Saúde, pois orientação sexual não é doença, tão pouco desvio psicológico; se a pessoa se sente atraída por indivíduos de ambos os sexos (gênero masculino e feminino), usa-se o termo bissexual; se a pessoa sente atração por outras pessoas, independentemente se é bissexual, heterossexual, gay, lésbica, trans etc , podemos usar a terminologia pansexual; se a pessoa não sente nenhum tipo de atração ou desejo de cunho sexual, usa-se assexual e se a pessoa sente atração/desejo por pessoa do gênero oposto ao seu convencionou-se denominá-la heterossexual.

Existem ainda pessoas que estão em desacordo com o sexo biológico com o qual nasceram e almejam adequar-se mediante cirurgias, implantes e outros recursos, objetivando certa harmonização estética e funcional; são os transexuais. Os transexuais rechaçam - e chegam a ter repulsa- pelo sexo biológico com o qual nasceram. Alguém que nasceu biologicamente homem (masculino) poderá identificar-se como mulher (feminino), comportando-se e expressando-se culturalmente no “universo feminino” com seus “habitus” (Elias, 1990; Bourdieu, 2010). Assim, será considerada uma “mulher trans”, em função de sua identidade de gênero. Ainda, essa mesma “mulher trans” pode se sentir atraída por uma “mulher cis”, - portanto homossexual em termos de orientação sexual. Como a Psicanálise nos

ensina, a sexualidade constitui uma dimensão fundamental da experiência de nós seres humanos e a tolerância e o respeito são os elementos fundamentais em um processo civilizador. Como bem sinaliza Pierre Bourdieu, em “A dominação masculina”, referindo-se ao corpo biológico socialmente modelado: “um corpo politizado, ou se preferirmos, uma política incorporada. Os princípios fundamentais da visão androcêntrica do mundo são naturalizados sob a forma de posições e disposições elementares do corpo que são percebidas como expressões naturais de tendências naturais” (2010, p.156).

Há casos que um bebê - desde o nascimento - não se enquadra nas normas médicas e sociais para corpos femininos ou masculinos. Para a Medicina e a Biologia, pessoas que desenvolvem, em parte, as características do feminino e, em parte, do masculino são intersexuais. Este é o nome acertado quando queremos nos referir a pessoas que nascem com essa condição biológica. Antigamente, os biólogos e médicos se valiam do termo hermafrodita quando queriam fazer referência às espécies da flora e fauna, portanto, não-humanas que apresentam dois sistemas reprodutores em um mesmo organismo. Ou seja, hermafrodita é fruta!

Desse modo, não faz mais sentido - exceto por puro preconceito - nos referirmos a essa população dessa forma: “veadinho” “marica”, “sapatão”, “bicha louca” etc. Também não existe razão para chamarmos a mulher trans de Roberto e não de Roberta- que é o nome social adotado por ela. Pascale Molinier, em sua tese de doutorado, “Psychodynamique du travail et identité sexuelle” (1995) já observava os dissabores daqueles que trabalham no cuidado de pessoas e se sentem discriminados- por

pacientes e mesmo colegas- em função de sua identidade sexual “não convencional”.

assédio sexual e importunação sexual. será que são a mesma coisa?

Preliminarmente, devemos ter em mente que estudar esse tema é constatar um estranho silêncio em torno da vítima que, para sobreviver, utiliza de estratégias defensivas para fazer face ao sofrimento. No site criado e administrado por Margarida Barreto e por mim, em seus 25 anos de existência, presenciamos inúmeros casos de importunação e assédio sexual. Mais que isso, a maioria depois de alguns meses, percebe que nada pode fazer para enfrentar os constrangimentos, ou ainda, para cessar as investidas. As estatísticas são assustadoras: mais de 78% das enfermeiras e pouco menos das médicas já passaram por essa situação.

Pode-se somar um fato deveras instigante. Esses abusos ocorrem em locais de trabalho-hospitais, clínicas, consultórios e UBSs - onde as condições materiais para a realização do trabalho são, geralmente, bem condizentes com o que se recomenda em matéria de higiene e demais condições materiais, mas três causas mais sutis têm chamado nossa atenção em nossas pesquisas: a intimidade exigida pela profissão - mediante plantões, por exemplo, nos quais as testemunhas oculares são muito escassas, uma hierarquia

que naturaliza certas condutas abusivas e machistas e uma sensação de impunidade em função do descrédito em relação aos canais de denúncia. Interessante notar que a realidade francesa e de muitos outros países europeus não é muito distinta da situação brasileira. Apesar disso, estamos avançando no combate a esse vilipêndio, mediante processo reflexivo individual e coletivo que possibilita a transformação de compreensões pessoais em reflexões coletivas, mediante processos educativos e mesmo TACs (Termo de Ajuste de Conduta), lembrando que esse dispositivo jurídico consiste em um acordo que o Ministério Público celebra com o violador de determinado direito coletivo. Este instrumento tem a finalidade de impedir a assiduidade da ocorrência, reparar o dano ao direito coletivo e evitar a ação judicial.

“Assédio sexual designa basicamente todas as condutas de natureza sexual, em suas várias formas de expressões (verbais, gestuais e outras), propostas ou impostas a alguém contra sua vontade, sobretudo em locais de trabalho. Nunca é um jogo de sedução. Ou seja, são tentativas de troca, sob constrangimento, mesmo que velado, de

favores sexuais por favores institucionais. Caracteriza-se quando uma parte decide abusar do seu poder de mando e força a outra a fazer o que não deseja; portanto denota chantagem ou intimidação” (HELOANI; BARRETO, 2018, p. 147).

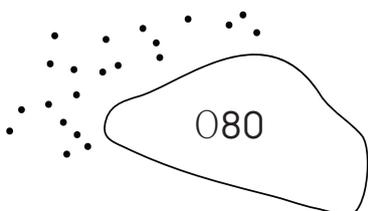
No Brasil, a Lei nº 10.224/2001 inseriu no Código Penal (este produto do Decreto-Lei nº 2.848, de 7/12/1940) a tipificação do crime de assédio sexual, introduzindo em seu Artigo 216-A os casos de assédio sexual; a pena prevista é de 1 a dois anos de detenção. Art. 216-A. Constranger alguém com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerentes ao exercício de emprego, cargo ou função. Pena – detenção, de 1 (um) a 2 (dois) anos.

O crime de importunação sexual, definido e inserido pela Lei nº 13.718/18 no Código Penal, artigo 215-A, é caracterizado por se “praticar contra alguém e sem a sua anuência ato libidinoso com o objetivo de satisfazer a própria lascívia ou a de terceiro”. Pena – detenção, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, se o ato não constitui crime mais grave. O caso mais comum é o assédio sofrido por mulheres em meios de transporte coletivo, mas também enquadra ações como beijos forçados e passar a mão no corpo alheio sem permissão. Infelizmente, em algumas clínicas e hospitais nos quais a convivência pessoal e os plantões são rotineiros, esses vilipêndios são rotineiros. Alguns exemplos de atos caracterizadores do assédio sexual no trabalho:

- Pedidos de favores sexuais pelo superior hierárquico com promessa de tratamento diferenciado em caso de aceitação;
- Ameaças ou atitudes concretas de

punição no caso de recusa, como a perda do emprego ou de benefícios;

- Abuso verbal ou comentário sexista sobre a aparência física;
- Frases ofensivas ou de duplo sentido;
- Alusões grosseiras, humilhantes ou embaraçosas;
- Perguntas indiscretas sobre a vida privada do trabalhador;
- Elogios atrevidos;
- Convites insistentes para almoços ou jantares;
- Insinuações sexuais inconvenientes e ofensivas;
- Solicitação de relações íntimas ou outro tipo de conduta de natureza sexual, mediante promessas de benefícios e recompensas;
- Exibição de material pornográfico, como o envio de e-mail aos subordinados;
- Pedidos para que os subordinados se vistam de maneira mais provocante ou sensual;
- Intenção de valer-se do posto funcional como um atrativo, ou como instrumento de extorsão de privilégios, ou de vantagens indevidas;
- Apalpadelas, fricções ou beliscões deliberados e ofensivos.
- O que não é assédio sexual no trabalho:
 - A tentativa de aproximação para relacionamento amoroso, ou mesmo sexual;
 - A tentativa de sedução do companheiro de trabalho, superior ou inferior hierárquico;



- A proposta sexual feita sem insistência e sem ameaça ou pressão;
 - Comentários normais ou elogiosos, desde que respeitosos.
- Assédio Moral no Trabalho

O assédio moral no trabalho é um tipo de violência que expõe as pessoas a situações ofensivas e humilhantes. De modo lento, porém progressivo, o assédio moral vai resultando em sofrimento, dor e baixa produtividade. Desta maneira, identificar o problema é um primeiro passo para combatê-lo.

Que fique bem esclarecido, assédio moral não é um simples conflito, este faz parte de todo e qualquer relacionamento humano. Não raro, conflitamos com pessoas da nossa família, que amamos e até por quem nos apaixonamos e isto pode servir para robustecer a relação ou para desgastá-la, dependerá como tratamos ou resolvemos essas situações. O conflito pode ocorrer em função da divergência de opinião a respeito de determinado assunto, da insuficiência de recursos, de culturas organizacionais distintas (produto de fusões de empresas, expatriação de funcionários ou mudança de setor) ou mesmo disputas de poder.

Uma coisa é certa: quando é um simples conflito, não o desejamos; não queremos que ele prossiga, porque não temos a intenção de prejudicar o nosso opositor. No assédio, ele pode prolongar-se por anos até que o outro adoeça ou peça demissão. No conflito, tentamos nos comunicar com a outra pessoa e dialogar com ela. Existe sinceridade em nosso propósito; no assédio, tentamos isolar a vítima e predomina a dissimulação.

como esse tema chegou no Brasil?

Margarida Barreto e Roberto Heloani fundaram o primeiro site brasileiro sobre assédio moral, sexual e discriminação no Brasil - "Assédio moral no trabalho: chega de humilhação! - e a "Red Iberoamericana por la Dignidad en el Trabajo y en las Organizaciones". Desde então, depois de oito milhões de acessos e 44 mil cartas, constatou-se que, não raro, o assédio moral começa de forma sutil, confundindo-se com uma brincadeira de mau gosto, conflitos latentes ou eventuais, o que dificulta para que a pessoa comece a reconhecê-lo como um problema sério e presente em determinados ambientes de trabalho, inclusive no setor de saúde.

Para efeito deste ensaio será utilizado o termo Assédio Moral no trabalho (AMT). Trata-se de "uma conduta abusiva, intencional, frequente e repetida, que ocorre no meio ambiente laboral, cuja causalidade se relaciona com as formas de organizar o trabalho e a cultura organizacional, que visa humilhar e desqualificar um indivíduo ou um grupo, degradando as suas condições de trabalho, atingindo a sua dignidade e colocando em risco a sua integridade pessoal e profissional" (HELOANI; BARRETO, 2018, p. 53).

principais características do AMT

O assédio moral no trabalho caracteriza-se pela degradação das condições de trabalho, prevalecendo atitudes hostis e condutas negativas no relacionamento entre chefias e subordinados ou entre os colegas de trabalho. Os elementos que constituem as situações de assédio moral são:

- Intencionalidade (não essencial): o assediador visa forçar o outro a desistir do emprego, mudar de setor, sujeitar-se a situações humilhantes, entre outras intenções;
- Temporalidade e repetitividade (não essencial): sequência de eventos que acontecem várias vezes durante um determinado período de tempo e que apresenta várias estratégias para conseguir o mesmo fim, como um processo;
- Degradação das condições de trabalho: expõe a riscos, interfere no ritmo de trabalho e na produtividade, causa problemas à saúde, ao bem-estar e impacta no desempenho profissional dos trabalhadores;
- Direcionalidade: uma pessoa do grupo é o alvo do(s) assediador(es) e pode se originar de diferentes direções (HIRIGOYEN, 2002), como será especificado a seguir:
 - Um colega é assediado por outro colega (horizontal);
 - Um superior é assediado pelo subordinado (ascendente);
 - Um subordinado é assediado pelo chefe (descendente): é o caso mais comum de expressão de abuso de poder de chefes;
 - Misto: quando o assédio provém de diferentes direções.

A partir de diversas fontes foi possível descrever situações que acontecem no ambiente de trabalho e podem vir a se configurar assédio moral. Para Hirigoyen (2002); Freitas, Heloani e Barreto (2008) os comportamentos que caracterizam o assédio moral no trabalho são:

- Degradação proposital das condições de trabalho
- Retirar do assediado a sua autonomia;
- Não transmitir informações úteis para a realização de tarefas;
- Contestar sistematicamente as decisões do assediado;
- Criticar seu trabalho de forma injusta ou demasiada;
- Privar o assediado de acessar seus instrumentos de trabalho: telefone, fax, computador etc.;
- Retirar o trabalho que normalmente lhe compete e dar permanentemente novas tarefas;

- Atribuir proposital e sistematicamente tarefas inferiores ou superiores às suas competências;
- Pressionar o assediado para que não exija seus direitos;
- Agir de modo a impedir ou dificultar que o assediado obtenha promoção;
- Causar danos em seu local de trabalho;
- Desconsiderar recomendações médicas;
- Induzir a vítima ao erro.
- Isolamento e recusa de comunicação
- Interromper o assediado com frequência;
- Não conversar com o assediado, tanto os superiores hierárquicos quanto os colegas;
- Comunicar-se unicamente por escrito;
- Recusar contato, inclusive visual;
- Isolar o assediado do restante do grupo;
- Ignorar a presença, e dirigir-se apenas aos outros;
- Proibir que colegas falem com o assediado e vice-versa;
- Recusa da direção em falar sobre o que está ocorrendo.
- Atentado contra a dignidade
- Fazer insinuações desdenhosas;
- Fazer gestos de desprezo para o assediado (suspiros, olhares, levantar de ombros, risos, conversinhas etc.);
- Desacreditar o assediado diante dos colegas, superiores ou subordinados;
- Espalhar rumores a respeito da honra e da boa fama o assediado;
- Atribuir problemas de ordem psicológica;
- Criticar ou brincar sobre deficiências físicas ou de seu aspecto físico;
- Criticar acerca de sua vida particular;
- Zombar de suas origens, nacionalidade, crenças religiosas ou convicções políticas;
- Atribuir tarefas humilhantes
- Violência verbal, física ou sexual
- Ameaçar o assediado de violência física;
- Agredir fisicamente;
- Comunicar aos gritos;
- Invadir sua intimidade, por meio da escuta de ligações telefônicas, leitura de correspondências, e-mails, comunicações internas etc.;
- Seguir e espionar o assediado;
- Danificar o automóvel o assediado;
- Assediar ou agredir sexualmente o assediado por meio de gestos ou propostas;
- Desconsiderar os problemas de saúde.

A continuidade dos ataques torna o assediado acuado, com sentimentos de menos-valia, o que contribui para seu isolamento social e o fortalecimento da espiral de consequências negativas, pois quanto mais isolado, mais será atacado pelo(s) assediadores. Em muitas situações o assediado não expõe para seus familiares, colegas de trabalho, e amigos o que está acontecendo, o que dificulta a visibilidade da situação. O apoio dos pares e familiares é uma importante estratégia de enfrentamento

ao estresse decorrente do assédio moral. É comum que o trabalhador se sinta culpado, por estar sozinho, fragilizado e com sentimentos de inferioridade, o que torna mais difícil reconhecer a situação como um problema organizacional.

Frequentemente o assédio moral é associado unicamente às relações interpessoais, como resultante de problemas

entre um assediado e o assediador. Entretanto, essa forma de violência no ambiente de trabalho não se reduz a tanto, pois não comporta unicamente fatores pessoais, mas é resultante de uma combinação de causas relacionadas às pessoas, ao ambiente de trabalho e às condições organizacionais do trabalho (OLIVEIRA; TOLFO; HELOANI).

assédio moral no setor saúde no Brasil

Infelizmente, o setor de saúde, público e privado, é um dos recordistas em termos estatísticos no que se relaciona ao assédio moral, chegando ao absurdo índice de quase 85%. Enfermeiras(os) e técnicos de enfermagem convivem com a percepção de “descartabilidade” o que faz com que aturem situações abusivas por anos. Em nossas pesquisas, fica evidente que a atual expansão da terceirização que tem agravado ainda mais a precarização das instituições e das condições de trabalho é um dos fatores que podem desencadear o assédio laboral. Os mais jovens, geralmente terceirizados, não fazem coro com os antigos de casa, gerando certa dissonância em termos identitários, pois a identidade é algo que se constrói na relação com o outro e, para ser saudável, requer uma relação interpessoal de confiança. As avaliações, que são imprescindíveis para as organizações do setor saúde, e podem ser importantes para a proteção das pessoas avaliadas, pois implicam no seu reconhecimento profissional,

não raro padecem de disfunções em seu propósito; geram competição entre pares, estimulam e potencializam antigas rivalidades - transformando-as em inimizades - e destroem o companheirismo (que só existe onde há um mínimo de confiança) essencial para a autêntica - não teatral - cooperação intra e interequipes no campo da saúde.

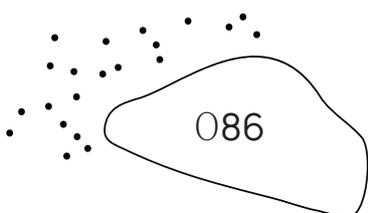
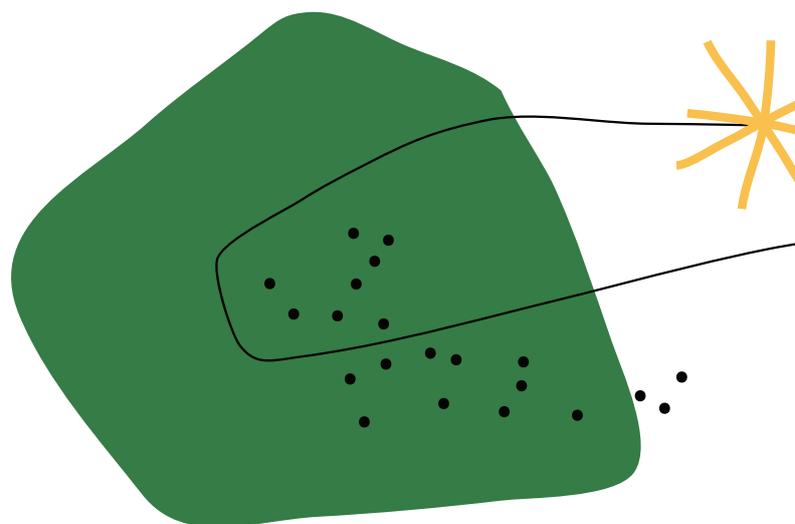
É preciso ter em mente que o assédio moral é em si um problema organizacional porque ocorre no ambiente de trabalho, entre pessoas que são parte da estrutura organizacional. O assédio moral decorre de papéis organizacionais e encontra espaço em questões ou aspirações organizacionais e institucionais, o que torna a organização (hospital, fábrica, escola etc.) corresponsável pelos atos culposos ou dolosos que ocorrem em seu interior. Assim, no assédio moral, a violência ocorre no ambiente de trabalho a partir de relações de poder consideradas abusivas, incluindo ameaças e intimidações.

É necessário que esteja relacionado às organizações de trabalho para se identificar

as características desse meio que favoreçam o aparecimento de situações de violência. Diante disso, são desenvolvidas ações preventivas, de controle e de correção, passando a fazer parte do cotidiano do trabalho. Toda organização tem definido, explícita ou implicitamente, os padrões de relacionamentos, aquilo que é certo, desejável, esperado, o que é considerado importante para os que trabalham nela, valorizado, determinando também os graus de autonomia e responsabilidade das pessoas envolvidas. Assim, toda decisão ou omissão dos líderes diante de uma situação organizacional parte também de uma escolha e gera impactos importantes neste espaço. Pascale Molinier, referindo-se ao trabalho de auxiliares de enfermagem, ajuíza: realmente quando se faz 14 *toilettes* (higienizações nos pacientes), todas as manhãs, não é mais a violência que é difícil de explicar... (MOLINIER, 2000B).

Algumas situações na organização facilitam o surgimento de comportamentos violentos, abusivos e humilhantes. Ambientes em que a cultura e o clima organizacional são permissivos tornam os relacionamentos entre os trabalhadores desrespeitosos e estimulam a convivência com o abuso intencional. Um ambiente de trabalho com competição acirrada, culpabilização individualizada, prejuízo pelo atendimento de metas descabidas, ritmo acelerado, inflexibilidade nas decisões torna-se um espaço onde apenas o aspecto econômico é levado em consideração, e todas as ações são aceitas para atingir o objetivo final. Cria-se, a partir disso, um ambiente em que a violência interpessoal passa a fazer parte integrante, como se ela fosse inerente ao trabalho realizado. A OIT contribui com conclusões importantes sobre o tema e adverte que a violência psíquica tem

aumentado de forma vertiginosa no ambiente de trabalho em todo o mundo (FREITAS, 2007).



o que não é assédio moral

Ainda que os conflitos sejam inevitáveis, causando aborrecimentos ou descontentamento para as partes envolvidas, é preciso cautela para que usuais desavenças, circunstâncias ou contrariedades não sejam consideradas assédio. Pequenos atritos, tensões habituais, bem como divergência de ideias não são necessariamente formas de abuso e humilhação.

Há, entretanto, situações inevitáveis nas interações entre as pessoas, mas que não se configuram como assédio, tais como:

a) Condições inadequadas de trabalho

Más condições de trabalho são indesejáveis, mas não caracterizam o assédio moral. Por exemplo, carência de recursos e instrumentos de trabalho, iluminação e infraestrutura inadequada, espaço insuficiente e trabalho em situações de risco ou ergonomicamente desfavoráveis. Estas condições somente são consideradas assédio se um trabalhador (ou um grupo) for tratado desse modo e sob tais condições com o objetivo de desmerecê-lo, humilhá-lo ou desestabilizá-lo, como forma de pressão para que seja mais operoso, se submeta a vontade do agressor, desista de seus direitos ou para que deixe a organização.

b) Cobranças de trabalho

A expectativa de que o trabalhador exerça suas atribuições e que o trabalho seja executado com zelo e dedicação, assim como exigir que se comporte no ambiente de trabalho de maneira condizente com as normas legais, éticas e regimentais

não se configura em assédio moral.

c) Situações conflituosas

Em um conflito, o relativo equilíbrio de poder permite aos oponentes falar abertamente, e manter a possibilidade de cada qual defender seus interesses. Algumas situações tais como transferência de postos de trabalho, substituição de pessoas em funções de chefia, mudança das atividades, entre outras, podem gerar conflitos, mas, isoladamente, não se configuram como assédio moral. No entanto, a demora na resolução das situações conflituosas tende a evoluir ao assédio moral e para evitá-las serão apresentadas neste texto formas de lidar com os conflitos.

Embora não sejam o mesmo que assédio moral, estes comportamentos deverão ser tratados por meio de ações de prevenção, controle e correção previstas na política de gestão de pessoas da organização, em especial da área de saúde e segurança, considerando que também afetam a saúde e o bem-estar das pessoas (OLIVEIRA; TOLFO; HELOANI).

os impactos da violência no trabalho

Os efeitos prejudiciais sentidos em um ambiente de trabalho onde existem situações de discriminações, violências, danos e assédio moral são inúmeros e afetam os envolvidos (organização, equipes e trabalhadores) e a sociedade como um todo.

No âmbito da sociedade

Na sociedade pode ocasionar a incapacitação precoce de profissionais, despesas de atendimento médico, aumento dos índices de suicídio, aposentadorias precoces, custo produtivo do profissional afastado por invalidez ou redução do potencial empregatício.

No âmbito organizacional

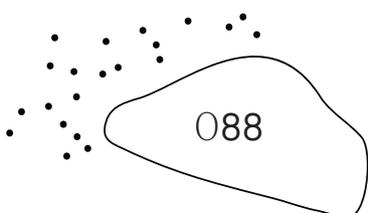
Ocorre com maior frequência o afastamento de trabalhadores por doença e acidentes de trabalho, elevado índice de absenteísmo, rotatividade dos profissionais, defeitos em equipamentos e materiais. Também pode acontecer queda na produtividade da organização, perda de pessoal e processos judiciais, que acarretam prejuízos financeiros, o que gera despesas com as rescisões de contrato, seleção de pessoal, treinamentos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), a violência no local de trabalho causa também:

- Menor desempenho no trabalho;
- Menor qualidade dos produtos ou do serviço, e produção mais lenta;
- Diminuição na competitividade;
- Danos à imagem da organização;
- Menor motivação e moral mais baixa;
- Menor lealdade para com a organização;
- Níveis mais baixos de criatividade;
- Diminuição da orientação para o trabalho.

A organização do trabalho inadequada e a má gestão dos conflitos ainda se relacionam intimamente com a aparição de condutas hostis, e entre as situações de risco ao assédio e às discriminações estão as seguintes:

- Cultura organizacional que, explícita ou implicitamente, aprova os comportamentos de assédio;
- Insegurança no emprego;
- Mudanças constantes e/ou repentinas na organização;
- Supervisão autoritária ou demasiadamente permissiva;
- Ambiente de desrespeito, inveja, rivalidade, competitividade dos gestores, e entre trabalhadores
- Carência de comunicação e de fluxo de informações eficaz;



- Excesso de exigências por parte da organização;
- Ausência de uma política adequada para tratar dos temas e de valores positivos comuns.

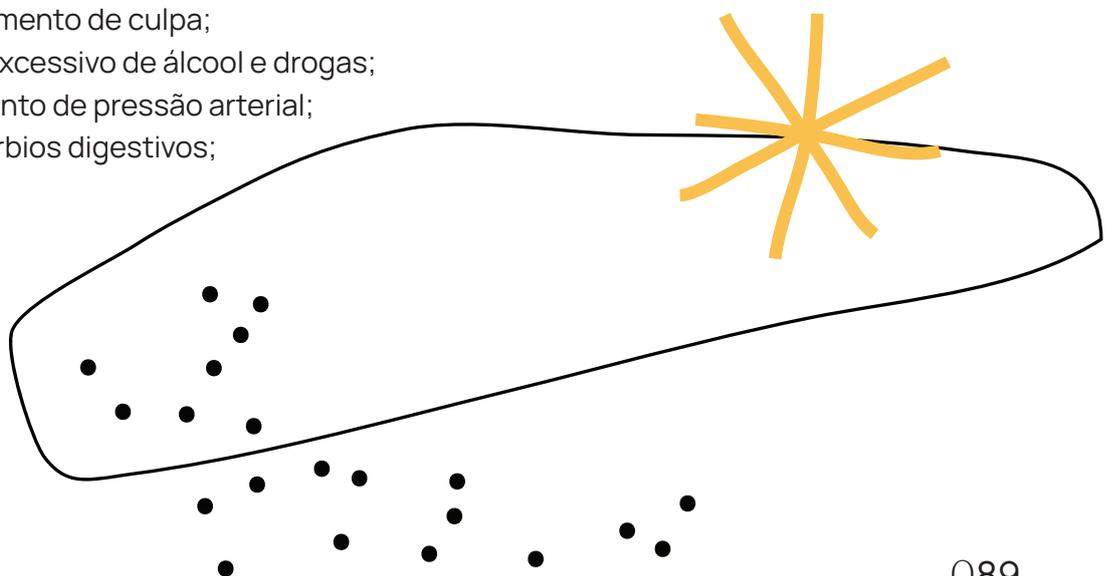
No âmbito individual e das relações sociais

Afeta os aspectos psicossociais da vida do trabalhador; causa distúrbios profissionais, familiares, afetivos e psíquicos, com sintomas na saúde, principalmente de natureza psicossomática. Diversas são as expressões individuais e relacionais de sofrimento apresentadas pelos trabalhadores e que podem se manifestar isoladamente ou mesmo em conjunto:

- Quadros de ansiedade, depressão, transtorno de pânico;
- Insônia, pesadelos, distúrbios do sono;
- Tristeza profunda, angústia, estresse, crises de choro, mal-estar físico e mental;
- Cansaço exagerado;
- Baixa autoestima;
- Diminuição da capacidade de concentração e memória;
- Irritabilidade;
- Isolamento social;
- Aumento de peso ou emagrecimento;
- Redução da libido;
- Sentimento de culpa;
- Uso excessivo de álcool e drogas;
- Aumento de pressão arterial;
- Distúrbios digestivos;

- Falta de motivação;
- Aumento de peso ou emagrecimento exagerado;
- Pensamentos ou tentativas de suicídio.

Embora o suicídio seja reconhecido como problema de Saúde Pública pela OMS, estudos epidemiológicos sobre ideação suicida e tentativas de suicídios relacionados ao trabalho no Setor Saúde não são muito divulgados pela grande mídia. Contudo, as denúncias colhidas em nosso site nos autorizam afirmar que a violência que atinge a dignidade mediante o assédio moral e de outras formas continuadas de abusos - tal como certos processos de discriminação - conduz, quase sempre, à certa fragilização psíquica e os suicídios se multiplicam, principalmente quando essas violências são acompanhadas por ameaças ao vínculo contratual e inexistem suportes sociais e afetivos - o que é trivial nessas ocorrências. Infelizmente, no Setor Saúde, a visceralidade da morte imposta pela "natureza" tem sido contraposta à produzida pela "cultura".



ações para prevenir, controlar e corrigir violência, discriminação e assédio no trabalho:

O que as pessoas podem fazer quando estão sofrendo uma situação de violência, discriminação ou assédio moral?

- Registrar: anotar tudo o que acontece, realizar um registro diário e detalhado do dia a dia do trabalho;
- Coletar provas: coletar e guardar provas das situações como, por exemplo, bilhetes do agressor, documentos que demonstrem tarefas impossíveis de serem cumpridas ou inúteis, e-mail com informações importantes;
- Buscar testemunhas: procurar conversar com o agressor sempre na presença de testemunhas, como um colega de trabalho de confiança ou representante do sindicato;
- Formar rede de resistência: reforçar a solidariedade no ambiente de trabalho, na tentativa de criar uma rede de enfrentamento às condutas do agressor, e dar visibilidade à situação;
- Buscar orientações na organização: procurar a área de gestão de

pessoas da organização para relatar os fatos e exigir providências a serem tomadas;

- Elaborar documentos com relato do ocorrido: exigir explicações do agressor por escrito, enviar informação a gestão de pessoas, guardar o comprovante de envio e possível resposta;
- Buscar orientação no sindicato: procurar o sindicato da categoria que pode contribuir nestas situações, na tentativa de buscar caminhos para a resolução do conflito;
- Buscar apoio profissional: contar com apoio de profissionais da saúde como médicos, psicólogos, psiquiatras; ou do direito, por meio de orientação jurídica de como proceder nesta situação;
- Buscar outros apoios: contar com o apoio dos amigos e familiares.

O que as organizações podem fazer para coibir situações de assédio no ambiente de trabalho?

- Formular uma política que defina assédio, formas de prevenção,

de assistência ao assediado e de punição ao assediador;

- Elaborar um fluxo para recebimento da queixa e de encaminhamento das questões administrativas;
- Formular código de ética da organização, abordando o que é permitido e o que não é aceito;
- Elaborar estratégias organizacionais para acolher as queixas, por meio da área de gestão de pessoas, para que o trabalhador assediado tenha o direito de se manifestar, denunciando a agressão a que foi vítima, poderá

ser por escrito e sigilosamente;

- Criar espaços coletivos de discussão, que podem ser dentro da organização, onde os envolvidos possam expor os problemas e expectativas, facilitando a comunicação;
- Apurar as situações de assédio moral e devidas punições quando for necessário, pois os modos como os gestores da organização solucionam tais conflitos podem favorecer ou diminuir o aparecimento de novas situações.

intervindo nos conflitos para evitar a violência no trabalho

Os conflitos inerentes à violência laboral podem ser administrados e resolvidos de forma adequada a partir da política organizacional de prevenção e combate ao assédio no trabalho e às outras formas de violência. Cabe ressaltar que o conflito é um processo geralmente progressivo, assim como o assédio, que pode decorrer do primeiro e, quanto mais adiantado o processo, tanto mais será destrutivo aos indivíduos envolvidos e à organização.

Dado que os relacionamentos dentro das organizações do Setor Saúde são longevos e inevitáveis, os processos de resolução de conflitos devem necessariamente considerar estes fatores fundamentais. Assim, destacam-se, a negociação e a mediação que devem fazer parte da política e de treinamento específico de chefias, órgãos responsáveis pela saúde

e segurança ocupacionais e profissionais de gestão de pessoas. Destaca-se o fato de que o mediador deverá possuir suficiente poder institucional para fazer frente a um possível assediador (MOLINIER, 2000A; 2003).

Considerando a progressividade do fenômeno do conflito podem-se estabelecer técnicas específicas de acordo com grau atingido. Assim, quanto mais no início for a atuação, mais fácil será tornar a disputa em uma experiência positiva de aprendizagem e mudança adequada para a convivência saudável. No entanto, é necessário não deixar que o conflito progrida. Para isso, aconselha-se o uso da negociação se o conflito permitir o diálogo, e caso já tenha evoluído a ponto de dificultá-lo, o indicado é que se utilize a mediação.

atividades recomendadas frente às situações de discriminação, violência, assédio sexual e moral

- Institucionalizar o compromisso entre empresários, chefias e trabalhadores com um pacto ético de promover um ambiente livre destes problemas;
- Elaborar e executar política de prevenção e tratamento dos casos;
- Definir os comportamentos considerados aceitáveis e inaceitáveis;
- Normatizar e divulgar as consequências do descumprimento das normas estabelecidas e as sanções correspondentes;
- Descrever e divulgar os fluxos e procedimentos de trabalho que serão utilizados na notificação, prevenção e tratamento;
- Especificar e capacitar sobre as atribuições das chefias e dos colegas, respectivamente, para a garantia da confidencialidade e de denúncias;
- Sistematizar dados sobre mudanças nos comportamentos dos trabalhadores (aumento de absenteísmo, afastamentos do trabalho, tensões, discussões, insinuações sexuais, chantagem e/ou intimidação etc.);
- Projetar o trabalho de forma a dar maior autonomia possível para o trabalhador quanto a maneira de fazer suas atividades;
- Reduzir a monotonia e ampliar o controle sobre o trabalho por parte do trabalhador;
- Fornecer informações claras, adequadas e suficientes para a execução correta das atividades;
- Fomentar a atuação dos trabalhadores, através de programas participativos, nas políticas e planos de prevenção e tratamento dos casos de violência, assédio e discriminação e de melhorias do ambiente de trabalho;
- Prestar atendimento médico e psicológico aos trabalhadores, quando necessário;
- Envolver os trabalhadores na avaliação de risco;
- Explicar os motivos, os meios e os resultados esperados dos métodos de avaliação;
- Promover o monitoramento dos ambientes de trabalho e dos casos identificados;
- Oferecer apoio às vítimas.

a atuação governamental para a igualdade de oportunidades no trabalho

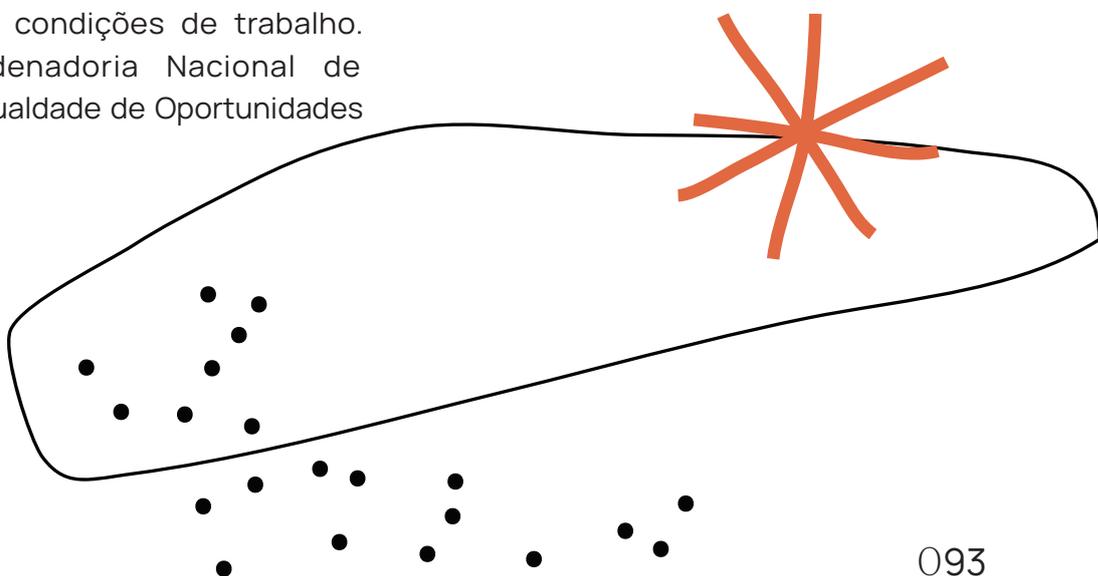
Neste texto, é possível observar que a violência no trabalho é todo o ato que ameaça ou agride, física ou psiquicamente o trabalhador devido a sua atividade laboral e que põe em perigo sua segurança, saúde ou bem-estar. Entretanto, atos de violência, assédio e discriminação se chocam com a ideia de igualdade de oportunidades nas organizações de trabalho, atuação que cabe ao Ministério Público do Trabalho, por meio da

Coordenadoria Nacional de Promoção de Igualdade de Oportunidades e Eliminação da Discriminação no Trabalho – COORDIGUALDADE. Trata-se de um órgão consultivo de abrangência nacional que tem por objetivo incluir minorias e cidadãos(ãs) discriminados(as) no mercado de trabalho que por suas condições encontram entraves em exercer sua cidadania plena. São exemplos: pretos, deficientes, mulheres, indígenas, LGBTs, dentre outros. Tem como finalidade a busca de garantias das condições equânimes nos critérios de seleção, promoção, remuneração e condições de trabalho.

A Coordenadoria Nacional de Promoção de Igualdade de Oportunidades

e Eliminação da Discriminação no Trabalho – COORDIGUALDADE atua em três eixos:

- Combate à discriminação a trabalhadores;
- Inclusão nos ambientes de trabalho da pessoa com deficiência ou reabilitada;
- Proteção da intimidade dos trabalhadores.



reflexões finais

Considerando as atuais transformações na sociedade e seus impactos no mundo laboral, tais como a competitividade exagerada, as metas abusivas, o tempo excessivo demandado pelas tarefas ou sobrecarga, a precarização do trabalho, dentre outras situações, é possível verificar que os trabalhadores vêm perdendo direitos historicamente conquistados. Por outro lado, os países vinculados à OIT têm buscado unir forças para um melhor entendimento dos fenômenos violência, discriminação e assédio laboral e sexual, ao mesmo tempo que buscam maneiras de intervir preventivamente e reconhecer a importância do trabalho digno e decente para os indivíduos, propiciados pela Convenção 190 e Recomendação 206.

Nesse sentido, a importância de reduzir o adoecimento mental no trabalho no Setor Saúde, nos últimos anos, ratifica a necessidade do enfrentamento dos desafios de construção de técnicas e ações, tanto de prevenção quanto de tratamento. Como vimos, o assédio no trabalho é - antes de

tudo - um fenômeno social com profundas implicações na saúde individual e no bom funcionamento das organizações e só poderá ser erradicado ou, pelo menos, mitigado com firmes e consistentes políticas corporativas que propiciem a criação de uma cultura salutar no espaço laboral.

Neste ponto, é possível concluir que a ação participativa dos trabalhadores e seus representantes nas atividades de análise, planejamento de prevenção e tratamento dos casos de assédio é crucial para que qualquer programa deste tipo tenha êxito. Cabe destacar a fundamental participação da alta direção da organização, seja ela um hospital (público ou privado), clínica, laboratório, UBS (Unidade Básica de Saúde), CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) ou qualquer outro setor onde haja gente que cuida de gente. Esperamos que a leitura deste ensaio não seja um simples entretenimento intelectual, tampouco um modo de demonstrar erudição, muito menos uma prática diletante, mas, sim, aquilo que os sábios gregos denominavam

“ataraxia” (equilíbrio), tão necessário aos profissionais de saúde. Que sirva para ajudar a erradicar a violência explícita e sub-reptícia que insiste em acometer aqueles que têm por mister cuidar dos outros.

Que os sentimentos de injustiça e desencanto que explodem no coração do profissional de saúde e o fazem sofrer, - quando se depara com um ambiente hostil e desrespeitoso - sejam metamorfoseados em esperança e amorosidade, elementos fundamentais para aqueles que, em seu cotidiano laboral, se deparam com a vida e com a morte, às vezes, quase concomitantemente. Como nos adverte Angela Davis (2018) *“Você tem que agir como se fosse possível transformar radicalmente o mundo. E você tem que fazer isso o tempo todo”*.

(*) Este ensaio pode ser reproduzido, desde que citada a autoria; LEI Nº 9.610/98 (LEI DOS DIREITOS AUTORAIS).

referências bibliográficas

sites de referência

<http://assediomoral.org.br/> (site em atualização e recuperação)

Neppot.ufsc.br

<http://www.prt2.mpt.mp.br>

BARRETO, M.; HELOANI, R. Assédio moral e insegurança no emprego: seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores. In: Mendes, René (Org.). Patologia do trabalho, v. 1. Editora Atheneu, 2013. pp 661-672.

BOURDIEU, P. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

BRASIL. Decreto-lei No 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 05 maio 2020.

BRASIL. Decreto Nº 62.150, de 19 de janeiro de 1968. Promulga a Convenção nº 111 da OIT sobre discriminação em matéria de emprego e profissão. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D62150.htm. Acesso em: 05 maio 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1998.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências. Portaria MS/GM nº. 737, de 16/05/01. Brasília, 2001. Acesso em: 05 maio 2020.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 05 maio 2020.

BUTLER, J. The psychic life of power. California: Stanford University Press, 1997.

BUTLER, J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, J. Desfazendo gênero. São Paulo, Unesp, 2022

BUTLER, J. Quem tem medo do gênero? São Paulo, Boitempo Editorial, 2024

- COUTINHO, M. L. P. Discriminação no trabalho: mecanismos de Combate à discriminação e promoção de igualdade de oportunidades. In: FARRANHA, A. C.; EGG, R. Igualdade Racial: principais resultados. Publicação OIT, Brasília, 2006.
- EINARSEN, S.; HOEL, H.; NOTELAERS, G. Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised, *Work & Stress*, v. 23, n.1, p. 24-44, 2009. Disponível em: <10.1080/02678370902815673>. Acesso em: 22 fev 2020.
- DAVIS, A. A liberdade é uma luta constante. São Paulo: Boitempo, 2018.
- ELIAS, N. O processo civilizador 1: uma história dos costumes. Rio de Janeiro: Editora ZAHAR, 1990
- FOUCAULT, M. L' Herméneutique du sujet. Paris: Éditions Gallimard, 2001.
- FOUCAULT, M. História da Sexualidade (vol.1): a vontade de saber. Editora Paz e Terra, 2020.
- FREITAS, M. E. de. Assédio moral e assédio sexual: Faces do poder perverso nas organizações. *Revista de Administração de Empresas*, v. 41, n. 2, p. 8-19, 2001. Disponível em: <10.1590/S0034-75902001000200002>. Acesso em: 22 fev 2020.
- FREITAS, M. E. de. Quem Paga a Conta do Assédio Moral no Trabalho?. *RAE - eletrônica*, v. 6, n. 1, jan./jun., 2007.
- FREITAS, E.; HELOANI, R.; BARRETO, M. Assédio Moral no Trabalho. São Paulo: Editora CENGAGE, 2008.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Assédio moral, sexual e outras violências no trabalho: prevenção e enfrentamento na Fiocruz. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2022.
- GOMES, V. L. O.; FONSECA, A. D. Dimensões da violência contra crianças e adolescentes, apreendidas do discurso de professoras e cuidadoras. *Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis*, v. 14, n. spe, p. 32-37, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000500004>. Acesso em: 22 fev 2020.
- GLASL, F. The process of conflict escalation and roles of third parties. In Bomers, G. B. J.; Peterson, R. B. (Orgs.). *Conflict Management and Industrial Relations*. The Hague: Kluwer Nijhoff Publishing, 1982, p. 119-140.
- HELOANI, R.; BARRETO, M. (2013). Assédio Moral e Sexual. In F. deO. Vieira, A. M. Mendes, Á. R. C, Merlo. *Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho* (pp.55-60). Curitiba: Evangraf.
- HELOANI, R; BARRETO, M. Aspectos do trabalho relacionados à saúde mental: assédio moral e violência psicológica. In: GLINA, Débora; ROCHA, Lys (Orgs.) *Saúde mental no trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Editora Roca, 2010.
- HELOANI, R.; BARRETO, M. Assédio moral: gestão por humilhação. Curitiba: Editora Juruá, 2018.
- HELOANI, Roberto (2011). A dança da garrafa: assédio moral nas organizações. *GV Executivo. Edição Especial (Pressões e angústias no mundo corporativo)*. São Paulo. 10(1), 51-53, jan/jun.

HELOANI, R. (2004). Assédio moral: um ensaio sobre a expropriação da dignidade no trabalho. São Paulo, RAE - Eletrônica, 3(1), jan/jun.

HELOANI, R. (2003). Violência invisível, RAE Executivo, 2(3), 57-61, ago/out.

HIRIGOYEN, M. F. (2001). Malaise dans le travail. Paris: Editions La Découverte & Syros.

HIRIGOYEN, M. F. (1998). Le harcèlement moral. Paris: Editions La Découverte & Syros.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. International Labour Conference. Violence and Harassment Convention, 2019 (No. 190). Disponível em: <https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/--ed_norm/--relconf/documents/meetingdocument/wcms_711570.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2019.

KARASEK, R. A. List of Job Content Questionnaire questions:6/94. Lowell (MA): University of Massachusetts, 1996.

KRUG, E. G. Relatório Mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LEYMANN, H. The content and development of mobbing at work. European Journal of Work & Organizational Psychology, v. 5, n. 2, p. 165-184, 1996.

MOLINIER, P. Gestion Hospitalière et souffrance éthique des personnels hospitaliers. Palestra proferida na USP, 2003 (separata).

MOLINIER, P. Prévenir la violence: l'invisibilité du travail des femmes. Travailler, 3: 73-86, 2000A.

MOLINIER, P. Travail et compassion dans le monde hospitalier. In: Relation de service. Les Cahiers de genre, 28: 49-70, 2000B.

MOLINIER, P. Psychodynamique du travail et identité sexuelle. Thèse de doctorat em Psychologie, Conservatoire National des Arts et Metiers, Paris, 1995.

OLIVEIRA, R. T.; TOLFO, S.; HELOANI, R.; CHINELATO, R. Violência, discriminação e assédio no trabalho. Florianópolis: Lagoa, 2020.

OLIVEIRA, R. T.; TOLFO, S. R.; KUNZLE, L. A.; ZANIN, F. C.; PRISCO, C. M. F. (Orgs.) Assédio moral no trabalho: fundamentos e ações. Florianópolis, SC: Lagoa, 2017. Disponível em: <<http://neppot.ufsc.br>>. Acesso em 20 dez. 2019.

OLIVEIRA, R. T.; FANTIN, J.; SANTOS, G. Mediação de conflitos nas organizações. In: TOLFO, S. R. (Org.). Gestão de Pessoas e Saúde Mental do Trabalhador: intervenções com base na Psicologia São Paulo: Vetor Editora Psico Pedagógica Ltda, no prelo.

OLMOS, Cristina Paranhos. Discriminação. Enciclopédia jurídica da PUC-SP. Celso Fernandes Campilongo, Alvaro de Azevedo Gonzaga e André Luiz Freire (coords.). Tomo: Direito do Trabalho e Processo do Trabalho. Pedro Paulo Teixeira Manus e Suely Gitelman (coord. de tomo). 1. ed. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/395/edicao-1/discriminacao>

PEÇANHA, P. O. L. Discriminação: um panorama legislativo e jurisprudencial da miopia social. Âmbito Jurídico. Disponível em: <<https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-85/discriminacao-um-panorama-legislativo-e-jurisprudencial-da-miopia>>

social/ >. Acesso em: 06 maio 2020.

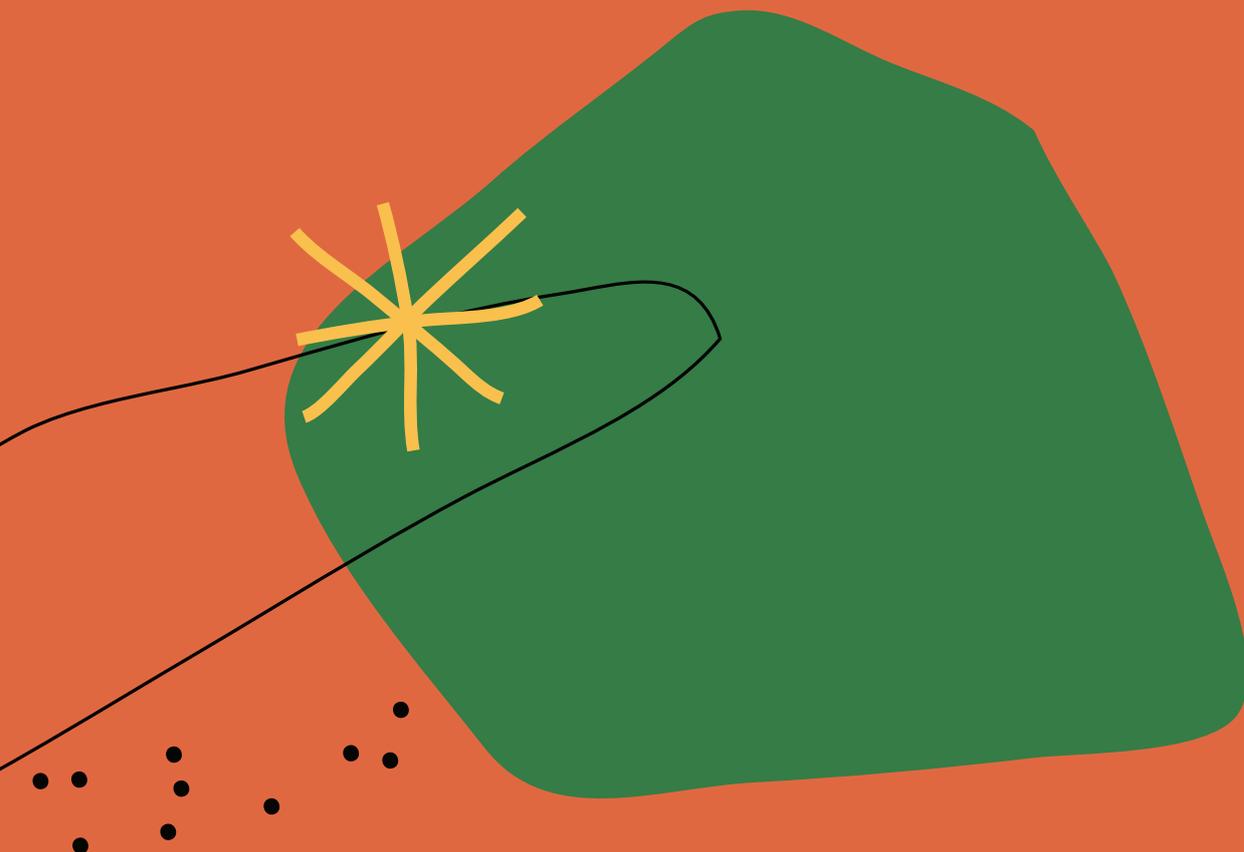
RIBEIRO, Darcy. Sobre o óbvio. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1986.

SANTOS, W. Deficiência como restrição de participação social. Brasília, Ciência & Saúde Coletiva, 21(10): 3007-3015, 2016.

SODRÉ, Muniz. O fascismo da cor. Rio de Janeiro, Editora Vozes, 2023

TOLFO, S. R.; OLIVEIRA, R. T. Assédio moral no trabalho: características e intervenções. Florianópolis, SC: Lagoa, 2015. Disponível em: <<http://neppot.ufsc.br>>. Acesso em: 06 maio 2020.





impactos das
mudanças
climáticas em
profissionais
e sistemas de
saúde

Evangelina da Motta
Pacheco Alves de Araujo

Evangelina da Motta Pacheco Alves de Araujo

Médica especializada em Patologia Clínica e Microbiologia, Doutora em Patologia pela Faculdade de Medicina da USP. Criadora e Fundadora do Instituto Ar. Idealizadora e Especialista em Gestão de Sustentabilidade pela Faculdade de Administração da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo e em Gestão de Políticas em Saúde Informadas por Evidências pelo Ministério da Saúde. Idealizadora, fundadora e diretora do Instituto Saúde e Sustentabilidade. Consultora e pesquisadora na área de Saúde e Sustentabilidade. Diretora de Responsabilidade Social da Associação Paulista de Medicina.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a mudança climática é a maior ameaça atual global à saúde. O órgão elencou a poluição do ar e a mudança do clima, juntas, como a principal prioridade para a assistência emergencial em saúde em nível global. Os dados evidenciam a dimensão e seriedade do problema.

a mudança do clima: conceito, causas e o compromisso global.

É importante o conhecimento sobre a mudança do clima – suas causas, ações de mitigação e adaptação e implicações em saúde – para que os profissionais de saúde, as organizações e os sistemas de saúde possam compreendê-la e assim se organizarem para enfrentá-la, tanto no seu cotidiano como em situações de emergência climática. Não se trata de futuro. A mudança está presente, a olhos vistos, de diversas formas e magnitudes.

O clima do planeta Terra está mudando. O principal motivo dessa mudança é o aumento da temperatura terrestre. Esse processo, embora natural, tem se acelerado nos últimos anos devido ao impacto de atividades humanas. As alterações climáticas desafiam a saúde e a sobrevivência das pessoas em todos os países. A mudança do clima é causada pelo aumento de gases na atmosfera que aquecem o

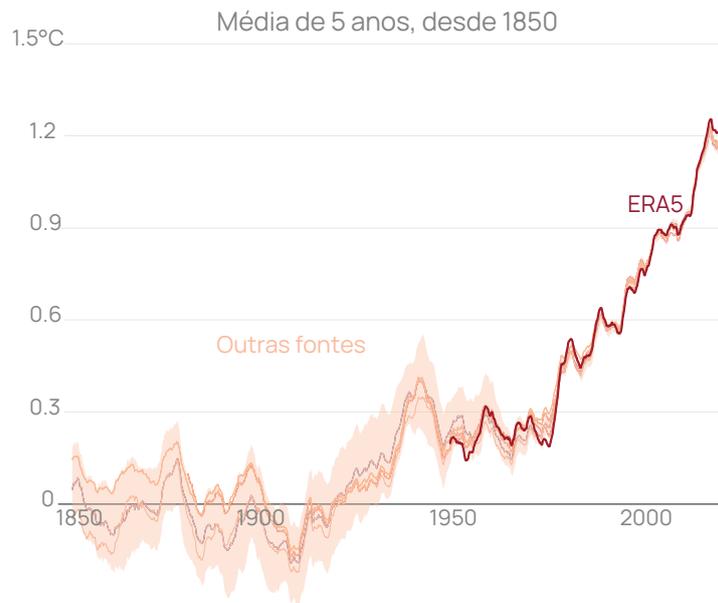
planeta, chamados de gases de efeito estufa (GEE), o gás carbônico (CO_2), o metano (CH_4) e o óxido nitroso (N_2O). Além deles, os hidroclorofluorcarbonos (HFCs) e outros em menor quantidade, como o Ozônio (O_3) e carbono negro (CN), também colaboram no fenômeno. Os gases interferem na entrada da luz solar, que deveria ser refletida em sua maior parte, o que resulta na retenção excessiva de calor na atmosfera do planeta, criando um efeito semelhante ao de uma estufa.

Segundo o Painel Intergovernamental sobre Mudanças Climáticas (IPCC, na sigla em inglês), referência global quando se trata de dados científicos sobre a crise climática, as últimas duas décadas foram as mais quentes dos últimos mil anos. O aumento médio da temperatura global é de $1,3^\circ\text{C}$ desde a era pré-industrial, de acordo com a Figura 1.

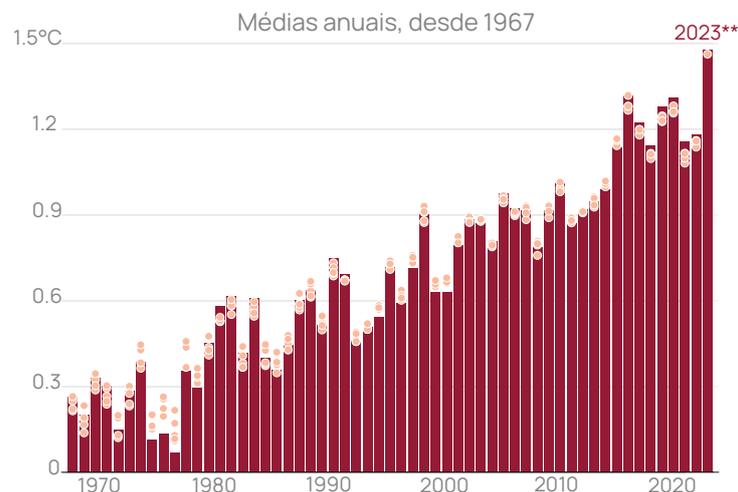
Figura 1: Gráfico superior, o aumento da temperatura média global a cada média de cinco anos, desde a revolução industrial (1850), com o aumento substancial e acelerado nos últimos 50 anos. Abaixo, as temperaturas médias anuais após 1967, sendo 2023 o ano mais quente registrado desde então.

TEMPERATURA DA SUPERFÍCIE TERRESTRE: AUMENTO ACIMA DO NÍVEL DA ERA PRÉ-INDUSTRIAL (1850-1900)

■ Dados do ERAS ● Outras fontes* (incluindo JRA-3Q, GISTEMPv4, NOAAGlobalTempv5, Berkley Earth, HadCRUT5)



*Os dados ERAS e JRA-3Q são mostrados apenas a partir de 1948. A área sombreada representa a incerteza para os dados HadCRUTS5
**Estimativa para 2023 apenas com base em dados ERA5 e JRA-3Q
Fonte: C3S/ECMWF

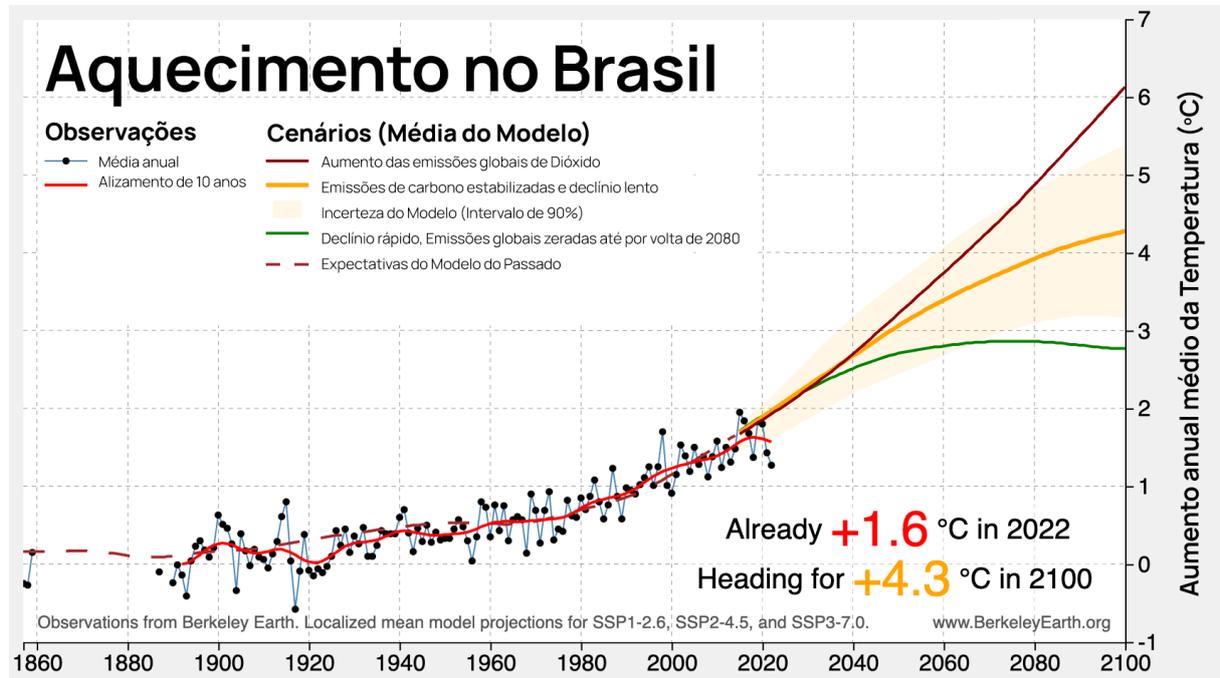


Fonte: Copernicus et al, 2024
Tradução nossa

0104

Impactos das mudanças climáticas
em profissionais e sistemas de saúde

Figura 2: O aumento da temperatura no Brasil e a continuidade do traçado, em 2030, em três cenários: emissões de carbono estabilizadas (traçado laranja); com aumento de emissões (vermelho) ou zeradas (verde):



Fonte: <http://Berkeleyearth.org/>
 Tradução nossa

O aumento médio de temperatura no Brasil é maior, de 1,6°C. Diversos estados da Amazônia e do Nordeste já ultrapassaram o aumento de 2 °C no país. Um dos cenários mais preocupantes é o do Centro-Oeste, com a previsão de redução de 45% do volume de chuvas, o que pode impactar em biomas como o Cerrado e o Pantanal. Importante conhecer as peculiaridades dos efeitos climáticos nas regiões brasileiras, pois os agravos em saúde terão impactos distintos.

O Brasil é o quinto maior emissor de GEE no mundo. Entre as razões para essa emissão excessiva estão: o desmatamento (queimadas), a agropecuária (exceto as práticas agrícolas sustentáveis) – as duas primeiras relativas ao uso da terra, e o uso

de energia a partir de combustíveis fósseis. Segundo o Observatório do Clima (SEEG – Sistema de Estimativas de Emissões de Gases de Efeito Estufa), o desmatamento representou cerca de 48% das emissões brutas brasileiras em 2022. A perda de florestas implica, além das emissões pelo uso da terra, também a redução de retenção de CO².

O Acordo de Paris sobre o Clima representa um compromisso global essencial com o propósito de combater as mudanças climáticas. Firmado em dezembro de 2015, pela União Europeia e mais 193 países, incluindo o Brasil, este pacto estabelece a base para ações e metas concretas para a redução das emissões atmosféricas e combate à expansão da mudança do clima.

O principal objetivo do Acordo é conter o aumento da temperatura global abaixo do limiar crítico de 2 °C, em relação aos níveis pré-industriais, preferencialmente restrito a 1,5 °C.

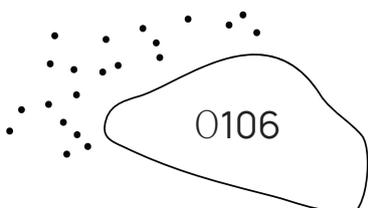
A única solução possível apontada é a redução drástica das emissões de GEE pela metade até 2030. E zerá-las em 2050, o que significa a eliminação dos combustíveis fósseis, por todas as fontes, entre elas, carvão e petróleo. Além da remoção de parte do carbono que já está na atmosfera, prevista com a erradicação do desmatamento em escala mundial e a proteção de florestas, savanas e outras formas de vegetação natural.

Cada nação determinou o seu compromisso para a redução das emissões no pacto global: a Contribuição Nacionalmente Determinada (NDC, na sigla em inglês), delineando seus esforços individuais nesse sentido. Por ocasião da Conferência das Partes (COP) 28, a análise do cumprimento dos NDCs dos países – em relação às metas para 2030 – mostrou ser insuficiente neste momento: resultaria em um aumento médio da temperatura de 2,4 a 2,8°C até 2100.

Se as metas definidas no Acordo de Paris forem cumpridas, 1 milhão de vidas por ano serão salvas até 2050. Do lado inverso, o impacto econômico fica evidente na saúde pública: ela custa à economia global mais de 5 trilhões de dólares por ano e esse valor supera os investimentos necessários para o cumprimento do Acordo.

As medidas de controle de poluentes climáticos, como o metano e o carbono negro, poderiam reduzir o aquecimento global em até 0,5°C em poucas décadas, evitar 2,4 milhões de mortes prematuras e

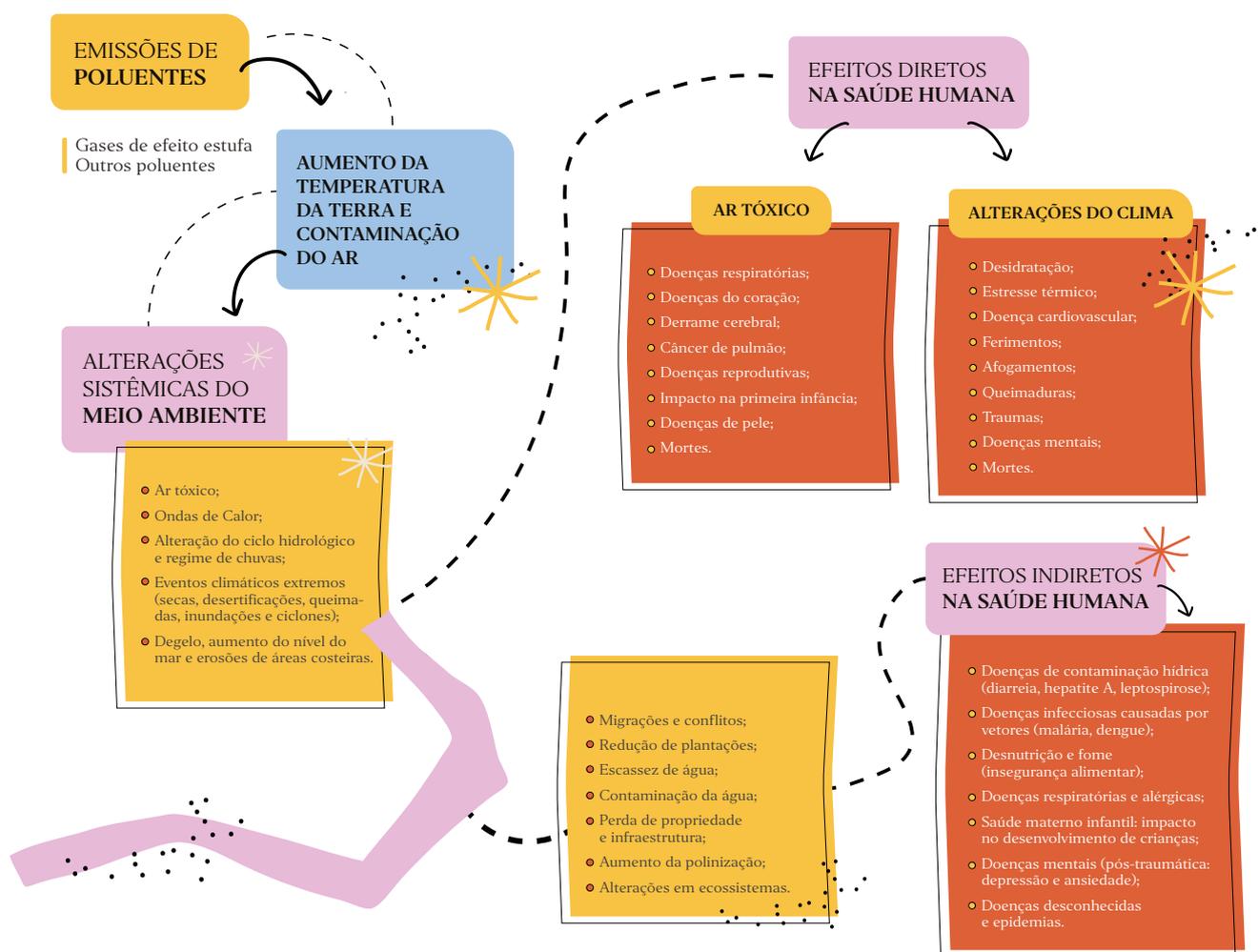
mais de 50 milhões de toneladas de perdas de colheitas por ano devido ao ozônio. Na corrida contra o tempo, esse compromisso deve ser de todos, cidadãos, governo, setor público e privado, entre eles, o setor saúde.



a mudança do clima e os impactos em saúde

O infográfico a seguir – Figura 3 – explica as alterações sistêmicas no ambiente, que ocorrem em ritmo acelerado e de forma global, devido ao aumento da temperatura e à contaminação do ar, a partir das emissões atmosféricas - e as consequências em saúde.

Figura 3. Alterações do ambiente devido à mudança do clima e impactos sobre a saúde



Fonte: Instituto Ar, modificado OPAS, 2021.

A cartilha "Como as Mudanças Climáticas impactam a nossa saúde", elaborada pelo Instituto Ar, explica a qualquer público, de forma didática e acessível, os conceitos principais sobre a mudança do clima, seus efeitos em saúde e como enfrentá-la.

O aquecimento da atmosfera e dos oceanos alteram o ciclo hidrológico de diversas formas e, como consequência, modifica os padrões das chuvas, o derretimento de geleiras e o aumento do nível do mar. Causam a ruptura e perda das funções dos ecossistemas e influenciam ou prejudicam a biodiversidade. Essas alterações ambientais afetam direta ou indiretamente a saúde. E, de forma mais intensa, os grupos populacionais mais vulneráveis, como crianças, gestantes, idosos e pessoas com doenças pré-existentes ou que fazem uso crônico de medicamentos, além daqueles que são mais expostos, como os trabalhadores em ambientes externos. Segundo a UNICEF, no Brasil, 60% das crianças e adolescentes (40 milhões) estão expostos a mais de um risco ambiental ou climático: ondas de calor, falta de água, enchentes e doenças infecciosas.

Como exemplo de efeitos diretos das alterações ambientais descritas, os agravos causados por fenômenos extremos do clima, tais como tempestades, inundações e incêndios florestais, são associados a afogamentos, queimaduras, traumatismos físicos, ou mortes. As ondas de calor, cada vez mais frequentes, podem causar insolação, desidratação, estresse térmico e, em casos extremos, desordens cardiovasculares e mortes. O número de mortes anuais relacionado ao calor em idosos com mais de 65 anos aumentou, entre as décadas 1991-2000 e 2013-2022, em 85%; aumento esse que teria sido apenas de 38%, se se considerasse somente o envelhecimento da população.

Altas temperaturas se estenderão em regiões do planeta e com maiores durações de tempo. A tolerância termorreguladora humana normal será excedida em áreas externas, com perda considerável de trabalho ao ar livre e, no futuro próximo, afetará a produção agrícola e a segurança alimentar. Em 2020, calcula-se que 2,4 bilhões de trabalhadores, ou mais de 70% da força de trabalho mundial, estejam expostos ao calor excessivo em algum momento de seu dia. O número supera os 65,5% de duas décadas atrás.

De forma relevante, os transtornos mentais e psicossociais são também males enfrentados em diversas situações relacionadas à mudança do clima, como nos desastres naturais, pela perda de residências, emprego, entes queridos e o deslocamento forçado. Estima-se que cerca de 143 milhões de pessoas sofrerão deslocamento forçado até 2050. Atingem todas as idades e ocorrem, com maior frequência, em indivíduos com problemas de saúde mental prévios.

Como efeitos indiretos à saúde, destacam-se a fome e a desnutrição, a partir da perda de plantações ou da seca e desertificação (insegurança alimentar) e as doenças infecciosas pela contaminação da água e do solo ou pela influência das modificações no comportamento das espécies, como a proliferação de vetores.

Em países como o Brasil, doenças infecciosas como malária, dengue, febre amarela e zika serão intensificadas com o aumento da temperatura e as alterações do regime das chuvas. Isso porque essas condições climáticas auxiliam a reprodução dos mosquitos transmissores, sua sobrevivência e expansão em áreas que se tornarão mais quentes, aumentando assim a exposição e o risco a essas doenças. Uma preocupação séria e temerosa para a saúde, relacionada à perda das funções dos ecossistemas e alterações do comportamento de espécies, e pela aproximação do homem desses ambientes, é a chance de surgirem novas doenças e os riscos de graves epidemias, que podem ser similares ao que vivenciamos com a Covid-19.

A poluição do ar é a primeira causa ambiental de adoecimento e mortalidade e está associada a uma em cada dez mortes no mundo. Na última publicação do Lancet, em 2024, sobre os cenários de carga global de doenças para 204 países e territórios, previsão 2022 a 2050, a poluição do ar foi elencada como o principal fator de risco do número de anos perdidos precocemente ou vividos com incapacidade (em inglês: DALYs - Disability Adjusted Life Years).

Ela decorre da emissão de poluentes atmosféricos provenientes de fontes comuns de emissão de GEE, nocivos para a saúde, dentre eles: o material particulado (MP^{1,0}, MP^{2,5} e MP¹⁰), carbono negro, dióxido de

enxofre (SO²), monóxido de carbono (CO), dióxido de nitrogênio (NO²) e compostos orgânicos voláteis (COV) – estes dois últimos também precursores de poluentes secundários, como o ozônio (O³). O CN e O³ também são GEE. Provocam diretamente impactos em saúde, como as doenças respiratórias, cardiovasculares, aumentam o risco de diabetes, demência, câncer de pulmão e impacto no desenvolvimento fetal e da primeira infância, entre outros.

O conhecimento e acompanhamento dos agravos à saúde relacionados à mudança do clima melhorarão a atenção ao paciente e a sua segurança, a vigilância e a notificação de doenças sensíveis ao clima e aumentarão a capacidade dos sistemas de saúde em se antecipar à mudança do clima e preparar-se melhor para prestar serviços de saúde qualificados.

desastres naturais, os eventos climáticos mais frequentes no Brasil

No Brasil, os eventos de maior ocorrência são os de origem climatológica (seca e estiagem), que correspondem a 54% do total, seguidos pelos desastres de origem hidrológica (inundações e alagamentos) correspondentes a 33%. As inundações atingem todas as regiões do país, são responsáveis por cerca de 50 mil mortes nos últimos 30 anos e têm impactos significativos sobre a saúde e a infraestrutura de saúde. Já os desastres de origem meteorológica (ciclones, vendavais e tempestades) constituem apenas 7% de todos, e, os de origem geológica, 6%, nos quais se inserem os movimentos de massa e deslizamentos.

Eventos climáticos extremos, tais como inundações, chuvas de granizo, vendavais, incêndios florestais, estiagem e seca, geadas, ondas de frio e de calor, e mesmo os deslizamentos, sempre têm um curso natural. No entanto, a inter-relação das sociedades com a natureza pode tornar esses eventos em ameaças e perigos significativos e os transformar em desastres com graves consequências para a saúde e o bem-estar da população e das comunidades.

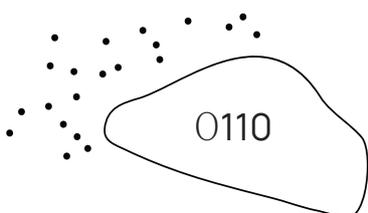
Freitas et al (2014) consideram os desastres compostos por quatro fatores: 1) a ocorrência de uma ameaça natural; 2) uma população exposta; 3) as condições de vulnerabilidade social e ambiental desta população (falta de acesso à saúde, falta de estrutura de saneamento, habitacional etc.); 4) insuficientes capacidades ou

medidas para reduzir os potenciais riscos e os danos à saúde da população. Segundo os autores, as ameaças estão relacionadas às características dos eventos físicos que são gerados pela dinâmica da natureza, como a localização geográfica, magnitude, intensidade, frequência e probabilidade. Podem ser de origem i) natural, que são gerados por dinâmicas da natureza - geológicas, hidrometeorológicas e biológicas - como terremotos, chuvas fortes, inundações, secas e estiagens; ou ii) da sociedade - de degradação ambiental ou ameaças tecnológicas como rompimentos de barragens, acidentes químicos ou nucleares.

Sabe-se que os efeitos em saúde decorrentes de um desastre ocorrem em três fases, cada uma associada a um período específico com diferentes tipos de ações e preocupações.

A fase inicial, denominada Resgate, que ocorre de horas a dias após o desastre, o foco é no atendimento imediato às emergências, incluindo o resgate de vítimas, tratamento de traumas agudos, e gestão de óbitos. Essa é uma fase crítica em que a rapidez e eficiência das operações de socorro podem salvar vidas e limitar danos mais graves.

A fase Recuperação, que acontece entre semanas e meses, é decorrente de problemas sanitários, com a propagação de doenças devido à contaminação da água (nos casos de inundação, por exemplo), a insegurança alimentar e à falta de serviços



básicos. Destacam-se as doenças infecciosas, transmitidas pela água contaminada, como a diarreia, hepatite A, leptospirose, intoxicações e lesões de pele; transmitidas por vetores, como a dengue; doenças respiratórias; exacerbação de doenças crônicas (inclusive por falta de medicamentos), como diabetes e hipertensão e suas consequências, o acidente vascular cerebral e o infarto do miocárdio. Durante esse período, o foco se desloca para o atendimento a casos de doenças transmissíveis e não transmissíveis. Também é um momento para a reabilitação dos serviços essenciais e a vigilância de doenças, garantindo que condições crônicas, como problemas cardiovasculares e psicossociais, sejam gerenciadas, mitigando os impactos prolongados na saúde pública.

Na última fase, a fase Reconstrução, surgem sintomas entre meses e anos, ou até antes, como as doenças crônicas, neurológicas, desordens comportamentais, psicológicas e mentais, como o transtorno pós-traumático, depressão, ansiedade, suicídio, entre outras. Como ocorrem depois de meses, são as desordens mais difíceis de serem acompanhadas, podem persistir por vários meses, até anos, e afetar indivíduos, famílias inteiras e até mesmo a comunidade (“solastalgia”).

Nessa fase ocorrerá a reconstrução física das áreas afetadas e a reabilitação dos serviços de assistência à saúde (ao mesmo tempo, os de prevenção, controle e vigilância) e serviços essenciais e de infraestrutura, como os de abastecimento de água e alimentos. É também um período para a implementação de melhorias na preparação e resiliência contra futuros desastres, aprendendo com as experiências passadas para evitar ou minimizar a repetição dos mesmos impactos.

As condições de assistência à saúde, considerando toda a sua complexidade, têm um papel fundamental na resposta à redução do risco e à vulnerabilidade aos danos em saúde, inclusive preventivos e futuros. Assim, o desastre pode criar novas situações de risco e vulnerabilidade dependendo das condições sociais, ambientais e sanitárias. É dessa vivência que deve vir a construção ou revisão de programas e políticas públicas. Essenciais que sejam contínuas e integradas na prevenção da ocorrência dos eventos e na organização da resposta de enfrentamento aos mesmos.

guias para preparação e resposta à emergência em saúde pública por eventos climáticos no Brasil

Em 2002, é criada a Redução do Impacto das Emergências e Desastres em Saúde no marco de proposição de 11 FESP – Funções Essenciais da Saúde Pública, sistematizadas pela Organização Panamericana de Saúde – OPAS. Em 2005, dois marcos internacionais nas Nações Unidas reforçaram a redução do risco de desastres como função essencial da saúde pública. O primeiro, na OMS, com a aprovação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI). O segundo, na Estratégia Internacional de Redução dos Desastres (EIRD) com o Marco de Ação de Hyogo (MAH), propondo um conjunto de ações em cinco áreas prioritárias para fortalecer a capacidade de redução do risco de desastres, uma delas aponta a importância da garantia da resiliência em todos os níveis:

Conceito de Resiliência em situações de desastres– Capacidade de um sistema, comunidade ou sociedade exposta a um desastre em resistir, absorver, adaptar e se recuperar de seus efeitos de modo oportuno e eficaz, o que inclui a preservação e restauração de suas estruturas e funções básicas (ISDR – International Strategy for Disaster Reduction).

Marco de Ação de Hyogo:

- 1) Implementar medidas de redução de risco de desastre como uma prioridade nacional e local.
- 2) Identificar, avaliar e vigiar o risco da ocorrência de desastres para adotar medidas preventivas e potencializar o alerta antecipado.
- 3) Desenvolver estratégias para uma maior compreensão do tema e conscientização, a fim de garantir uma cultura de segurança e resiliência em todos os níveis.
- 4) Reduzir os fatores de risco.
- 5) Fortalecer a preparação em desastres, para assegurar uma resposta eficaz em todos os níveis.

Esse conjunto de marcos internacionais contribuiu para originar estruturas relacionadas à redução do risco de desastres como função essencial da saúde pública no Setor saúde no Brasil. Na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), em 2005, iniciou-se a estruturação da

vigilância em saúde ambiental dos desastres naturais – o Vigidesastres do Ministério da Saúde (MS). Em 2006 estruturou-se o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS) com a função de detectar surtos e emergências em saúde pública para disseminar informações para as respostas em saúde. Em 2011, estabeleceu-se a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e a criou-se a Força Nacional do SUS, para atuar em emergências ou desastres de importância nacional. Do plano de resposta à ESP, instituiu-se o Centro de Operações de Emergência em Saúde (COES). O COES é uma sala de crise acionada quando ocorre uma emergência ou desastres que necessitam de uma resposta coordenada do Setor saúde. Tem por objetivo promover a resposta imediata por meio da articulação e da integração dos atores envolvidos.

Em 2012, a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável, conhecida como Rio+20, teve como um dos temas principais a questão da redução de riscos de desastres. Na ocasião, foi constatado que nenhum país se encontrava imune aos desastres, independentemente do seu nível de desenvolvimento econômico e social.

Em 2014, a OPAS lançou o documento Proteger a saúde frente à mudança climática: avaliação da vulnerabilidade e adaptação, desenvolvido para proporcionar um guia básico e flexível sobre a realização de uma avaliação nacional ou subnacional da vulnerabilidade, atual e futura, aos riscos da mudança climática para a saúde (por exemplo, a suscetibilidade de uma população ou região a sofrer danos), além de uma avaliação de políticas e programas prioritários que possam aumentar a capacidade de recuperação, prevenção e redução da

gravidade das repercussões futuras, e, que inclui a preparação de programas e financiamento para que o sistema de saúde atenda às necessidades e forneça respostas eficazes de assistência à saúde, e não seja mais um risco entre tantos para acentuar a vulnerabilidade da população atingida.

Esse documento muito bem aborda a capacidade do Setor saúde (e outros setores) para gestão de riscos e dos efeitos na saúde resultantes do clima e uma ampla variedade de políticas e programas para controlar as cargas sobre a saúde. Ademais, traz exemplos de programas existentes em vários países, muito interessantes para inspiração, indicadores e orientação para medidas e ferramentas de avaliação.

É muito importante compreender a eficácia dos programas nas condições recentes de variabilidade atual do clima. A reavaliação contínua é necessária para identificar possíveis alterações dos programas e medidas existentes, a fim de abordar os riscos adicionais para a saúde. O documento considera a capacidade de adaptação e de recuperação do sistema de saúde, que entende refletir o grau de flexibilidade e a gestão adaptativa incorporada no sistema, por exemplo, de forma a integrar uma nova informação ou responder a novas condições.

Aponta ferramentas para avaliar a capacidade de recuperação dos serviços e estabelecimentos de saúde perante fenômenos extremos e emergências, por exemplo, pelo índice de segurança hospitalar, um meio de diagnóstico rápido que avalia, dentro de fatores estruturais e funcionais, a segurança dos estabelecimentos de saúde e a probabilidade que eles continuem funcionando em emergências graves.

De alguma forma, esse documento traz informações e reflexões sobre o impacto

da mudança do clima nos sistemas de gestão em saúde e, embora de forma indireta, aponta objetivamente as diretrizes para que o sistema de gestão atenda às necessidades e cubram todos os pontos para uma resposta eficiente aos impactos da mudança do clima (a avaliação na preparação dos sistemas de saúde para uma crise climática). Inclui a importância dos recursos humanos e sua capacidade para a mesma resposta eficiente.

Para avaliar a capacidade e o desempenho dos programas atuais, poderiam ser formuladas as seguintes perguntas:

- Qual é a estrutura de gestão do programa? Essa informação é necessária a fim de identificar limitações e oportunidades para modificar o programa.
- Quais recursos humanos e financeiros estão disponíveis? Catalogar esses ativos é importante na hora de planejar políticas e programas adicionais.
- Quão eficaz é o programa para controlar a carga atual do sistema de saúde, que inclua o atendimento às populações e regiões vulneráveis? Uma eficácia não tão ótima pode ser resultado de uma disponibilidade limitada de recursos humanos e financeiros, de fornecimentos e materiais de laboratório limitados, coordenação insuficiente entre associados, ineficiências administrativas e outros fatores.
- Quão robustas são as funções centrais do sistema de saúde (por exemplo, planejamento de recursos humanos, vigilância de doenças e preparação e resposta perante situações de emergência) perante fenômenos meteorológicos extremos?
- Como mudanças propostas do programa poderiam, nos próximos 5 a 10 anos, afetar a sua capacidade de abordar os resultados da saúde pertinentes, suscetíveis aos efeitos do clima?

Em 2017, o MS publicou o documento "Guia de preparação e resposta à emergência em saúde pública por inundação", objetivo e prático, com o objetivo de nortear a atuação das Secretarias de Saúde no desenvolvimento de suas ações de preparação e resposta às inundações.

No Brasil, as inundações podem ocorrer em todas as regiões e têm como característica relevante a possibilidade de abranger uma grande área (atingindo muitos municípios, uma vez que geralmente ocorrem de forma brusca (enxurrada), apresentando-se entre os desastres que proporcionam maiores danos à saúde, ocasionando óbitos e traumas.

Apontam a gestão do risco dos desastres em três etapas e referidas ações: Redução do Risco, Manejo e Recuperação. Orientam as Secretarias de Saúde a formularem suas estratégias e ações para a resposta à inundação. Dentre os diversos impactos das inundações para a saúde trazidos pelo guia, destacando-se aqueles referentes ao tema principal deste ensaio, estão:

- reduzir, ou até inviabilizar, a prestação dos serviços de saúde, tanto pelos danos causados à infraestrutura e aos profissionais que prestam esse serviço como pelo aumento da demanda pelos serviços de saúde, o que pode superar a capacidade de atendimento local;
- danificar ou destruir a infraestrutura física e funcional dos serviços de saúde, incluindo os arquivos com consequente perda de dados;

- afetar os recursos humanos do Setor saúde comprometendo o funcionamento da estrutura local de saúde; e,
- causar agravos aos profissionais envolvidos em alguma etapa do processo (resgate, atendimento, acolhimento, planejamento etc.) decorrentes do desastre, como, por exemplo: transtornos mentais, intoxicações, acidentes com materiais biológicos e outros.

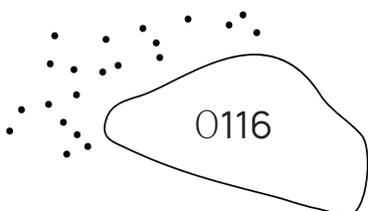
O Plano de respostas às emergências em saúde pública do município de Porto Alegre, publicado em 2022, é o único guia que aborda claramente os efeitos dos desastres climáticos em profissionais de saúde e estratégias para enfrentá-los, inclusive para profissionais voluntários. Há um capítulo direcionado para tanto, Unidade de vigilância em saúde do trabalhador. Em uma situação de emergência pública, principalmente naquelas que exigem uma resposta rápida dos serviços de saúde, deve-se estar atento à sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde.

Destacam-se como ações protetivas ao profissional de saúde durante e pós desastre:

- desenvolvimento de práticas que assegurem o controle de riscos e a prevenção de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho;
- atendimento de trabalhadores com suspeita de doenças, agravos e acidentes relacionados ao trabalho;
- vigilância epidemiológica e fiscalizações em ambientes de trabalho, com registro das doenças e agravos;
- matriciamento e atividades de retaguarda técnica e suas práticas de orientação aos profissionais da rede SUS e serviços privados para que os casos de agravos à saúde relacionados ao trabalho sejam acolhidos em todos os pontos de atenção, assegurando a integralidade e hierarquização do cuidado do trabalhador;
- educação permanente voltada aos profissionais da saúde; constituem diversas práticas que englobam desde a participação em comissões, capacitações, cursos, e diversas ações educativas com o objetivo de orientar os profissionais da rede SUS e privada sobre a prevenção e promoção da saúde do trabalhador;
- incentivo e fiscalização do uso de EPI nas atividades laborais;
- acolhimento e atendimento ambulatorial, realização de matriciamento aos trabalhadores, cujas funções possam colocar em risco outras vidas por falha humana decorrente de desgaste físico e/ou psíquico;
- assistência aos trabalhadores que de alguma forma sofreram sequelas relacionadas ao trabalho em emergências públicas por meio de atendimento, em virtude de acidentes relacionados ao trabalho ou doenças decorrentes de tais eventos; e,
- alerta de determinado território afetado em situações de risco ambiental sobre medidas de proteção no retorno a suas moradias e locais de trabalho, tais como o uso de equipamento de segurança para reparo dos estragos, evitar contato com água contaminada, acidentes de trajeto e com materiais perfurocortante.

Para o Banco Mundial e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE, as recomendações para fortalecer a resiliência do setor de saúde brasileiro a mudanças climáticas incluem: o desenvolvimento de sistemas de alerta precoce para identificar surtos; o fortalecimento da formação e capacitação de profissionais da saúde sobre doenças (re) emergentes; a formulação de abordagens preventivas e o manejo adequado dos riscos associados às mudanças climáticas; o estabelecimento de protocolos de comunicação de risco com linguagem simples e inclusiva; e o combate à desinformação, antes, durante e após eventos.

O Brasil deve zelar para que haja suficientes recursos humanos e financeiros para proteger os indivíduos e comunidades dos efeitos da mudança climática na saúde. Isso inclui aumentar a capacidade dos profissionais e do público para apoiar os esforços encaminhados de modo a reduzir os riscos para a saúde e prestar serviços eficazes durante crises e desastres.



papéis dos profissionais de saúde e gestores na proteção da saúde e assistência à saúde para o enfrentamento da mudança do clima

Em 2021, a OPAS lançou o Guia mudança do clima para profissionais da saúde, uma referência para o enfrentamento da mudança do clima na prática clínica diária dos profissionais de saúde, oferece informações atualizadas, com base em evidências sobre aspectos clínicos e epidemiológicos, e medidas de prevenção para o enfrentamento dos agravos de saúde, além de subsidiar a tomada de decisão no contexto da mudança do clima.

Elenca também os papéis fundamentais dos:

1) médicos clínicos que serão responsáveis pelo atendimento dos pacientes aos agravos de saúde relacionados à mudança do clima; 2) profissionais de saúde pública, familiarizados com os dados sobre a sensibilidade e exposição das pessoas à mudança do clima e às intervenções mais adequadas; e, 3) gestores e autoridades do Setor saúde, na proteção da saúde e assistência à saúde frente à mudança do clima. Destacam-se:

Papéis dos profissionais de saúde pública:

- identificar as pessoas mais expostas ou mais sensíveis à mudança do clima e oferecer

orientação adequada para mitigar ou evitar seu impacto na saúde;

- educar o paciente sobre como evitar que a mudança do clima afete sua saúde;
- priorizar grupos que estão em risco ou que não procuram serviços de saúde por uma série de motivos (acesso limitado, dependência química, exclusão, migração etc.) para informá-los sobre os riscos associados à mudança do clima e medidas preventivas através da mídia de massa;
- monitorar a saúde física e mental das populações afetadas;
- participar de programas de educação continuada que ajudem a compreender a complexa relação entre mudança do clima e saúde.
- colaborar com pesquisas científicas destinadas a compreender melhor as causas dos efeitos da mudança do clima na saúde e desenvolver medidas eficazes de prevenção;
- promover, junto ao governo e autoridades municipais, a redução

dos riscos por meio da prevenção (reflorestamento urbano, proteção de áreas costeiras, restrições em áreas propensas a inundações etc.) e melhor preparação para emergências climáticas.

Papéis dos gestores e das autoridades do Setor saúde:

- educar, orientar e capacitar a população e comunidades a protegerem sua saúde e enfrentar a mudança do clima;
- garantir que os serviços de saúde, postos de saúde, unidades de atendimento e hospitais adquiram infraestrutura (proteção de alagamento, funcionamento de energia elétrica e ar-condicionado), para em casos de eventos climáticos extremos não comprometam a prestação de serviços nas unidades de saúde.
- garantir que os serviços de saúde respondam adequadamente ao constante aumento da demanda por atendimento devido aos efeitos da mudança do clima na saúde da população;
- garantir a continuidade dos serviços de saúde durante eventos climáticos extremos, com ênfase em cada grupo de risco;

O documento nos traz também a abordagem das condições de trabalho adequadas necessárias para os profissionais de saúde em situações adversas extremas da mudança do clima, tais como:

- assegurar que as unidades de saúde estejam preparadas adequadamente para responder a uma maior demanda por serviços: dotação de pessoal, salas de

emergência, estabelecimentos de saúde operacionais, acesso a medicamentos etc.;

- preparar os serviços de saúde para se adaptarem a i) um clima cada vez mais quente por meio de ambientes climatizados adequados para atendimento ao paciente em hospitais e consultórios médicos; ii) ameaças de infraestrutura em virtude de eventos extremos, de forma a darem continuidade aos atendimentos nessas situações; e, iii) condições de trabalho decentes em geral para os profissionais de saúde.

Outra sugestão da OPAS é que o tema da mudança do clima passe a fazer parte da grade curricular de cursos de graduação e pós-graduação da área da saúde e programas de educação médica continuada.

Em consonância, o documento Competências essenciais sobre o clima e saúde para profissionais de saúde, aborda competências centrais sobre clima e saúde, que servem como guia para o desenvolvimento educacional, em complemento aos programas curriculares. É fruto do Consórcio Global de Educação sobre Clima e Saúde (CGECS), da Universidade de Columbia, que tem como objetivo que capacitar todos os profissionais de saúde em nível mundial a prevenir, mitigar e responder aos impactos das mudanças climáticas na saúde. O CGECS nasceu na COP 21 de 2015 e conta com mais de 300 instituições como membros, distribuídos em 56 países e alcançam cerca de 175 mil estudantes ao ano.

Diversos e amplos são os conceitos e seus objetivos de aprendizagem elencados. Dentre eles, como exemplo, o conceito: a mudança climática impõe riscos significativos à infraestrutura de saúde e afeta o planejamento

de emergências e desastres abrange dois objetivos de aprendizagem: 1) identificar riscos e vulnerabilidades na infraestrutura de saúde, no sistema de fornecimento e na cadeia de suprimentos de eventos extremos e outros impactos climáticos; 2) usar as habilidades de planejamento de emergência para poder responder a desastres, incluindo a necessidade de aumentar a equipe de saúde e interromper a infraestrutura de serviços essenciais para manter o acesso aos serviços de saúde e de atendimento de emergência.

Os profissionais de saúde são líderes de opinião e de extrema confiança da população em todo o mundo. Podem inspirar atitudes e devem ser exemplos na luta contra a mudança do clima em prol da saúde. Várias entidades aqui citadas ao longo do texto apontam o enorme potencial dos profissionais e as organizações de saúde em influenciar o panorama social e político em apoio à mitigação e redução das emissões atmosféricas.

Podem e devem tornar o Setor saúde resiliente e sustentável, o que traria imensos benefícios econômicos, sociais e de saúde. O setor saúde é responsável por 4,4% das emissões globais dos gases de efeito estufa e, se classificado como um país, seria o quinto maior emissor do mundo. Howard e colaboradores, um grupo multidisciplinar de especialistas em seis continentes, vão além. São contundentes em afirmar que a saúde pública seja, de forma imperativa, protagonista da aceleração da descarbonização das economias locais e nacionais. Há uma imensa oportunidade para isso. O setor saúde aloca mais de 10% do produto mundial bruto.

Há uma série de organizações da sociedade civil no mundo que envolvem profissionais de saúde no combate às mudanças climáticas. A iniciativa Médicos pelo Ar Limpo nasceu

no Instituto Ar, visa defender a redução de emissões atmosféricas no país, em benefício da saúde da população, dando voz aos médicos e profissionais de saúde no enfrentamento da poluição do ar e do aumento da temperatura. Os profissionais atuam na disseminação do conhecimento sobre o tema entre a classe médica, para a população e gestores públicos e defendem programas e políticas públicas junto ao governo. Outras organizações internacionais, na mesma linha, promovem ações que apoiam a contenção das mudanças climáticas, The Medical Society Consortium on Climate and Health; Doctor for Climate Health; Doctor for the Environment Australia (DEA); Doctors for clean air and climate action e The Medical Society Consortium on Climate and Health e Inspire - Health advocates for Clean Air.

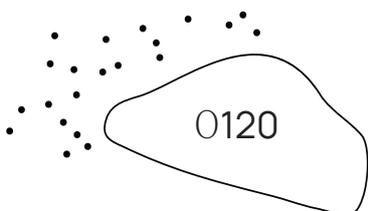
a resiliência e os efeitos em saúde e bem-estar dos profissionais de saúde

Cabe destacar o artigo de Gabriela Lotta na primeira edição do relatório Diálogos sobre Políticas para Resiliência e Bem-estar dos Profissionais de Saúde (2023), que descreve os impactos em saúde dos profissionais de saúde, principalmente aqueles na linha de frente, sobretudo os transtornos mentais, mesmo em situações de normalidade (sem crises), mas que pioram em circunstâncias emergenciais. Ressalta a resiliência como o fator fundamental para o enfrentamento dos diversos desafios e evidencia a participação e a responsabilidade das organizações ou do sistema para proverem condições para que a resiliência do profissional se estabeleça. A pandemia evidenciou as fragilidades e fortalezas dos profissionais e sistemas saúde. De acordo com o Relatório Panorama da Saúde: América Latina e Caribe 2023, preparado pelo Banco Mundial e pela OCDE, o alto número de mortes ressaltou a necessidade de respostas rápidas, de valorização e melhor distribuição da força de trabalho, do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e do sistema de governança, e da tomada de decisões com base em evidências científicas, considerando a integralidade e a garantia da equidade.

As vivências da pandemia nos remetem ao cenário dos eventos emergenciais do clima e nos colocam neste mesmo lugar. Trazem a oportunidade de reflexão e a inspiração de estratégias de ações no enfrentamento da assistência à saúde em momentos de crise e a construção de políticas de resiliência,

no sentido de proteger e fortalecer a força de trabalho em saúde, em nível individual, organizacional, governamental e social.

Nessa direção e como observamos ao longo do texto, cabe e deve ser tratado o tema – as mudanças climáticas e seus efeitos nos profissionais de saúde e no sistema de saúde – tendo, então, como base, que a saúde e bem-estar dos profissionais dependem de um sistema organizado de forma a promover melhores condições de trabalho. A mudança estrutural deve ser o caminho a ser adotado, com foco em soluções que envolvam políticas, práticas e recursos. E, principalmente, no que diz respeito às situações emergenciais em eventos climáticos extremos como os que ocorrem com maior frequência e são cada vez mais intensos em magnitude no Brasil.



considerações 5 finais

Nos últimos dias de fechamento deste texto, o Brasil tem assistido a uma situação de calamidade pública que assola o Rio Grande do Sul (RS) há 20 dias, devido às inundações que atingiram 446 municípios, entre os 497 do estado. Os números até dia 19 de maio são alarmantes e estarrecedores, mais de 2 milhões de gaúchos atingidos, 500 mil desalojados e 80 mil em abrigos. Perderam suas vidas, 148 gaúchos, e 124 seguem desaparecidos. Vale notar que o total de óbitos deste evento já supera o número total de óbitos em 2023.

Os dados evidenciam a gravidade da situação e a extensa necessidade de coordenação de esforços de recuperação e de ajuda humanitária. No entanto, não evidenciam a dor, a tristeza e o pavor do povo gaúcho e dos animais, principalmente os mais vulneráveis.

Os municípios identificados com decretos de calamidade enfrentam sérias dificuldades, necessitando de apoio imediato para lidar com as consequências das inundações, como deslocamento de pessoas, danos a infraestruturas e potencial risco de doenças transmitidas pela água.

Houve danos totais ou parciais em 141 unidades de saúde, dez das quais são hospitais que tiveram que ser evacuados após serem invadidos pelas águas. Em um deles, três pacientes em estado grave morreram durante a operação de resgate. Provavelmente haverá o colapso do sistema de saúde pública gaúcho, cuja verdadeira

dimensão ainda não conhecemos. O Ministério da Saúde está desafiado a enfrentar esse grave problema no RS, para o qual já liberou R\$ 66,5 milhões para hospitais, vigilância sanitária, leitos emergenciais e outras ações de saúde. Mas terá que lidar ainda com o represamento de exames preventivos, assistência às doenças crônicas e cirurgias no futuro breve.

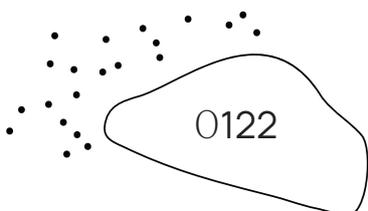
O impacto dessas inundações é vasto, causando desde a interrupção de serviços essenciais como abastecimento de água e energia, além dos serviços de saúde, até perdas significativas na agricultura e deslocamento de populações inteiras. O RS, com sua extensa rede de rios e frequentes períodos de chuvas intensas, tem um longo histórico de inundações, frequentemente associadas ao El Niño, que impactam de forma significativa tanto a zona urbana como a rural. A região é particularmente suscetível a eventos climáticos extremos que, ao longo dos anos, têm piorado e mudado a vida de seus habitantes.

As rápidas mudanças ambientais estão prejudicando a equidade e o acesso ao atendimento em saúde, o bem-estar econômico, a justiça ambiental e outros determinantes sociais da saúde, ao mesmo tempo em que agravam os problemas de saúde preexistentes, amplificando o risco de pandemias e criando graves ameaças à saúde em toda a população.

As lições aprendidas com as inundações de 2024 devem servir como um

impulso para revisões e melhorias contínuas nas estratégias de mitigação de desastres e na preparação para emergências no Brasil. Os riscos de desastres não existem em um vácuo. Se por um lado exigem a presença de ameaças, não se realizam sem exposição e condições de vulnerabilidade e não se agravam sem que sejam insuficientes as capacidades ou medidas para reduzir as consequências negativas e potenciais de novos riscos a partir do mesmo.

Os profissionais de saúde ocupam uma posição fundamental de liderança na resposta às mudanças climáticas. Um sistema de saúde resiliente às mudanças climáticas induz um desenvolvimento humano mais saudável, equitativo e sustentável. Estabelece, também, as bases para o crescimento econômico e para a universalização do acesso aos serviços de saúde, contribuindo para a melhoria de vida das pessoas e para a territorialização da agenda global de clima, saúde e ambiente. O compromisso com uma abordagem holística e sustentável para o planejamento e a resposta a desastres será fundamental para proteger vidas, preservar a saúde pública e fortalecer a resiliência comunitária frente aos crescentes desafios climáticos do futuro.



referências bibliográficas

AFYA. Saúde mental do médico: relatório da pesquisa. 2022. Disponível em: <https://pubmed.com.br/como-esta-a-saude-mental-dos-medicos-no-brasil-baixe-a-pesquisa-completa-e-confira/>. Acesso em: 13 de maio de 2024.

ARAÚJO, C., SIQUEIRA, M., & AMARAL, L. Resilience of Brazilian health-care professionals during the pandemic. *International Journal of Quality and Service Sciences*, Vol. 14 No. 3, pp. 383-401. 2022. <https://doi.org/10.1108/IJQSS-08-2021-0111>

ARTAXO, Paulo. As três emergências que nossa sociedade enfrenta: saúde, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.34100.005>.

BERKELEY EARTH. Policy insights Brazil. Disponível em: <https://berkeleyearth.org/policy-insights/>. Acesso em: 13 de maio de 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde instala Centro de Operação de Emergência para enfrentar as chuvas intensas na região Sul, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/maio/saude-instala-centro-de-operacao-de-emergencia-para-enfrentar-as-chuvas-intensas-na-regiao-sul>. Acesso em: 13 de maio de 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Guia de preparação e resposta à emergência em saúde pública por inundação. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Plano de resposta às emergências em saúde pública. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 44 p. : il. ISBN 978-85- 334-2166-0.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de vigilância em saúde ambiental e saúde do trabalhador. Coordenação geral de vigilância em saúde ambiental. Guia de preparação e resposta aos desastres associados as inundações para a gestão municipal do Sistema Único de Saúde. – Brasília: Ministério da saúde, 2011.

CLIMATE ACTION TRACKER. No change to warming as fossil fuel endgame brings focus onto false solutions. 2023. Disponível em: <https://climateactiontracker.org/publications/no-change-to-warming-asfossil-fuel-endgame-brings-focus-onto-false-solutions/> Acesso em: 13 de maio de 2024.

CLIMATE AND CLEAN AIR COALITION. Integrated assessment of black carbon and tropospheric ozone. 2011. Disponível em: <https://www.ccacoalition.org/resources/integrated-assessment-black-carbon-and-tropospheric-ozone>. Acesso em: 20 maio 2024.

COPERNICUS. 2023 is the hottest year on record, with global temperatures close to the 1.5°C limit. 2024. Disponível em: <https://climate.copernicus.eu/copernicus-2023-hottest-year-record> Acesso em: 13 de maio de 2024.

FREITAS, CARLOS MACHADO DE. Orientações para gestão de risco de desastres e emergências em saúde pública: abordagem integrada atenção primária e vigilância em saúde. Rio de Janeiro: MS, Fiocruz, ENSP, CEPEDES, 2023.

FREITAS, CARLOS MACHADO DE, Silva DRX, Sena ARM de, Silva EL, Sales LBF, Carvalho ML de et al. Desastres naturais e saúde: uma análise da situação do Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 Sep; 19 (9): 3645-3656 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.00732014>. Acesso em: 13 de maio de 2024.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, UNICEF. Crianças, adolescentes e mudanças climáticas no Brasil. 2022. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/criancas-adolescentes-e-mudancas-climaticas-no-brasil-2022>. Acesso em: 13 de maio de 2024.

GBD 2021 FORECASTING COLLABORATORS. Burden of disease scenarios for 204 countries and territories, 2022–2050: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet 2024; 403: 2204–56.

GLOBAL CONSORTIUM ON CLIMATE AND HEALTH EDUCATION. Climate & health Core Concepts for Health Professionals. Columbia Mailman School of Public Health; 2023. Disponível em: <https://www.publichealth.columbia.edu/research/centers/global-consortium-climate-healtheducation/core-competencies>. Acesso em: 13 de maio de 2024.

HOWARD, C et al. Learning to treat the climate emergency together: social tipping interventions by the health community. Lancet Planetary Health 2023; 7: e251–64. Disponível em www.thelancet.com/planetary-health Vol 7 March 2023. Acesso em: 13 de maio de 2024.

INSTITUTO AR. Como as Mudanças Climáticas impactam a nossa saúde. São Paulo, 2023. Disponível em: <https://institutoar.org.br/saude-e-clima>. Acesso em: 13 de maio de 2024.

INTERNATIONAL STRATEGY FOR DISASTER REDUCTION (ISDR). Terminología sobre reducción del riesgo de desastres. Geneva, 2009. Disponível em: https://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf Acesso em: 13 de maio de 2024.

IPCC - INTERGOVERNMENTAL PANEL ON CLIMATE CHANGE. Climate Change 2021: The Physical Science Basis. Disponível em: https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg1/downloads/report/IPCC_AR6_WGI_Full_Report.pdf. Acesso em: 13 de maio de 2024.

IPCC - INTERGOVERNMENTAL PANEL ON CLIMATE CHANGE. 2013. Summary for Policymakers. In: Climate Change 2013: The Physical Science Basis. Contribution of Working Group I to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Stocker, T.F., D. Qin, G.-K. Plattner, M. Tignor, S.K. Allen, J. Boschung, A. Nauels, Y. Xia, V. Bex and P.M. Midgley (eds.)]. Cambridge (Reino Unido) e Nova York; Cambridge University Press.

MACHADO DE FREITAS C, LOPES DE CARVALHO M, FRANCIOLI XE, FONSECA AE, GOMES JO. Vulnerabilidade socioambiental, redução de riscos de desastres e construção da resiliência - lições do terremoto no Haiti e das chuvas fortes na Região Serrana, Brasil.

Ciência & Saúde Coletiva. 2012;17(6):1577-1586. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023390022>

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Mudanças climáticas são maior ameaça à saúde humana, afirma OMS. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/151400-mudan%C3%A7as-clim%C3%A1ticas-s%C3%A3o-maior-amea%C3%A7a-%C3%A0-sa%C3%BAde-humana-afirma-oms#:~:text=A%20mudan%C3%A7a%20clim%C3%A1tica%20%C3%A9%20a,vulner%C3%A1veis%20%E2%80%8B%E2%80%8Be%20desfavorecidos%E2%80%9D>. Acesso em: 13 de maio de 2024.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Acordo de Paris sobre o Clima. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/88191-acordo-de-paris-sobre-o-clima> Acesso em: 13 de maio de 2024.

OBSERVATÓRIO DO CLIMA. Relatório SEEG: Análise das emissões de gases de efeito estufa no Brasil e suas implicações para as metas climáticas no Brasil 1970-2022. 2023. Disponível em: https://oc.eco.br/wp-content/uploads/2023/11/Relatorio-SEEG_gases-estufa_2023FINAL.pdf. Acesso em: 13 de maio de 2024.

OBSERVATÓRIO DO CLIMA E SAÚDE, ICICT - INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE e FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Nota técnica: As inundações no Rio Grande do Sul, impactos imediatos e suas possíveis consequências sobre a saúde da população. 2024 Disponível em: <https://climaesaude.icict.fiocruz.br/desastre-climatico-e-impacto-na-saude-e-ambiente-no-rio-grande-do-sul>. Acesso em: 13 de maio de 2024.

OCDE - ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO - OCDE /BANCO MUNDIAL (2023), Panorama da Saúde: América Latina e Caribe 2023, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/047f9a8a-pt>. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/047f9a8a-ptpdf?expires=1716169246&id=id&accn_ame=guest&checksum=8982AC99C308BB5324C08A8C47172944 Acesso em: 13 de maio de 2024.

OESP - JORNAL O ESTADO DE SÃO PAULO. Enchentes no RS causam danos em 141 unidades de saúde. 9/5/2024. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/saude/enchentes-no-rs-causam-danos-em-141-unidades-de-saude-ja-estamos-rationando-oxigenio-diz-medica/> Acesso em: 13 de maio de 2024.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Mudança do clima para profissionais da saúde: Guia de bolso. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2021. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. DOI: <https://doi.org/10.37774/9789275721841>.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Dez ameaças à saúde que a OMS combaterá em 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-1-2019-dez-ameacas-saude-que-oms-combatera-em-2019#:~:text=Em%202019%2C%20a%20polui%C3%A7%C3%A3o%20do,seus%20pulm%C3%B5es%2C%20cora%C3%A7%C3%A3o%20e%20c%C3%A9rebro>. Acesso em: 13 de maio de 2024.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Nove em cada dez pessoas em todo o mundo respiram ar poluído. 2019 Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/1-5-2018-nove-em-cada-dez-pessoas-em-todo-mundo-respiram-ar-poluido>. Acesso em: 13 de maio de 2024.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Cambio climático y salud. In: Salud en las Américas 2017. Washington (DC): OPAS. Disponível em: https://www.paho.org/salud-en-lasamericas-2017/?post_t_es=cambio-climatico&lang=es.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Desastres Naturais e Saúde no Brasil. 2. ed. Brasília, 2015. 2 v. (Série de Desenvolvimento Sustentável e Saúde 2). <Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7678/9788581100210_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 13 de maio de 2024.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Proteger a saúde frente à mudança climática: avaliação da vulnerabilidade e adaptação. Brasília, DF: OPAS, 2014. Disponível em https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9999/9789275716984_prt.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 13 de maio de 2024.

OPAS. - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. La Salud Pública en las Américas – Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño, Bases para la Acción. Washington DC: OPAS. 2002.

PATZ JA, FRUMKIN H, HOLLOWAY T, VIMONT DJ, HAINES A. 2014. Climate change: challenges and opportunities for global health. JAMA, 312(15):1565-80. doi: 10.1001/jama.2014.13186.

PREFEITURA DE PORTO ALEGRE // CENTRO DE INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Plano de respostas às emergências em saúde pública, 2022 – Porto Alegre/ RS. Disponível em https://prefeitura.poa.br/sites/default/files/usu_doc/hotsites/sms/vigilancia-em-saude/PLANO_DE_RESPOSTA_AS_ESP____1____EDICAO__1_.pdf Acesso em: 13 de maio de 2024.

RIGAUD KK, DE SHERBININ A, JONES B, BERGMANN J, CLEMENT V, OBER K, et al. 2018. Groundswell: Preparing for Internal Climate Migration. Washington (DC); Banco Mundial; 2018. Disponível em inglês em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/29461> Acesso em: 13 de maio de 2024.

ROMANELLO M, NAPOLI CD, GREEN C, ET AL. The 2023 report of the Lancet Countdown on health and climate change: the imperative for a health-centred response in a world facing irreversible harms. Lancet 2023; 402: 2346–94.

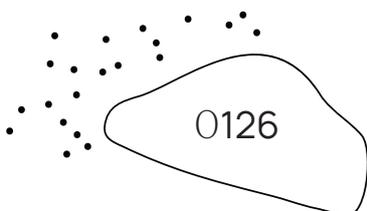
ROMANELLO, MARINA et al. The 2021 Report of the Lancet Countdown on health and climate change: code red for a healthy future. Lancet, 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01787-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01787-6)

SOBRAL A, FREITAS CM, ANDRADE EV, LYRA GFD, MASCARENHAS MS, ALENCAR MR, et al. Desastres naturais - sistemas de informação e vigilância: uma revisão da literatura. Epidemiol. Serv. Saúde. 2010. Dez; 19(4):389-402. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000400009>.

SYNERGOS; FGV EASP; JOHNSON&JOHNSON. Recomendações de políticas para resiliência e bem-estar dos profissionais de saúde, 2023. Disponível em: <https://syngs.info/profissionaisdesaude/files/relatorio-resiliencia-profissionais-de-saude-2023.pdf>. Acesso em: 13 de maio de 2024.

THE WORLD BANK . Opinião. Acosta, Pablo. Mudanças climáticas afetam também sistemas de saúde. 2023. Disponível em: <https://www.worldbank.org/pt/news/opinion/2023/06/29/mudancas-climaticas-afetam-tambem-sistemas-de-saude>. Acesso em: 13 de maio de 2024.

US NATIONAL OCEANIC AND ATMOSPHERIC ADMINISTRATION. 2023 was the world's warmest year on record, by far. 2024. Disponível em: <https://www.noaa.gov/news/2023-was-worlds-warmest-year-on-record-byfar#:~:text=Earth%27s%20>



average%20land%20and%20ocean,0.15%20of%20a%20degree%20C Acesso em: 13 de maio de 2024.

WATTS, NICK et al. The 2018 report of the Lancet Countdown on health and climate change: shaping the health of nations for centuries to come. *Lancet*, v. 392, n. 10163, p. 2479-2514, Dec. 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32594-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32594-7).

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Climate Change. Geneva, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>. Acesso em: 13 de maio de 2024. Acesso em: 13 de maio de 2024.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2021 WHO Health and climate change global survey report. Geneva, 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/348068/9789240038509-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 13 de maio de 2024.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Emergency and Disaster Risk Management Framework. Geneva, 2019. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326106/9789241516181-eng.pdf?sequence=1> Acesso em: 13 de maio de 2024.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Impactos na saúde da poluição do ar por material particulado e ozônio troposférico. 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/276405>. Acesso em: 20 maio 2024.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. COP24 special report: health and climate change. 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/276405/9789241514972-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 maio 2024.

REALIZAÇÃO



APOIO

