

Trabalho, saúde e sustentabilidade: construindo a cidadania

Work, health and sustainability: building citizenship

Travail, santé et développement durable: la construction de la citoyenneté

Organizadoras

**Inês Monteiro
Aparecida Mari Iguti**



Este livro tem por objetivo apresentar produção científica referente aos temas trabalho, saúde e sustentabilidade, na perspectiva interdisciplinar, buscando novos olhares, na perspectiva de construção da cidadania.

Envolve ampla network, com participação de docentes, alunos de mestrado, doutorado e profissionais de diferentes Estados no Brasil (RS, SC, PR, SP, MG, MS e DF), assim como de outros países - Reino Unido, Finlândia, Canadá e Estados Unidos, totalizando 31 autores.

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-68467-03-9



9 788568 467039

Inês Monteiro
Aparecida Mari Iguti
(Organizadoras)

**Trabalho, saúde e sustentabilidade: construindo a
cidadania**

Work, health and sustainability: building citizenship

**Travail, santé et développement durable: la construction de
la citoyenneté**

1a edição

BFCM - Unicamp

Campinas, 2016

Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP
Faculdade de Ciências Médicas - FCM
Biblioteca

Ficha catalográfica elaborada por
Maristella Soares dos Santos
Bibliotecária - CRB8/8402

T67 Trabalho, saúde e sustentabilidade : construindo a
 cidadania = Work, health and sustainability :
 building citizenship = Travail, santé et
 développement durable: la construction de la
 citoyenneté [recurso eletrônico] / organizadoras:
 Inês Monteiro, Aparecida Mari Iguti. - Campinas,
 SP : UnicampBFCM, 2016.

172 p. ; PDF

Modo de acesso: World Wide Web: <
[http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/
?code=71279&opt=1](http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=71279&opt=1)>

ISBN 978-85-68467-03-9

Ilustrações: www.google.com: “Imagens sem filtro de licença”.

Agradecimento

Aos Professores Doutores Douglas Soares Galvão e Fernando Antonio Santos Coelho, coordenadores do Programa de Iniciação Científica PIBIC-EM/CNPq da Pró-Reitoria de Pesquisa da UNICAMP. À Juliana Castro Gonçalves Aranha e Wanda Fátima dos Santos Silva pelo suporte e cuidado às atividades do programa.

Sumário

Abstract e Resumo 6

Prefácio 7

Sobre os autores(as) 11

Capítulos

Desigualdades sociais, desenvolvimento sustentável e o trabalho 15

Aparecida Mari Iguti

Isabella Miquilin

Inês Monteiro

A ciência perto das pessoas 35

Rosana Evangelista Poderoso

Trabalho como enfermeira e validação do diploma no Canadá: relato de experiência 41

Eloisa Petrucci Hodge

Mulheres, trabalho e sustentabilidade: trabalhadoras domésticas em questão 53

Cristiane Batista Andrade

Riscos no trabalho e adoecimento entre trabalhadores da construção civil em diferentes países: revisão integrativa 61

Inês Monteiro

Heleno Rodrigues Correa Filho

Eduardo Siqueira

Aparecida Mari Iguti

Aparecido Fujimoto

Câncer relacionado ao trabalho: conhecer para prevenir	77
Valesca Nunes dos Reis	
What is psychological well-being and how it changes throughout the employment cycle?	83
Stanimira Taneva	
Sustentabilidade como instrumento de consciência ambiental e cidadania	91
José Alécio Spillari	
A mineração e suas implicações na saúde do trabalhador	95
Tamires Patrícia Souza Marli Maria Knorst José da Silva Moreira	
Pessoa com deficiência no ambiente de trabalho	101
Maiza Claudia Vilela Hipólito Valéria Aparecida Masson Inês Monteiro Gustavo Luis Gutierrez	
Violência no trabalho: por que é importante conhecer	105
Maiara Bordignon	
Licitação pública no setor da saúde: como o Estado contrata, compra e vende	115
Luís Renato Vedovato Tatiana Giovanelli Vedovato	
Impacto das diferentes gerações no ambiente de trabalho.....	129
Yvete Balabanian Rose Meire Canhete Pereira	

Trabalho voluntário e o desenvolvimento de habilidades e competências em jovens 135

Cintia Rachel Gomes Sales

A alimentação saudável é um desafio para você? 143

Anne Cristine Rumiato

Eduardo Siqueira

Inês Monteiro

Urgências e emergências em instituições de longa permanência para idosos 155

Ana Paula Boaventura

Cleuza Aparecida Vedovato

Condições de trabalho e estilo de vida entre feirantes na cidade de Campinas –SP 161

Simone Patrícia Mondin Micaroni

Inês Monteiro

Entrepreneurship: micro, small and medium-sized enterprises in Brazil and Nordic countries 167

Inês Monteiro

Simo Kaleva

André Felipe Monteiro Cocco

Helena Palmgren

Abstract

The purpose of this book is to present a scientific production related to the themes of work, health and sustainability, in an interdisciplinary perspective, seeking new perspectives, with a view to building citizenship. It addresses the following themes: social inequality, work and sustainability; Nurse performance in Canada; Domestic workers; Construction workers; Work-related cancer; Psychological well-being; Mining workers; Disabled person at work; Violence at work; Public bidding in the health sector; Different generations at work; volunteer work; healthy eating; Working conditions of marketers, and entrepreneurship in SMEs. It involves a wide network, with the participation of professors, researchers, masters, doctoral students and professionals from different states in Brazil (RS, SC, PR, SP, MG, MS and DF), as well as from other countries - the United Kingdom, Finland, Canada and United States, totalling 31 authors.

Resumo

Este livro tem por objetivo apresentar produção científica referente aos temas trabalho, saúde e sustentabilidade, na perspectiva interdisciplinar, buscando novos olhares, na perspectiva de construção da cidadania. Aborda os seguintes temas: desigualdade social, trabalho e sustentabilidade; atuação da enfermeira no Canadá; trabalhadoras domésticas; trabalhadores da construção civil; câncer relacionado ao trabalho; psychological well-being; trabalhadores em mineração; pessoa com deficiência no trabalho; violência no trabalho; licitação pública no setor saúde; diferentes gerações no trabalho; trabalho voluntário; alimentação saudável; condições de trabalho de feirantes e entrepreneurship in SMEs. Envolve ampla network, com participação de docentes, alunos de mestrado, doutorado e profissionais de diferentes Estados no Brasil (RS, SC, PR, SP, MG, MS e DF), assim como de outros países - Reino Unido, Finlândia, Canadá e Estados Unidos, totalizando 31 autores.

Prefácio

Aparecida Mari Iguti

A questão da sustentabilidade (e do desenvolvimento sustentável), assim como outros temas do meio ambiente encontra-se sob a égide do ‘deus mercado’ e é um momento de cobrar as responsabilidades dos formuladores de políticas públicas. Sabemos que o Brasil é um país que ainda tem muito a avançar no que diz respeito às políticas de meio ambiente e do desenvolvimento sustentável, em particular neste cenário de retrocessos nas áreas sociais de interesse público, incluindo as de meio ambiente. Muitas são as pesquisas que revelam parte nossa real situação e que necessitam ser divulgadas para fortalecer o campo do conhecimento em particular junto aos gestores públicos.

O conceito de Desenvolvimento Sustentável envolve aspectos econômicos, políticos, sociais, culturais e ambientais onde se busca um equilíbrio e a proposta global vêm desde Estocolmo em 1972, onde se discutiu a necessidade de mudança de paradigmas, devido ao uso predatório dos recursos naturais, observando-se que a geração de riquezas produzia também pobreza e desigualdades econômicas e sociais, com grandes impactos ambientais.

A definição mais conhecida foi elaborada pela Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CMMAD), em 1987, no documento Nosso Futuro Comum (1991), também conhecido como Relatório BRUNDTLAND, e que considera o desenvolvimento sustentável como “aquele que atende às necessidades do presente sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras atenderem as suas próprias necessidades”. Esta concepção baseou-se em dois conceitos-chave onde a questão das “necessidades”, sobretudo as essenciais aos pobres são de máxima prioridade e a noção das “limitações” que o estágio da tecnologia e da organização social impõem ao meio ambiente, criam cenários sombrios às necessidades presentes e futuras (VICÁRIO et al, 2010).

A Agenda 21 global reconhecia desde seu início que o desenvolvimento sustentável e a proteção do meio ambiente só se viabilizariam com o apoio das comunidades locais. No Brasil, a partir de 1992, alguns estados e vários municípios decidiram construir suas Agendas. Na esfera federal em 1997, por iniciativa do Ministério do Meio Ambiente, o processo que envolveu cerca de 40 mil pessoas nas discussões estaduais foi concluído em 2002. Washington NOVAES (2005) avaliou ter sido o maior processo de participação para definir políticas públicas no Brasil (GALLO, 2008). Uma primeira compilação de 134 indicadores em 1996 foi testada em 20 países e a revisão dos indicadores foi publicada em 2001, recomendando a aplicação aos países signatários, inclusive o Brasil (UNESCO, 2006).

O desenvolvimento sustentável envolve situações de tensões e conflitos e implica em mudanças nos interesses em disputa, pois os recursos, a destinação dos investimentos, os caminhos do desenvolvimento da tecnologia e a mudança institucional devem estar de acordo com as necessidades do presente e do futuro (VICÁRIO et al, 2010).

O termo sustentabilidade tem sido utilizado por alguns como um similar ao desenvolvimento sustentável, mas de fato, foi apropriado por setores econômicos produtivos (alguns dos quais produzindo altos impactos ambientais diretos ou indiretos) como marketing. Teoricamente, implica num relacionamento entre sistemas econômicos e ecológicos dinâmicos, onde (1) há manutenção da vida humana, (2) possibilidade de os indivíduos de prosperar, (3) desenvolvimento das culturas de diferentes sociedades e, fundamentalmente, (4) os resultados das atividades humanas devem obedecer a limites para não destruir a diversidade, a complexidade e a função do sistema ecológico de apoio à vida (GALLO, 2007; VICÁRIO et al, 2010). Segundo Ignacy Sachs o conceito de sustentabilidade comporta sete dimensões principais: social, econômica, ecológica, cultural, espacial, política e ambiental (VICÁRIO et al, 2010).

Nesta coletânea pretende-se realizar uma reflexão sobre a questão da sustentabilidade/desenvolvimento sustentável, por meio de múltiplos olhares.

Os capítulos relacionam-se aos processos de produção e reprodução social. Assim, podemos realizar a leitura dos capítulos observando-os como um painel relacionado a distintos aspectos do trabalho, saúde e sustentabilidade.

Nessa perspectiva, pretende-se contribuir para o debate sobre o tema e os 18 capítulos foram redigidos por profissionais de diferentes áreas de atuação, com experiências, vivências e idades variadas. Sem apresentar um eixo condutor único, os textos apresentam uma variedade de abordagens e de questões que podem ser observados nos próprios títulos. Busca-se assim, uma abordagem de natureza interdisciplinar e multiprofissional, reconhecendo a complexidade das questões envolvidas.

Temos ainda que ressaltar que as organizadoras deste livro têm se preocupado e dedicado ao debate do tema da sustentabilidade no sentido de sensibilizar os alunos e profissionais para esta questão.

Referências

COMISSÃO MUNDIAL SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO. Nosso Futuro Comum. Editora da FGV, RJ, 1991 (2a Ed.).

GALLO, Z. Ética, sustentabilidade e interdisciplinaridade: balizas para a extensão universitária. Revista Diálogos, vol. 9, 2008:20-26.

SACHS, I. Caminhos para o desenvolvimento sustentável. RJ: Garamond, 2000.

UNESCO/ESCOPE. Indicators for sustainability: Reliable tools for decisions making. UNESCO Scope Policy Briefs, May 2006.

VICÁRIO, DH; CARVALHO, JL; BIANCARDI, L.; GALLO, Z. A ética do consumo. Scientia FAER, Olímpia - SP, Ano 2, Vol. 2, 2010.

Sobre os autores

Ana Paula Boaventura

PhD. Unicamp. Professora doutora. Faculdade de Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas. Brasil.

André Felipe Monteiro Cocco

Student - Bachelor's Degree in International Business. Arcada University of Applied Sciences. Finland.

Anne Cristine Rumiato

PhD. Unicamp.
Nutricionista. HU – Transplante de Medula Óssea - TMO - Universidade Estadual de Londrina. Brasil.

Aparecida Mari Iguti

Doutorado em Anthropologie et Ecologie Humaine - Université René Descartes, França.
Professora Associada. Departamento de Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Brasil

Aparecido Fujimoto

PhD. Engenheiro Civil. Bacharel e licenciado em física.
Professor titular - Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Brasil.

Cleuza Aparecida Vedovato

Mestre em enfermagem. Enfermeira. Faculdade de Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas. Brasil.

Cintia Rachel Gomes Sales

Mestre em Psicologia. Doutoranda em Ciências da Saúde. Faculdade de Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Brasil. Enfermeira e fisioterapeuta.

Cristiane Batista Andrade

Doutora em Educação. Pós-Doutora em Enfermagem. Pesquisadora em Saúde Pública da Fiocruz. Brasil.

Eduardo Siqueira

MD. ScD. Associate Professor. College of Public and Community Service. Coordinator of Transnational Brazilian Project. The Mauricio Gastón Institute for Latino Community Development and Public Policy. UMass Boston. US.

Eloisa Petrucci Hodge

Mestre em Enfermagem – Unicamp. Especialista em Enfermagem do trabalho.

Enfermeira Clínica. Direção de Saúde Pública / Saúde do Trabalhador de Montreal – Canadá.

Gustavo Luis Gutierrez

Professor titular. Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Brasil.

Helena Palmgren

Doctor of Science in Technology. Aalto University. Finland.

Development manager. Finnish Institute of Occupational Health and Safety. Helsinki. Finland.

Heleno Rodrigues Correa Filho

Professor colaborador. Universidade de Brasília. Brasil.

Post-doctorate. Johns Hopkins University – US.

Inês Monteiro

Post-doctorate. Finnish Institute of Occupational Health – Finland. PhD - USP.

Professora Associada. Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho. Faculdade de Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Brasil.

Isabella Miquilin

PhD. Unicamp.

Tecnologista pleno. Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador - CGST/DSAST/SVS - Ministério da Saúde. Brasil.

José Alécio Fraga Spillari

Advogado. Tecnólogo em Saneamento Ambiental. Especialista em Governança pública e novos arranjos de gestão. Brasil.

Mestrando - Sistemas alternativos de resolução de conflitos.
Universidad Nacional de Lomas de Zamora – Argentina.

José da Silva Moreira

Doutor em Ciências Pneumológicas. Professor associado da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS - Brasil.

Luís Renato Vedovato

Doutor em Direito Internacional pela Universidade de São Paulo.
Professor doutor da Faculdade de Ciências Aplicadas da
Unicamp. Brasil.

Maiara Bordignon

Doutoranda em Ciências da Saúde. Faculdade de Enfermagem.
Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Brasil

Maíza Cláudia Vilela Hipólito

Doutoranda em Atividade Física Adaptada - Faculdade de Educação
Física - Universidade Estadual de Campinas. Docente no Serviço
Nacional de Aprendizagem Comercial - SENAC – Campinas, SP.

Marli Maria Knorst

Pós-doutora pela Universidade de Harvard. Doutora em Ciências
Pneumológicas. Professora da Faculdade de Medicina e do
Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas.
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Brasil.

Rosana Evangelista Poderoso

Doutoranda em Ciências da Saúde. Faculdade de Enfermagem.
Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Brasil
Bibliotecária e Pedagoga. Diretora da Biblioteca da Faculdade de
Ciências Médicas – FCM - Unicamp.

Rose Meire Canhete Pereira

Médica do Trabalho - Unicamp. Especialista em Medicina do
trabalho, Saúde pública e Gestão ambiental.
Mestranda em Ciências da Saúde. Faculdade de Enfermagem.
Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Brasil.

Simo Kaleva

Master in Sciences.

Researcher. Finnish Institute of Occupational Health and Safety.
Helsinki.

Simone Patricia Mondin Micaroni

Enfermeira Judiciária. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.
Brasil.

Stanimira Taneva

Psicóloga. PhD, School of Business and Economics, Loughborough
University, United Kingdom.

email: s.taneva@lboro.ac.uk

Tamires Patrícia Souza

Mestre em Ciências Pneumológicas pela Universidade Federal do
Rio Grande do Sul - UFRGS. Doutoranda em Ciências da Saúde.
Faculdade de Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas –
Unicamp. Brasil

Tatiana Giovanelli Vedovato

PhD. Pós-doutora. Unicamp. Docente da Faculdade de Americana.
Brasil.

Valéria Aparecida Masson

PhD. Unicamp.

Enfermeira. Docente da Faculdade de Americana. Brasil.

Valesca Nunes dos Reis

Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Ciências da Saúde.
Faculdade de Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas –
Unicamp. Brasil

Yvete Carvalho Chaves Balabanian

Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Ciências da Saúde.
Faculdade de Enfermagem. Universidade Estadual de Campinas –
Unicamp. Brasil.

Desigualdades sociais, desenvolvimento sustentável e o trabalho

Aparecida Mari Iguti
Isabella de Oliveira Campos Miquilin
Inês Monteiro

Como as pessoas em posições sociais menos privilegiadas estão expostas a muitos distintos fatores de risco que podem interagir entre si, a vulnerabilidade ao efeito de uma causa específica tende a ser maior nestes grupos do que entre os membros dos setores sociais mais privilegiados (Diderichsen, Evans & Whitehead, 2002).

O tema da grande desigualdade social no Brasil tem sido veiculado nos meios de comunicação, mas a questão é pouco compreendida do ponto de vista dos impactos sociais e econômicos.

A pergunta é: o que representa para a população brasileira esses dados?

A desigualdade socioeconômica ocorre quando a distribuição de bens e serviços entre grupos da população é desigual. Embora tenhamos visto na última década certo grau de mobilidade social, o problema de desigualdade no acesso aos bens materiais e culturais se mantém forte no país. Iniciamos dizendo que igualdade plena, absoluta não pode ser alcançada, pois os humanos são diversos e plurais em suas aspirações, interesses e carecimentos, mas sua busca é um dever ético e político, e se concretiza no direito à vida, ao trabalho, à proteção do Estado e à educação (Goulart, 1999).

A desigualdade entre grupos sociais envolve as diferenças do padrão social, econômico e técnico e a participação (ou exclusão) da modernidade, e pode gerar uma dualidade social ou a separação dos dois mundos, com a fratura social; a exclusão social está associada à desigualdade, que além de hierarquizar, exclui os indivíduos da participação social e política (Nascimento, 1994). A desigualdade está fortemente associada à pobreza no Brasil, alterando a dinâmica da economia e seu crescimento, com efeitos negativos globais sobre a eficiência estática e dinâmica da economia.

Segundo Relatório do Banco Mundial (2000) a pobreza se caracteriza pela (a) falta de recursos e renda para atender necessidades básicas, incluindo educação e saúde, (b) falta de voz e poder nas instituições estatais e na sociedade e (c) vulnerabilidade a choques adversos e exposição a riscos, com a incapacidade de enfrentá-los (Godinho, 2011).

A distribuição desigual de renda afeta a educação recebida por uma pessoa e em nosso país. A qualidade e a quantidade de educação formal, recebidas por uma criança ou um jovem é quase totalmente dependente de sua condição social e econômica. Assim, entre os 20% mais pobres (pessoas cujas rendas domiciliares *per capita* estão abaixo de R\$ 300 por mês, aproximadamente, valores de 2013), ocorre que raramente chegam a concluir o ensino fundamental, abandonando a escola antes de completar os oito ou nove anos obrigatórios; já entre os 20% mais ricos, a conclusão do ensino superior é a regra (Helene, 2014).

Ferreira (2000) estimou e agrupou as causas da distribuição desigual de renda em cinco fatores:

1. Diferenças entre os indivíduos e suas características como raça, gênero, inteligência e riqueza inicial.

2. Diferenças de características adquiridas como o nível educacional, a experiência profissional.

3. Mecanismos do mercado de trabalho, principal canal de transformação das características individuais de renda que age sobre as duas anteriores, transformando-as em diferenças no rendimento do trabalho. Esses fatores subdividem-se em três canais, a discriminação, que é a diferença de remuneração entre dois postos de trabalho idênticos, ocupados por trabalhadores com produtividades idênticas, como as observadas nas características raciais e de gênero. Na segmentação, a diferença de remuneração se dá entre dois postos de trabalho distintos, com base nas características do posto de trabalho, apesar das produtividades da combinação de posto e trabalhador serem idênticas. Na segmentação regional, dois postos de trabalho iguais, ocupados por trabalhadores iguais geram remunerações distintas em diferentes regiões geográficas do país; ou ainda na segmentação setorial, cujas diferenças de rendimento ocorrem entre os segmentos formais e informais do mercado de trabalho. Já na projeção, a geração de retorno relaciona-se às características do trabalhador, para um posto de trabalho. O perfil salarial da educação projeta anos de escolaridade no espaço renda; o perfil salarial da experiência projeta anos de experiência profissional no espaço renda. A projeção completa é multidimensional, relacionando todas as características do trabalhador gerando assim a renda real.

4. Fatores de produção e mercados de capital: como estes fatores são imperfeitos apresentam segmentação no acesso ou no preço do crédito ou de apólices de seguros; como seguros e crédito podem determinar a inserção do indivíduo em diferentes ocupações produtivas, essas imperfeições afetam a geração de renda e assim, de sua distribuição.

5. Fatores demográficos como a formação de domicílio, fertilidade, coabitação, separação domiciliar, e que são essenciais na determinação da renda familiar brasileira (casais tendem a se formar de mesmo nível socioeconômico, entre ricos e entre pobres).

Decomposição estimada parcial de fatores da desigualdade de renda no Brasil

Fator	Contribuição para desigualdade total (%)
Segmentação setorial	5 - 15
Segmentação formal e informal	7
Segmentação regional	2 - 5
Discriminação por gênero	5
Discriminação por raça	2
Projeção da experiência	5
Projeção da educação	30 - 50

Fonte: *Ferreira, 2000, baseado em Barros & Mendonça, 1996.*

A divisão da sociedade em grupos distintos de escolaridade continua a responder por um terço até a metade da desigualdade total, mesmo levando-se em conta a raça, gênero, ocupações em setores e regiões distintas e os níveis de experiência, indicando a relevância da educação como determinante da renda familiar per capita do brasileiro. Entretanto, a desigualdade não se deve apenas às diferenças de escolaridade ou experiência, pois o mercado de trabalho brasileiro é segmentado, por setores produtivos e entre segmentos formais e informais, gerando remunerações muito diferentes. A segmentação regional também responde por parcela da desigualdade, mas atrelada ao nível educacional e a composição setorial da atividade produtiva. Além disso, o mercado de trabalho apresenta evidências de discriminação contra mulheres e negros (Ferreira, 2000).

A distribuição de renda é um indicador fortemente correlacionado a outros indicadores sociais, como expectativa de vida, mortalidade infantil, criminalidade, gravidez na adolescência,

desempenho escolar etc. Quando as condições como a renda per capita, as características culturais, os condicionantes geopolíticos entre outros são equivalentes, países com melhor distribuição de renda apresentam melhores indicadores sociais (Helene, 2014).

Alguns dados sobre a desigualdade no Brasil

Em termos de mensuração, há duas formas analíticas importantes para o estudo das desigualdades.

1) A análise das variáveis fundamentais para compreender a distribuição desigual de recursos e de oportunidades sociais, que envolve pelo menos dois mecanismos: o acúmulo de oportunidades (necessidade da existência de topo/base) e a concentração de bens e recursos.

2) A análise das causas, usos, estruturas e efeitos da desigualdade: como, porque e com quais consequências as desigualdades distinguem as categorias de pessoas socialmente diferentes?

Em relação a este segundo aspecto, as causas das desigualdades se relacionam com diferenças de desempenho e aquisição de recursos que geram diferenças nas recompensas. Há também as desigualdades substanciais que não se relacionam com as diferenças de performances, que são as desvantagens historicamente produzidas entre os grupos sociais como as de diferenças entre branco/negro, homem/mulher (Lima, 2001).

Para se medir os níveis de desigualdade num país e compará-las com o de outros, é necessário que tenhamos alguns indicadores que são calculados a partir de dados 'brutos'. Alguns dos mais conhecidos e utilizados são:

Índice de Gini – uma das medidas mais conhecidas do grau de concentração e renda, varia de zero a um, sendo zero o valor da desigualdade máxima. É derivado por meio da curva de Lorenz, gráfico que representa os percentuais acumulados de renda por *decis* da população. Distribuindo-se a população e a proporção de rendas em um gráfico, tem-se que a perfeita igualdade equivaleria a uma reta (linha de perfeita igualdade), de um ponto 0 a um ponto 1. Quanto mais elevada a desigualdade, mais a curva se afasta da reta. A área delimitada pela reta e pela curva é denominada de “área de desigualdade”.

Índice de Robin-Hood - essa medida de concentração de renda é assim denominada porque indica a proporção de renda que deveria ser retirada dos ricos e transferida aos pobres, para que

fosse alcançada a distribuição equitativa de renda. Para o cálculo devem-se obter as rendas percentuais relativas a cada decil em relação à renda total. O índice corresponde à soma de excessos em relação ao valor de 10%, em todos os decis.

Razão da renda média entre os 10% mais ricos e os 40% mais pobres – este índice é frequentemente utilizado para comparação internacional de níveis de desigualdade de renda, pois esta medida é sensível às diferenças entre os extremos da distribuição. É calculado dividindo-se a renda total do último decil pela renda total dos 40% mais pobres.

Índice de Condições de Vida - O ICV é composto de 20 indicadores agregados em cinco dimensões (1) Renda (2) Educação (3) Infância (4) Moradia (5) Longevidade: esperança de vida ao nascer; taxa de mortalidade infantil.

Este índice tem como vantagem a aplicação em determinado território e seu resultado permitir direcionar as políticas públicas e sua avaliação, partir de seu acompanhamento.

A FAO observou em 1993, em relatório sobre o Brasil, que “*não há economia que se equilibre com tanta desigualdade*” Na época, apresentou dados das condições da população brasileira, observando que somente 12% da população economicamente ativa estaria preparada para produzir, no cenário de uma sociedade “tecnologicamente moderna”. Na análise dessa população, 30% não trabalhava, 30% estava no mercado formal de trabalho, 22% subempregados e 18% desempregados. Nestas estimativas, cada trabalhador brasileiro sustentaria quatro pessoas, enquanto que nas economias mais equilibradas, essa proporção seria de um para um. O relatório apontou importante contraste, no qual uma minoria da sociedade operava em um parque industrial e tecnológico moderno e a maioria operava numa economia ‘primitiva’, com baixa renda *per capita* (Daltro, 1993).

Essa situação se modificou a partir dos anos 2000 e entre 2001 e 2005, a desigualdade no Brasil declinou de forma acentuada e contínua. Segundo o coeficiente Gini, entre 2001 e 2005 o grau de desigualdade de renda no país declinou 4,6% e esta queda se manteve de forma regular até 2012. Em 2013, houve uma piora, o primeiro desde 2001 Ainda assim, comparando-se com dados internacionais, o país continua com um dos mais elevados graus de desigualdade do mundo; cerca de 90% dos países avaliados apresentam distribuições menos concentradas que o Brasil (IBGE, 2015).

Os dados do mercado de trabalho no país, sintetizados por Silva & Souza Jr (2012) a partir de dados do IBGE de 2009 indicaram (1) a manutenção de desemprego prolongado, (2) a alta proporção de informalidade (terceirização, trabalho temporário, subemprego) (3) a grande rotatividade no emprego e predominância de contratos de baixos salários (até dois salários mínimos), (4) a progressiva desregulamentação dos direitos trabalhistas, sobretudo no âmbito da seguridade social, (5) queda do nível de renda média do trabalhador, (6) redução da participação da renda pelo trabalho no conjunto da renda nacional; (7) concentração da renda e do poder político, ressaltando que os dados sobre a renda pessoal captam a renda salarial, previdenciária e da assistência social, que representam em torno de 45% da renda total, não cobrindo a renda do capital (lucros e dividendos) nem os juros (Silva & Souza Jr, 2012).

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), no seu relatório sobre distribuição de renda na América Latina de 2010 afirma ser esta a região mais desigual do mundo. Dos 15 países com maior desigualdade de renda no mundo, dez estão na América Latina e no Caribe, sendo que o Brasil e o Equador apresentam o terceiro pior Índice Gini. Os países da região com o melhor índice são Costa Rica, Argentina, Venezuela e Uruguai. Na média, o Índice de Gini da América Latina e do Caribe é 36% maior que dos países do Leste Asiático e 18% acima da África Subsaariana. Os 10% dos mais ricos detinham 43% da renda nacional, enquanto os 10% mais pobres disputavam 1,1% dessa renda (Iamamoto, 2013).

Comparando-se os dados da distribuição dos países por renda per capita, o PIB e a renda média dos 20% mais pobres, os resultados mostram que nossos pobres são muito mais pobres do que se deveria esperar, um sinal do elevado grau de desigualdade (Barros et al, 2007). Para que haja uma equalização entre renda média dos 20% mais pobres, com a distribuição de renda per capita segundo a posição na distribuição entre os países, a porcentagem da renda apropriada pelos 20% mais pobres deveria dobrar e mantida a progressão na redução do grau de desigualdade, levaríamos em torno de 25 anos para um alinhamento internacional. Assim, o sucesso obtido na última década deve ser encarado apenas como o primeiro passo de uma longa jornada (Barros et al, 2007). O contingente de 1% dos brasileiros mais ricos ainda ganha quase cem vezes mais que os 10% mais pobres (IBGE, 2015).

Rocha (2015) do Instituto de Estudos do Trabalho e da Sociedade (IETS) considera que o principal entrave é o funcionamento inadequado do sistema educacional e que seria a

raiz da desigualdade de renda (DIEESE, 2014). Meio milhão de crianças com idade entre 5 a 13 anos encontram-se em piores condições, trabalhando em atividades agrícolas (63,8%), recebendo, em média, R\$ 178 por mês, e as meninas recebem em média 26,3% a menos que os meninos; além disso, parcela significativa trabalha sem remuneração (PNAD 2013, IBGE, 2015).

Conjuntura Econômica

As mudanças na economia global têm produzido uma dispersão de demandas ao redor do mundo, de bens e serviços e também dos mercados de trabalho. As transformações nos padrões de produção e consumo e o deslocamento de investimentos do setor produtivo para o setor de serviços também tem impacto local. Mudanças na estrutura de classe social constituem-se como característica dessas mudanças globais e locais (Silva et al, 2000). Em estudo sistemático com dados Piketty demonstrou a grande desigualdade nos Estados Unidos e Europa, onde os 10% mais ricos detêm 60% a 70% da riqueza, representada por imóveis, ações de empresas, títulos públicos e outros ativos financeiros, favorecendo os ganhos rentistas (apud Belluzzo, 2014).

No caso do capitalismo periférico brasileiro, a valorização aumenta a desigualdade e a concentração da renda, produzindo ou agravando a heterogeneidade estrutural dos vários segmentos econômicos e sociais e de cada um de seus espaços regionais. Assim, o Estado produz e reproduz a desigualdade, assegurada pela ação estatal, por tratar como iguais os capitais desiguais (Fiori, 1995). O modelo de ajuste econômico e de estabilização monetária, hegemônica, passou a produzir excluídos em larga escala e tratar ideologicamente como fatalidade ou como efeito secundário do dinamismo do “deus mercado” (Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1999). Em estudo sobre a representação social da pobreza Lopes (2007) observou a priorização do desenvolvimento do capital e o bem-estar dos que estão inseridos nas relações capitalistas, em detrimento dos mais vulneráveis. Existe “*o mito da cultura da pobreza, segundo o qual os pobres não melhoram suas condições de vida porque não querem*”, mas este mito se desfaz quando se estudam as evidências empíricas e históricas (Abranches, 1998 apud Lopes, 2007).

Tavares & Fiori (1996) destacam o caráter contraditório do processo de ajuste fiscal nos países centrais, denominando de “desajuste global”. O caráter desigual da modernização entre países, empresas, pessoas leva a uma distribuição regressiva dos benefícios do progresso técnico. A “socialização” das perdas

provoca, entre outras, uma crise fiscal de contornos estruturais e transferências patrimoniais de grande porte. O caráter global da modernização é dado pelo agravamento das desigualdades e da produção de exclusão e a transformação produtiva, agravando a distribuição desigual dos frutos do progresso técnico e dos custos sociais das políticas de ajuste e reestruturação. Os custos sociais têm sido pagos primordialmente pelos países periféricos - Estados (crise financeira), sindicatos e pelo emprego da força de trabalho - de modo geral com a piora nos padrões de equidade social. A crise do mercado de trabalho, agravada pelas políticas recessivas de ajuste, é de natureza estrutural.

O processo de “flexibilização” foi generalizado e a população de jovens, dos mais idosos e das mulheres foram as mais atingidas. Outras consequências dessa repartição desigual dos custos foram a piora da distribuição de renda com aumento da dispersão salarial, ampliação de autônomos, surgimento de “castas” de rentistas e a geração de bolsões de pobreza, sobretudo nos EUA e Inglaterra (Tavares e Fiori, 1996).

Uma das razões da crise fiscal por gasto corrente é o peso crescente dos serviços financeiros externos e/ou internos da dívida pública, advinda das operações para regular os desequilíbrios de balanço de pagamentos, que provoca o agravamento da distribuição de renda e da riqueza nacional, gerando a maior concentração de riqueza privada já vista na história do capitalismo. As reclamações contra a ineficiência do Estado pelos que acessam o circuito privilegiado têm constituído uma ideologia hegemônica pela mídia e governos, totalmente falsificadora da realidade (Soares, 2000).

As sociedades mais desiguais são as que menos investem em programas sociais, resultando em educação pública de má qualidade e assistência médica insuficiente, habitação inadequada e capacitação deficiente. Nestes casos, as condições de saúde refletiriam as desigualdades de acesso aos serviços coletivos necessários ao bem-estar social, reduzindo a qualidade de vida e fomentando rupturas sociais e familiares, com deterioração adicional das condições de saúde, por meio de dinâmicas destrutivas de fenômenos sociais complexos que fomentariam o crescimento da violência urbana (Szwarcwlad et al, 1999).

Krugman (2014) chama a atenção para o fato de que não apenas os incentivos importam quando se discute a redistribuição da renda nacional, mas também o acesso aos recursos, a exemplo da educação. Com efeito, sociedades muito desiguais tendem a bloquear o acesso de uma parcela significativa da população a tais recursos.

A concentração da renda em níveis elevados tende a distorcer a representação política em sociedades democráticas, ampliando o controle das elites locais sobre os processos de concepção e implementação de políticas públicas, em prejuízo do interesse coletivo. Além disso, os Estados capturados pelas elites tornam-se incapazes de promover políticas públicas que favoreçam a ampla igualdade de oportunidades, cristalizando o fosso existente entre pobres e ricos; tornando o processo de criação e transmissão da riqueza cada vez mais dependente da hereditariedade e menos do trabalho, falsificando uma meritocracia genuína. As sociedades mais injustas são as que apresentam menor mobilidade social (DIEESE, 2014).

Em sociedades nas quais houve acesso a bens materiais e culturais (*Welfare State*), a integração ocorreu por meio do trabalho. Com a crise do trabalho ocorre a ruptura de laços associativos, com uma nova estratificação social, razão do aumento das desigualdades. Além disso, a cultura política democrática brasileira ainda é ausente e a separação entre dominantes e dominados continua enorme; a noção de direitos é rara (Goulart, 1999).

Trabalho é uma categoria central tanto da organização da sociedade como da sua evolução. Enquanto atividade humana é o fundamento da produção da cultura, pois, ao realizá-lo, os seres humanos se objetivam em bens, artefatos e serviços, articulam-se com a natureza, criam uma rede de comunicação e de interação social e recriam a si próprios. Por isso, o trabalho é estruturante da subjetividade, das condições de saúde e das condições de existência, embora cada um desses processos tenha sua história própria e seu campo de abrangência específico. Pelo seu papel central na sociedade, o mundo do trabalho sofre os influxos das mudanças e de todos os problemas que ocorrem na sociedade e também geram transformações e desagregações, como é o caso da violência: tanto a que ocorre na dinâmica das relações sociais, quanto a que se exerce nas relações de produção (Minayo-Gomez, 2005).

Os riscos decorrentes de processos produtivos e tecnologias que ignoram ou desprezam as necessidades de seres humanos e do meio ambiente não são enfrentados somente por especialistas e cientistas, mas pela atuação organizada dos trabalhadores e dos cidadãos em geral na defesa da vida e da democracia. A compreensão e o enfrentamento das desigualdades é um aspecto central no movimento pela justiça ambiental que se coaduna com a história da saúde coletiva e da saúde do trabalhador. A construção de alternativas futuras de desenvolvimento econômico e social, necessariamente, deve passar por processos participativos que

defendam formas mais saudáveis, autônomas e sustentáveis no nível local das comunidades, incluindo os locais de trabalho e as comunidades tradicionais cuja subsistência depende diretamente da saúde dos ecossistemas onde vivem. Este último aspecto é vital no fortalecimento da democracia e da consciência ecológica nas sociedades Latino-Americanas, principalmente quando levamos em consideração a dívida social e cultural relacionada aos povos tradicionais como os indígenas (Porto, 2005).

A inexistência de maior nível de representação e articulação horizontal dos interesses retira a capacidade das entidades sindicais de adotar estratégias de rompimento dos traços corporativos. Na maior parte das vezes, os próprios acordos/convenções coletivos do trabalho, por serem realizados de forma descentralizada e pulverizada, favorecem a desigualdade, o corporativismo e a baixa preocupação com as questões nacionais, além de muitas vezes estarem descomprometidos com as metas macroeconômicas como a inflação, o consumo, a produção etc. (Pochmann, 1996).

Em contexto de perda crescente dos direitos trabalhistas na maioria dos países, Woodwiss (1999) considera que estes direitos podem ser compreendidos como um reflexo dos direitos humanos por apresentarem características que se coadunam com seus princípios:

(1) a liberdade de associação como ponto crucial em todos os regimes de direitos humanos concebíveis;

(2) as tensões intrínsecas às relações industriais nas economias em desenvolvimento são uma das principais causas de violação dos direitos humanos, sendo o maior desafio sócio estrutural a qualquer tipo de regime de direitos na esfera de emprego, já que o sistema econômico capitalista requer precisamente a desigualdade e o tratamento diferenciado, rejeitados pelo discurso dos direitos humanos.

(3) excetuando os partidos políticos e movimentos sociais de algum tipo, os sindicatos dos trabalhadores são quase o único meio disponível que as pessoas comuns têm para afirmar qualquer tipo de poder coletivo compensatório frente às entidades intrinsecamente coletivas, exemplificadas pelas empresas e pelos governos.

Marshall, no início dos anos 1960 colocou que desde que não haja nenhum impedimento legal, os sindicatos independentes dos trabalhadores fornecem às pessoas comuns uma “cidadania industrial secundária” por meio da qual podem exercer de modo contínuo um poder político substituto suficiente para assegurar que seus outros direitos sejam respeitados. (4) São os direitos mais profundamente colocados, desde a Declaração Universal dos

Direitos Humanos e presentes nas constituições e legislações trabalhistas dos Estados. (5) pessoas sob proteção jurídica nos países em desenvolvimento são consideradas “privilegiadas”, em comparação com os enormes contingentes de trabalhadores “desprotegidos” (Woodwiss, 1999).

A emergência dos fenômenos da violência e da individualização merece um estudo a parte, embora as medidas corretivas e compensatórias – como os programas renda mínima, seguro desemprego, imposto de renda negativo, sistemas de cotas, possam cumprir um papel positivo na minimização das desigualdades (Goulart, 1999). Nas grandes metrópoles, as desigualdades sociais estão demarcadas por fronteiras constituindo o *apartheid* urbano-social, com configurações geográficas diferentes, onde muros e grades sinalizam a separação, produzindo contraditoriamente um estímulo à violência; também as atividades à margem da legalidade favorecem a escalada da violência na qual a maioria das vítimas encontra-se entre os excluídos, ou à sua margem (Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1999).

A saúde ou os processos saúde/doença e seus determinantes são desigualmente distribuídos nas populações. Desigualdade em saúde é um termo genérico relacionado às diferenças na forma de adoecer e morrer dos grupos socioeconômicos distintos, refletindo as desigualdades sociais. Também refletem as ações de políticas de saúde, na equidade do uso de serviços de saúde, condição necessária, mas, insuficiente para reduzir aquelas desigualdades. As desigualdades no adoecer e morrer reproduzem a complexa estrutura social, e as desvantagens presentes nos níveis nas relações de subordinação e exploração produzem distintas demandas e necessidades dos serviços de saúde, que precisam ser consideradas na programação da oferta de serviços, na busca por construir um sistema de saúde mais equânime (Travassos, 1997).

Um estudo considerando a mortalidade, idade e escolaridade entre mulheres indicou um diferencial de mortalidade elevado associado a escolaridade de mulheres e as com idade entre 20 a 29 anos, sem escolaridade, apresentaram mortalidade sete vezes superior às das com nove ou mais anos de estudo (Perez & Turra, 2008). Outro estudo sobre a desigualdade de renda e as condições de saúde no município do Rio de Janeiro evidenciou correlações significativas dos indicadores de desigualdade de renda para indicadores de saúde como mortalidade infantil, mortalidade padronizadas por idade, esperança de vida ao nascer e a taxa de homicídios. A taxa de homicídios foi o indicador mais correlacionado com os níveis de desigualdade de renda, indicando que a violência

urbana se associa às desigualdades sociais (Szwarcwald et al, 1999).

Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violências causam altos custos emocionais e sociais e com aparatos de segurança pública. Ao sistema de saúde há o aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, mais elevados que a maioria dos procedimentos médicos convencionais. Cálculos estimam que aproximadamente 3,3% do PIB brasileiro são gastos com os custos diretos da violência, cifra que sobe para 10,5% quando se incluem custos indiretos e transferências de recursos. Para se ter uma ideia do significado dos custos diretos da violência no país, ela é três vezes maior do que o orçamento em Ciência e Tecnologia (Minayo-Gomez, 2005).

O quadro de extrema desigualdade existente na sociedade brasileira ameaça fortemente a realização do potencial dos jovens. Crianças e adolescentes compõem a faixa etária mais atingida pela desigualdade social e econômica (Henriques, 2003). São os adolescentes e jovens os que mais morrem por agressões e também são os mais apontados como autores de agressões no País e na América Latina. A dialética letal do matar e morrer abrevia a expectativa de vida, reduz o potencial produtivo da população, representa custos (diretos e indiretos) consideráveis para as famílias e para o sistema de saúde e compromete qualquer projeto de qualidade de vida (Santos, 2005).

As sociedades com maior concentração de renda, ou seja, as mais desiguais são as que menos investem em programas sociais, resultando em educação pública e assistência médica insuficiente, habitação inadequada e capacitação deficiente. Os efeitos da renda nas condições de saúde podem ser neutralizados nas regiões em que existem maiores investimentos em infraestrutura e equipamentos coletivos. Nestes casos, as condições de saúde refletiriam as desigualdades de acesso aos serviços coletivos necessários ao bem-estar social, reduzindo a qualidade de vida e fomentando rupturas sociais e familiares, com deterioração adicional das condições de saúde, por meio de dinâmicas destrutivas de fenômenos sociais complexos que fomentariam o crescimento da violência urbana (Szwarcwald et al, 1999).

Desenvolvimento Sustentável e desigualdade social

Crescimento Econômico, desenvolvimento social e erradicação da pobreza são as primeiras e primordiais prioridades para os países em desenvolvimento, essenciais para atingir o objetivo de sustentabilidade nacional e global. Nela estariam fundadas a

superação da pobreza e o fortalecimento da capacidade financeira e institucional dos países como forma de alcançar os objetivos da sustentabilidade (AGENDA 21, 1992).

Por longo tempo, o debate teórico sobre as relações entre desigualdade e crescimento econômico foi influenciado pelo economista norte-americano Arthur Okun, que defendeu, em livro de 1975, que políticas de redistribuição da renda trariam efeitos negativos sobre o crescimento econômico, e que promover a melhor distribuição da renda nacional diminuiria o incentivo ao trabalho de parcelas mais pobres da população e reduziria a ambição dos ricos de se tornarem mais ricos. Mas os dados de vários estudos publicados mostram que níveis extremos de desigualdade são contraproducentes do ponto de vista econômico, político e social. O Fundo Monetário Internacional (FMI) em texto de 2011 mostra que países com padrões mais igualitários de distribuição da renda apresentaram ao longo do tempo, crescimento econômico mais estável e nos países com maior desigualdade, os períodos de crescimento econômico foram mais curtos e mais vulneráveis a outros determinantes como choques externos, renda inicial, qualidade institucional, abertura comercial e estabilidade macroeconômica (DIEESE, 2014).

O conceito de Desenvolvimento Sustentável foi construído considerando-se os aspectos econômicos, políticos, sociais, culturais e ambientais que pudessem ser equilibrados. A proposta global foi construída numa época de intensas preocupações sociais e ambientais, em que se questionava o desenvolvimento predatório com uso dos recursos naturais e socialmente perverso, pois a geração de riquezas também produzia pobreza e desigualdades econômicas e sociais, com impactos ambientais.

A definição mais conhecida foi elaborada pela Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CMMAD), em 1987, no documento “Nosso Futuro Comum” (1991), também conhecido como Relatório BRUNDTLAND. O **desenvolvimento sustentável** deveria ser “aquele que atende às necessidades do presente sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras atenderem as suas próprias necessidades”. Esta concepção baseou-se em dois conceitos chave nos quais a questão das “necessidades”, sobretudo as essenciais aos pobres são a máxima prioridade e a noção das “limitações” que o estágio da tecnologia e da organização social impõe ao meio ambiente, criam cenários sombrios às necessidades presentes e futuras (Vicário et al, 2010).

O termo eco-desenvolvimento, introduzido já na Conferência de Estocolmo e posteriormente desenvolvido por Sachs (1981; 1993),

evocando um estilo de vida baseado no comportamento sincrônico entre os fatores sociais, ambientais e econômicos, deslocando a interpretação que enfoca o progresso social como subordinado ao aspecto da produção, desenhando um projeto de reconstituir a civilização, com base na integração solidária e na responsabilidade mútua dos povos, a partir das dimensões da sustentabilidade do eco desenvolvimento (Ribeiro, 2012).

Para Ignacy Sachs, o conceito de sustentabilidade comporta sete dimensões principais: social, econômica, ecológica, cultural, espacial, política e ambiental.

1) **Na dimensão social, o processo de desenvolvimento deve se basear em um modelo de crescimento considerando a melhoria da qualidade de vida da população, equidade na distribuição de renda e a diminuição das diferenças sociais, com participação e organização popular.**

2) Na **dimensão econômica** a alocação e gestão de recursos devem ser eficientes e o fluxo regular de investimentos públicos e privados.

3) Na **dimensão ecológica**, o uso dos recursos naturais deve minimizar danos aos sistemas de sustentação da vida, com redução dos resíduos tóxicos e da poluição, reciclagem de materiais e energia, conservação, tecnologias limpas e de maior eficiência e regras para uma adequada proteção ambiental.

4) Na **dimensão cultural**, a busca da modernização e dos sistemas integrados de produção rural deve priorizar modelos que preservem as tradições culturais, considerando a pluralidade de soluções singulares.

5) A **dimensão espacial** deve haver equilíbrio entre o rural e o urbano, equilíbrio de migrações, desconcentração das metrópoles, adoção de práticas agrícolas menos agressivas à saúde e ao ambiente, com o manejo sustentado das florestas e a industrialização descentralizada.

6) Na **dimensão política**, a democracia deve evoluir para sistemas descentralizados e participativos, com construção de espaços públicos comunitários, maior autonomia dos governos locais e descentralização da gestão de recursos.

7) Na **dimensão ambiental** deve haver a **conservação geográfica, o equilíbrio de ecossistemas, a erradicação da pobreza e da exclusão, o respeito aos direitos humanos e a justiça social, integrando todas as sete dimensões** (Vicário et al, 2010).

Estes múltiplos aspectos da sustentabilidade devem ser reforçados, no sentido político pelo fortalecimento da democracia, em busca de maior equidade social, diversidade cultural e equilíbrio regional como elementos que “fundam maior autonomia e capacidade de autogestão das comunidades” (LEFF, 2010).

O *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress* deve servir como referência para as políticas e teorias ambientais e resume o mote crítico na evolução do campo ambiental, cujo nexos de formulação conceitual do desenvolvimento encontra-se no rompimento do modelo mecanicista, além de redefinir um modelo de desenvolvimento, impõe como estabelecê-lo por um longo prazo, sua sustentabilidade (Ribeiro, 2012).

Infelizmente, este paradigma ambiental adquire novo significado, ao ser utilizado como mecanismo de transformação do mercado em vários setores da economia, cuja ideia reside na apropriação do paradigma como meio para sobrevivência das empresas e incorporam o discurso ambiental e seu conteúdo crítico direcionado às contradições socioambientais trazidas pelo desenvolvimento econômico, e o transformam em ideologia na dispersão de conceitos que gravitam em torno do que denominam de sustentabilidade (Ribeiro, 2012).

Os desafios para reduzir a desigualdade

Vivemos em um mundo de opulência sem precedentes [...] Entretanto, vivemos igualmente em um mundo de privação e opressão extraordinárias no qual persistem a pobreza e necessidades essenciais não satisfeitas, fome, violação de liberdades, negligência para com as mulheres e graves ameaças ao meio ambiente, tanto em países ricos como em países pobres. Superar esses problemas é parte central do processo de desenvolvimento ((Amartya Sen, 2000).

Para enfrentar as questões de desigualdade e para incluir um grande contingente de mão de obra, é o trabalho que apresenta as melhores condições de distribuição de renda e obtenção da dignidade, gerando laços necessários à sociabilidade, já observado historicamente nos países desenvolvidos, após a Segunda Guerra Mundial. Entretanto o contexto é pouco favorável à sociedade brasileira, em função da desindustrialização, combinada com os impactos da introdução de tecnologias que envolvem a automação e

formas de gestão, com redução expressiva de postos de trabalho e exigências de escolarização. Além disso; a terceirização cria um contingente de trabalhadores precários do ponto de vista das relações de trabalho, pulverizando sua representação sindical. Além disso, existe uma enorme pressão para reduzir direitos dos trabalhadores, com modificação da legislação trabalhista e previdenciária (Goulart, 1999).

Bourdieu, sociólogo francês, considera que o Estado desertou de qualquer função econômica, vendendo empresas e convertendo bens públicos como saúde, habitação, segurança, educação e cultura em bens comerciais e os usuários, em clientes, subcontratando os “serviços públicos” no setor privado e renunciando a seu poder de reduzir desigualdades, delegando a níveis inferiores a autoridade (região, cidades) as funções sociais, tudo em nome da velha tradição liberal de *self help* e da exaltação conservadora da responsabilidade individual, que leva, por exemplo, a imputar o desemprego e o fracasso econômico aos próprios indivíduos e não à ordem social e por meio da noção equívoca de empregabilidade, exige de cada indivíduo se coloque no mercado, fazendo-se de ‘*empresário de si mesmo*’, tratado como capital humano, e que tem como consequência culpabilizar os próprios rejeitados pelo mercado (Bourdieu, 2001).

O grande desafio será manter o atual ritmo de diminuição das desigualdades nos próximos anos.

O que a experiência atual dos países de alta renda pode nos ensinar?

Os principais pontos sumarizados a seguir, lançam alguma luz a esse respeito:

- (1) A desvalorização do trabalho promove níveis mais elevados de desigualdade de renda;
- (2) Sistemas tributários regressivos sancionam um patamar mais alto de desigualdades;
- (3) Altos níveis de desigualdade tornam mais instável o ritmo do crescimento econômico;
- (4) Uma redução da desigualdade de renda tende a ter impacto positivo no crescimento econômico;
- (5) Níveis extremos de desigualdade provocam distorções na representação política dos cidadãos e enviesam o processo de formulação de políticas públicas;
- (6) Quanto mais justa uma sociedade, maiores as possibilidades de ascensão social (DIEESE, 2014).

É evidente que o crescimento econômico deve ser buscado de forma contínua, mas ao contrário do que comungam alguns cânones da economia, não deve ser uma busca como um fim em si mesmo. Como sugere o prêmio Nobel de economia, Amartya Sen, o desenvolvimento deve se relacionar à melhoria da qualidade de vida e à liberdade. Desse modo, redistribuir a renda e a riqueza no Brasil deve ser o elemento central para erradicar a pobreza, contribuir para a dinâmica do crescimento econômico e criar as bases sólidas para o desenvolvimento sustentado e solidário.

Políticas sociais tratam de ações do Estado na área social para garantir os direitos constitucionais de cidadania plena, que incluem educação, saúde, alimentação, trabalho e emprego, saneamento, segurança, agricultura, habitação, assistência social, qualificação profissional, cultura, esporte e lazer. No Brasil a desigualdade econômica e social é estrutural, e é necessário que os sistemas de proteção social sejam organizados e estruturados com propostas para o enfrentamento da pobreza. No entanto, mudar as condições de pobreza e vulnerabilidades historicamente instituídas não é algo simples, pequeno e imediato, e sim um processo complexo que combina aspectos econômicos, sociais e políticos, com o planejamento e a integração de políticas estruturantes de médio e longo prazo para enfrentar esse quadro (Godinho, 2011).

Referências

- Barros R, Carvalho M, Franco S, Mendonça R. A queda recente da desigualdade de renda no Brasil.- IPEA Texto para Discussão n. 1258, janeiro de 2007.
- Brasil – IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2015. Estudos e pesquisas Informação demográfica e sociodemográfica número 35, IBGE, RJ, 2015.
- Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. O Nosso Futuro Comum. Rio de Janeiro: Ed Fundação Getúlio Vargas, 2ed, 1991.
- Daltro H. Brasil expulsa da produção 70% de sua mão de obra. - O Estado de São Paulo, 07/02/1993.
- Diderichsen, Evans and Whitehead. 2001. The social basis of disparities in health. In: Evans et al. (eds). Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford UP, 2001.
- DIEESE. O avanço das desigualdades nos países desenvolvidos: lições para o Brasil. texto número 138 - Julho de 2014.

Ferreira FHG. Os determinantes da desigualdade de renda no Brasil: luta de classes ou heterogeneidade educacional? Texto para discussão nº 415. PUC Rio, Fevereiro de 2000.

Pérez, ER, Turra CM. Desigualdade social na mortalidade no Brasil: diferenciais por escolaridade entre mulheres adultas. XVI Encontro da ABEP, 2008 em Caxambu, Brasil.

Fiori J L. Em Busca do Dissenso Perdido. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Insight, 1995.

Godinho IC. Pobreza e desigualdade social no Brasil: um desafio para as Políticas Sociais. IPEA. Anais do I Circuito de Debates acadêmicos, 10p. 2011.

Goulart, JO. Desigualdade social, Estado e Cidadania. Impulso, n 25, 33-52, 1999.

Helene O. O círculo vicioso da desigualdade. Carta Capital, 20/03/2014.

Henriques R. Desnaturalizar a desigualdade e erradicar a pobreza no Brasil. Anais do Seminário Internacional Pobreza e Desigualdade no Brasil. Brasília, maio de 2003.

Iamamoto MV. O Brasil das desigualdades: “questão social”, trabalho e relações sociais. SER social, Brasília, v.15, n. 33, p261-384, jul. / dez. 2013.

Krugman P. Os custos da desigualdade. Carta Capital, 25/03/2014.

Lima M. Serviço de branco, serviço de preto: um estudo sobre cor e trabalho no Brasil urbano. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IUPERJ, 2001.

Lopes F. “Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde”, Saúde da População Negra no Estado de São Paulo, Boletim Epidemiológico do Estado de São Paulo, 1(4):13-22,2007.

Minayo Gómez C. Violência no trabalho. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a Saúde Coletiva. Ciência & Saúde Coletiva, 4(2):411-21, 1999.

Piketty, T. A desigualdade no século 21. In: Belluzzo LG. Carta Capital, 11/06/2014.

Pochmann M. Mudança e continuidade na organização sindical brasileira no período recente. In: OLIVEIRA, C.A.B; MATTOSO, J.E.L.- Crise e Trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado? São Paulo, Scritta, 1996, p. 269-97.

Porto MF. Saúde do Trabalhador e o desafio ambiental: Contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4):829-39, 2005.

Ribeiro FP. O paradigma ambiental na globalização neoliberal: da condição crítica ao protagonismo de mercado. *Soc. & Nat.*, Uberlândia, 24(2):211-26, 2012.

Santos C. Violência na adolescência sementes e frutos de uma sociedade desigual. In: *Impacto da violência na saúde dos brasileiros /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília, 2005.*

Sen A. *Desenvolvimento como liberdade.* São Paulo: Cia das Letras, 2000.

Silva CF, Sousa Junior AS. *Pobreza e desigualdade no Brasil: uma análise da contradição capitalista.* VII Congresso Português de Sociologia, 2012.

Silva TT, Hall S, Woodward K. *Identidade e diferença.*- Vozes, RJ, 2000, 133p.

Soares LT. *Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina.*- SP, Cortez, 2000. (Coleção Questões da nossa Época)

Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT, Paez MS, Tavares MC, Fiori JL. *Desajuste global e a modernização conservadora.* Ed. Paz e Terra, 1996.

Travassos, C. *Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate.* *Cadernos de Saúde Pública*, 13(2):1-8, 1997.

Vicário DH, Carvalho JL, Biancardi L, Gallo Z. *A ética do consumo.* Scientia Faer, Olímpia - SP, 2 (2), 2010.

Woodwiss A. *Globalização, direitos humanos e direito do trabalho na Ásia do Pacífico.* – IN: *Os Sentidos da democracia,* Vozes, Petrópolis, RJ, 1999, p. 209-264.

Wlodarski R, Cunha LA. *Desigualdade social e pobreza como consequências do desenvolvimento da sociedade.* Acesso em 10 fev 2016. Disponível em:

www.onu.org.br/rio20/img/2012/01/agenda21.pdf Acesso, em 15/12/2015.

<http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=3799>

A Ciência perto das Pessoas

Rosana Evangelista Poderoso

Qual a sua maior curiosidade sobre o corpo humano? Sabia que você pode conhecer muitas coisas sobre o corpo humano em Museus?

Mas, talvez você pergunte qual a relação entre Museu e Saúde das pessoas?

Quando um médico prescreve um medicamento para um paciente com dor existe nesta ação diversas situações acontecendo.

Vamos explorar neste capítulo como a ciência influencia neste cenário e tudo o que precisa acontecer para que seja seguro tanto para o Médico como para o paciente ter acesso as substâncias que ajudam a restabelecer nossa saúde.

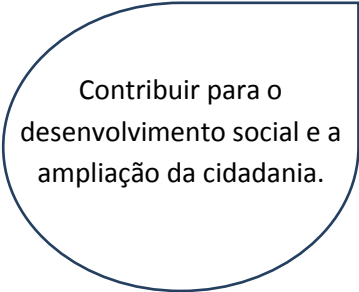
Para ser possível aos cidadãos sem formação em Ciências da Saúde compreender a situação que envolve SAÚDE-MÉDICO-PACIENTE a própria ciência tem se ocupado de estudos que promovem a POPULARIZAÇÃO da ciência.

Para que os estudos científicos possam ser compreendidos pelas pessoas que não são cientistas, cabe aos cientistas transformar seu conhecimento mais simples de ser compreendido. Como? Divulgando as descobertas da ciência por meio de textos mais simples, obras de artes, exposições, palestras, vivências ou qualquer outra forma que traga ao público leigo a sensação que é possível conhecer os estudos dos pesquisadores.

Quando um tema de pesquisa é POPULARIZADO podemos considerar que o cidadão se apropriou daquele conhecimento. No caso da saúde essa forma de comunicar pode ser muito útil para que crianças, por exemplo, aprendam os cuidados pessoais de higiene: quando se diz a uma criança que é importante escovar os dentes e ela é resistente em executar esta ação, um profissional especializado pode orientar a mesma criança sobre todas as consequências de não escovar os dentes demonstrando por meio de teatro ou qualquer outra atividades, como as bactérias destroem os dentes de quem não higieniza de maneira correta. É muito comum uma ação como essa transformar o modo como uma criança maneja a própria saúde.

DICA: é facilmente encontrado em sites da internet material didático que ajuda a promover um conhecimento científico de modo a ser compreensível para população. Pesquisa na Internet vídeos sobre “ensinando crianças a escovar os dentes”

Popularização da Ciência é



Contribuir para o desenvolvimento social e a ampliação da cidadania.

<http://cnpq.br/popularizacao-da-ciencia>

O Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) do Brasil possui diversas iniciativas que contribuem para que ações voltadas para popularização da ciência sejam desenvolvidas. Podemos conhecer pelo site do CNPq atividades que pesquisadores desenvolvem para melhorar as condições de nosso país.

Recentemente foi publicado um texto relatando sobre uma pesquisadora brasileira que está nos EUA integrando uma equipe de pesquisadores que trabalham para ampliar a produção de um medicamento muito importante no combate do vírus Ebola (http://cnpq.br/web/guest/noticiasviews/-/journal_content/56_INSTANCE_a6MO/10157/2519893).

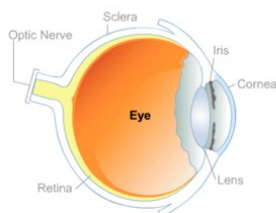
Esta atividade reflete muitos anos de estudos que um pesquisador deve ter para ter condições de aplicar todo o conhecimento que aprendeu em pesquisas para o desenvolvimento de nossa sociedade. Pesquisas sobre câncer, hepatite, gripe e diabetes, entre tantas outras, têm beneficiado pessoas no mundo todo a enfrentar e vencer essas doenças com cura ou melhor qualidade de vida.

O Instituto Nacional de Saúde dos EUA também possui diversas iniciativas para que o conhecimento científico esteja a disposição da população. A Biblioteca Nacional de Medicina Americana tem um site chamado **Medline Plus** que disponibiliza textos sobre condições de saúde ou doença. O principal objetivo desta importante ferramenta é: trazer informações sobre doenças, condições de saúde e questões de bem-estar na linguagem que qualquer pessoa possa entender (<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/aboutmedlineplus.html>).

Home → Health Topics → Eyes and Vision

Eyes and Vision

See all Eyes and Vision topics



Select One:

Eye

Eyes and Vision Topics

Age-Related Macular Degeneration see [Macular Degeneration](#)

[Amblyopia](#)

AMD see [Macular Degeneration](#)

Esta iniciativa do governo americano é tão importante que muitas pessoas podem beneficiar-se com as informações que estão nas línguas: inglês e espanhol.

O sistema também disponibiliza imagens explicativas sobre o corpo humano, Se você quer conhecer quais são as partes de um olho humano, basta clicar no link “eye” (olho em inglês) e a imagem abaixo será exibida:

<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/eyesandvision.html>

Outro exemplo interessante encontrado no Medline Plus são os sintomas que estão descritos. Se uma pessoa tem dor abdominal (*abdominal pain* em inglês) ela pode pesquisar por esse sintoma e o sistema trará várias informações, inclusive alguns tópicos que se

existentes, a pessoa deve procurar auxílio médico imediatamente, como na imagem abaixo:

The image shows a screenshot of the MedlinePlus website. At the top, there is a blue header with the U.S. National Library of Medicine logo and the MedlinePlus logo, which includes the text "Trusted Health Information for You". A search bar is located to the right of the logo. Below the header, there are navigation tabs for "Health Topics", "Drugs & Supplements", and "Videos & Tools", along with a "Español" link. The main content area is titled "Abdominal Pain" and includes the subtitle "Also called: Bellyache". There are social media sharing icons for email, Facebook, Twitter, and RSS. A table of contents is provided, with sections for "On this page", "Basics", "Learn More", "See, Play and Learn", "Research", "Resources", and "For You". A "Summary" section follows, containing a paragraph about abdominal pain and a list of symptoms. To the right, there is a photo of a woman and a "Get Abdominal Pain updates by email" form with a "GO" button. At the bottom right, there is a "MEDICAL ENCYCLOPEDIA" section with links for "Abdominal CT scan" and "Abdominal mass".

<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/abdominalpain.html>

Certamente é uma ferramenta bastante utilizada pelos Norte-Americanos.

A popularização da ciência surge para que a população mundial construa sua própria percepção sobre como lidar com a saúde e o bem estar. Periodicamente acontece um evento internacional que une diversos pesquisadores sobre popularização da ciência (International Public Communication of Science and Technology Conference) em sua última edição um trabalho chama a atenção por tratar sobre a influência que a cultura na qual um povo está inserida tem sobre como essas pessoas conduzirão os cuidados de saúde (Craig, Engstrom, 2014).

Nessa pesquisa os autores aplicaram questionários em uma cidade da Rússia e constataram que a maior parte das pessoas reconheceu que sua saúde estava nas mãos de outras pessoas, como os profissionais de saúde, confirmando a cultura local de investir em tratamento e não em prevenção, porém algumas pessoas relataram cuidados com sua saúde ao serem orientados por esses profissionais.

Este é um estudo que proporcionou uma visão de como as pessoas aproveitam os conhecimentos de saúde em benefício de sua própria saúde e como poderiam usar este empoderamento para a prevenção de diversas situações de saúde.

Referência

13th International Public Communication of Science and Technology Conference 5-8 May 2014, Salvador, Brazil. Perceptions of control in health behaviors and outcomes: cultural considerations Brett J. Craig Nazarbayev, Martha Corley Engstrom Engstrom Consulting. http://www.pcst-2014.org/pcst_proceedings/artigos/brett_j_craig_martha_corley_engstrom_individual_papers.pdf

**Trabalho como enfermeira e validação do diploma no
Canadá: relato de experiência**

**Partage d'expérience : validation du diplôme en soins infirmiers
et travail comme infirmière clinicienne dans un pays autre que
le Brésil**

Eloisa Petrucci Hodge

Résumé

Le chapitre donne un aperçu des informations sur le système de santé canadienne et sur le pays. Les activités des infirmières au Canada et les procédures de revalidation du diplôme universitaire, accomplies dans un autre pays sont décrites. Il souligne également les domaines de pratique en soins infirmiers au Canada et, en particulier, de la santé publique et des travailleurs dans le domaine de la santé au Québec.

A experiência de validar o diploma de enfermagem obtido no Brasil em outro país, no caso o Canadá, pode parecer à primeira vista um imenso e intransponível obstáculo.

O conhecimento e fluência nas línguas inglesa e francesa, os inúmeros exames em diferentes instâncias educacionais e na ordem profissional são, entre outros, as maiores dificuldades citadas pelas enfermeiras que passam por esse processo.

O Canadá é um dos maiores países do mundo em extensão, e conta com população de aproximadamente 35 milhões de habitantes. Possui dez províncias com função governamental semelhante aos estados brasileiros e três territórios. É conhecido pelo inverno muito rigoroso com temperaturas bem abaixo de zero. A taxa de criminalidade é muito baixa e a desigualdade social e financeira é mínima. A população canadense é composta por muitos imigrantes provenientes de todos os lugares do mundo, de todas as religiões, línguas e costumes. A expectativa de vida da população é alta (média de 82 anos) e os serviços como educação e saúde são na sua maioria, públicos, financiados pelos governos federal, provincial ou local.

O Canadá possui duas línguas oficiais: o inglês e o francês.

Segundo o relatório das Nações Unidas de 2015 sobre o índice de desenvolvimento humano dos países, o Canadá é considerado um dos dez melhores países do mundo para se viver.

O sistema de saúde no Canadá

A estrutura do sistema de saúde do Canadá é determinada principalmente pela sua Constituição. Ela prevê que os governos federal, provincial e os territórios compartilhem os papéis e as responsabilidades.

O sistema de saúde é na sua grande maioria público, financiado a partir de receitas provenientes de impostos cobrados pelo governo, como por exemplo, o imposto de renda de pessoa física e jurídica.

A saúde não se limita ao sistema de cuidados de pacientes doentes. Especialidades como a saúde pública, o controle das doenças infectocontagiosas, e todas as atividades de prevenção são compartilhadas pelos governos federal, provincial e local ou municipal.

A Legislação canadense sobre a saúde define os critérios e as condições de seguro-saúde para que as províncias recebam integralmente do governo federal as transferências de recursos para a saúde.

As províncias e territórios devem fornecer acesso aos serviços hospitalares e medicamentos necessários ao tratamento.

A Lei canadense sobre a saúde é baseada em cinco princípios básicos:

Gestão pública: O sistema de saúde deve ser sem fins lucrativos e ser gerenciado e explorado por instituição pública, que presta conta aos governos provinciais ou territoriais.

Integralidade: O sistema de saúde deve garantir todos os serviços médicos necessários, que são oferecidos nos hospitais. Todos os hospitais são públicos.

Universalidade: O sistema de saúde deve proteger todas as pessoas asseguradas inscritas no regime de seguro-saúde.

Acessibilidade: O sistema de saúde deve fornecer de forma gratuita, a todas as pessoas asseguradas, acesso aos serviços médicos e hospitalares necessários.

Possibilidade de transferência: O sistema de saúde deve proteger todas as pessoas asseguradas quando elas mudam ou viajam de província ou território e mesmo quando elas viajam ao exterior (casos urgentes).

O Sistema de Saúde Provincial e de Territórios

As províncias e os territórios geram e fornecem a maioria dos serviços de saúde do Canadá, garantindo que os regimes de seguro-saúde respeitem os princípios da *Lei canadense de saúde*.

As principais responsabilidades das províncias e territórios são:

- Gerenciar seus regimes de seguro-saúde;
- Planejar, financiar e avaliar os cuidados dispensados nos hospitais e em todos os estabelecimentos médicos;
- Planejar, financiar e avaliar os estabelecimentos médicos, os serviços oferecidos pelos médicos e pelos profissionais de saúde;
- Planejar e implementar iniciativas de promoção à saúde e à saúde pública;
- Negociar valores de honorários com os profissionais de saúde.

A maioria das províncias e territórios oferece ainda serviços suplementares para pessoas idosas e de baixa renda como, por exemplo, o pagamento de medicamentos prescritos, serviços de ambulância, serviços dentários etc.

A prestação de serviços de saúde segue três modelos:

- Serviços de primeira linha (cuidados primários);
- Serviços de segunda linha (cuidados secundários);
- Serviços de terceira linha (cuidados terciários ou suplementares).

O sistema de saúde e de serviços sociais no Quebec

No Quebec o sistema de saúde é público. O estado age como principal responsável e administrador. Dois regimes universais permitem à população de obter serviços hospitalares e médicos:

- O regime de seguro hospitalização, criado em 1961
- E o regime de seguro-saúde, criado em 1970.

Além disso, alguns serviços são oferecidos gratuitamente a grupos específicos, como serviço dentário, visual/oftalmológico etc.

Em 1997 o sistema de seguro para os medicamentos veio completar a cobertura pública para a população do Quebec. Esse sistema é considerado misto, isto é, uma parceria entre o estado e algumas seguradoras privadas.

Gastos em saúde

Despesas de saúde comparativas entre o Quebec e o Canadá, 2012

Despesas	Quebec	Canadá**
Despesas totais de saúde por habitante*	5 375 \$	5 911 \$
Despesas totais de saúde em proporção ao Produto Interno Bruto (PIB)	12,1 %	11,3 %
Despesas públicas de saúde por habitante	3 773 \$	4 175 \$

* os dados ilustrados acima são em dólares canadenses. ** inclui as despesas de saúde no Quebec. Fonte: Instituto Canadense de informação sobre a saúde, 2014. 1 dólar canadense = R\$2,46 em 6.outubro.2016

Entre as diferentes províncias e territórios, as despesas em saúde variam principalmente devido aos diferentes serviços cobertos, devido às características demográficas, como a idade da população e também devido à concentração demográfica de cada região.

O Quebec é uma das províncias onde menos se gasta em saúde. Segue abaixo dados comparativos entre Quebec e Canadá.

Informações gerais sobre a província de Quebec

O Quebec chegará a 9 milhões de habitantes em 2027. A idade média dessa população passará de 42,5 anos (dados de 2014) para 46 anos em 2061.

Ainda segundo dados de 2014, a expectativa de vida era na faixa de 80,2 anos para os homens e de 84,1 anos para as mulheres, o que coloca o Quebec praticamente na mesma média do Canadá, e entre as mais elevadas expectativas de vida do mundo (*Statistique Canada, 2014*).

O número de pessoas de 65 anos ou mais passará o número de jovens de menos de 20 anos em 2023.

Neste contexto, a sociedade quebequense enfrenta desafios como o envelhecimento e a aposentadoria de um segmento importante da população conhecida como os babies-boomers (pessoas nascidas entre 1946 e 1966), além do envelhecimento da mão de obra e a necessidade de pessoas para prestar cuidados à essa população.

Enfermagem: profissão em ascensão

Segundo o Workopolis.ca, o maior site de empregos no Canadá, em 2013 foram registradas 6,6 mil ofertas de emprego para “Registered Nurse”, o que coloca a profissão no primeiro lugar na base de dados desse site.

A cidade de Ottawa, capital do Canadá, é um dos lugares que mais contratam enfermeiras (os). Segundo o mesmo site, durante 2013 foram registrados na cidade 5,3 mil ofertas de emprego.

Outro dado que chama a atenção é o nível salarial dos profissionais de Enfermagem. Segundo a revista canadense Mcleans, o cargo de “Head Nurse” (chefe de enfermagem) ganha em média 79 mil dólares canadenses por ano. Já o cargo de “Registered Nurse” registra salário anual de 72 mil dólares Canadenses por ano, com um crescimento salarial de 14,5% nos últimos cinco anos (lembrando que a inflação no Canadá está na casa dos 2% ao ano).

De acordo com dados oficiais do governo canadense, durante o período de 2013-2022 a profissão de enfermagem estará em alta demanda, pois o número de ofertas de emprego é maior do que o número projetado de candidatos. Durante esse período projeta-se 156.576 vagas de emprego para apenas 110.130 candidatos aptos a ocupá-las. Os candidatos a essa profissão devem entrar no mercado por meio de formação acadêmica no Canadá, ou por meio da imigração. Espera-se que os imigrantes ocupem 11% dessas vagas.

Baseado nas pesquisas oficiais de mercado pelo governo canadense espera-se que o mercado sofra com o “labour shortage” (menor número de candidatos do que vaga) na próxima década. Novamente, entre as principais razões destacam-se o envelhecimento da população canadense, a aposentadoria de muitos enfermeiros e o grande espaço no mercado de trabalho

conquistado pelas enfermeiras. O crescimento do mercado e a necessidade de profissionais da área de enfermagem será um dos maiores entre todas as profissões.

Regulamentação da Profissão de enfermagem

A profissão de Enfermagem é regulamentada no Canadá. Isso significa que para atuar na área o profissional precisa atender determinadas exigências de uma das associações que regulamentam a profissão no país.

Os requerimentos variam de acordo com cada província e território. Portanto, o primeiro passo é acessar o site do Canadian Nurses Association (CAN) para ter acesso à lista das associações por província e território canadense e descobrir os requisitos necessários.

A profissão de enfermeira(o) na província de Quebec

O Québec é a parte francesa do Canadá. Dessa forma, a língua oficial na área da saúde é o francês.

No Quebec, a maioria das profissões é regida por uma ordem profissional. O sistema profissional reagrupa 330 000 membros divididos em 46 ordens, das quais 26 são da área da saúde.

A proteção dos usuários é o principal objetivo das ações exercidas pelas ordens profissionais, garantindo também serviços de qualidade e segurança, caracterizada pela competência e integridade de seus membros.

Entre as diferentes responsabilidades das ordens profissionais podemos citar a liberação da permissão do exercício profissional, a determinação das condições para o acesso à profissão, como o exame de admissão à ordem e a autorização e a determinação de mecanismos legais de acompanhamento de seus membros para o exercício correto da profissão.

A ordem dos enfermeiros e enfermeiras do Québec (OIIQ) é a maior ordem profissional do Quebec. Ela agrupa mais de 74 000 membros e a maioria é do sexo feminino.

No Quebec existem diferentes profissionais na área de enfermagem: Enfermeiro auxiliar: obrigatória formação em saúde, assistência e cuidados de enfermagem com duração total de 1800 horas. Enfermeira: profissionais que possuem o diploma de estudo colegial. O programa tem duração de três anos e permite ao

profissional continuar os estudos universitários, se desejável. O salário anual está na faixa de \$41.600 a 66.400 dólares canadenses.

Enfermeira clínica: são os profissionais que cursaram uma universidade de enfermagem. O salário anual está na faixa de 42.400 \$ a 80.900 \$ dólares canadenses.

Existem ainda as "super enfermeiras" (IPS- enfermeiras especialistas), que possuindo uma sólida experiência em um domínio clínico como neonatologia, nefrologia, cardiologia, ou nos cuidados primários (primeira linha), e possuindo mestrado nessas áreas, podem oferecer cuidados de enfermagem e médicos, prescrever e realizar exames diagnósticos, além de medicamentos segundo seu domínio. O salário anual está na faixa de \$51.300 a 93.700 dólares canadenses.

Áreas de atuação do profissional enfermeiro

As perspectivas de trabalho são numerosas e diversificadas. As enfermeiras estão presentes nos centros hospitalares, nas unidades básicas de saúde chamados de "Centres Locaux de Services Sociaux et Communautaires - CLSC", na saúde comunitária, nos centros para pessoas idosas chamados de "Centres D'Hébergement et de Soins de Longue Durée - CHSLD", em clínicas médicas e em centros de saúde. Elas podem igualmente trabalhar na área de educação, pesquisa e gestão.

No Quebec a prática clínica das enfermeiras é apoiada por leis que as reconhecem como especialista e lhe oferecem autonomia nas decisões em assuntos de cuidados de saúde. A abrangência do exercício profissional vai além de atividades práticas como, por exemplo, a priorização de cuidados segundo a avaliação das necessidades dos pacientes, e também atividades reservadas como a prescrição pré-autorizada, ajustamento do plano terapêutico de um paciente e seu acompanhamento.

Atuação na área de saúde pública e saúde do trabalhador em um órgão governamental no Quebec

Contexto

A saúde do trabalhador no Quebec é pública e regularizada por algumas leis e organismos paritários que as aplicam, fiscalizam as empresas e as suportam em matéria de saúde e segurança do trabalho.

A CNESST (Comissão de Normas, de Igualdade de Saúde e Segurança do Trabalho) é um dos organismos que administra os programas de indenização do governo e concede o benefício aos trabalhadores vítimas de acidentes do trabalho e/ou doença profissional. Seu mandato principal é a aplicação da LSST (Lei sobre a Saúde e a Segurança do Trabalho) e da LATMP (Lei sobre os acidentes de trabalho e as doenças profissionais). Em resumo, a LSST é responsável pela prevenção e inspeção/fiscalização no ambiente de trabalho e a LATMP é responsável pela indenização e readaptação dos trabalhadores acidentados no trabalho ou vítimas de doenças profissionais.

As empresas são responsáveis, de forma paritária, pelo controle e eliminação dos riscos de saúde e segurança. O objetivo das leis é a eliminação dos riscos na sua fonte de geração. Por exemplo, um produto químico que é cancerígeno e utilizado na fabricação de um produto, deve ser substituído ou eliminado.

Uma das equipes do departamento de saúde pública, chamada de "equipe de saúde do trabalhador", tem o mandato legal da elaboração de programas de saúde. Esse mandato é definido por leis e por contratos de trabalho entre o ministério da saúde e ministério do trabalho.

Nesse contexto inserem-se os dados sobre o estado de saúde de uma determinada população, os riscos aos quais estão expostos, e as recomendações para melhorias. A LSP (Lei de Saúde Pública) faz parte desse contexto.

A equipe de saúde do trabalhador

O trabalho em equipes multidisciplinares compostas por médicos, enfermeiras, técnicos em higiene do trabalho, higienistas do trabalho e especialistas em ergonomia é um dos pontos fortes desse serviço.

O trabalho em equipe durante as intervenções nos diferentes tipos de usinas auxilia na identificação dos riscos, uma vez que cada

especialidade vai observar mais atentivamente o seu campo de conhecimento.

Programas existentes na saúde do trabalhador:

➤ O PSSE (*Programa de Saúde Específico para o Estabelecimento*) faz parte do programa de prevenção obrigatório para as empresas classificadas nos 3 primeiros grupos prioritários. Existem na lei 6 grupos prioritários. Esses são subdivididos em 15 setores de atividades econômicas prioritárias identificados pela CNESST, onde os riscos à saúde requerem uma intervenção preventiva. Atualmente, as atividades da equipe de saúde do trabalhador se concentram nos grupos de 1 a 3. São eles: indústrias químicas, florestas, serrarias, minas, produtos de metal, madeira, móveis, borracha e produtos plásticos, administração pública, indústrias de alimentos e bebidas, papel, transporte e armazenamento.

Os grupos de 4 a 6 são: setores como comércio, agricultura, indústria têxtil, de couro etc.

Avaliação de riscos

As equipes de saúde do trabalhador fazem a avaliação dos riscos presentes nas empresas no momento da visita. Esses riscos podem ser químicos, físicos (ruído, temperatura, radiações etc), biológicos, ergonômicos e psicossociais. O objetivo é reconhecê-los, para então, priorizá-los para uma intervenção.

As enfermeiras são responsáveis ainda pela avaliação dos aspectos de primeiros socorros (PSPS). As empresas devem se adequar minimamente para responder às situações de urgência, por exemplo, ter socorristas formados, duchas de urgência, kits de PSPS etc.

Se uma empresa trabalha com produtos químicos que geram riscos particulares, como o cianeto, o ácido fluorídrico, a amônia, ou ainda riscos de acidentes com amputações, protocolos específicos de intervenção devem existir.

A assinatura do PSSE é de responsabilidade do médico. Porém, a equipe responsável pelas atividades na empresa contribui para sua elaboração. Nele constam os riscos identificados e

priorizados, assim como um plano de ação detalhado, com as atividades previstas e datas limites.

Geralmente, sessões de informação e formação são disponibilizadas aos trabalhadores e patrões, com o objetivo de informá-los sobre os riscos e os efeitos à saúde sobre o(s) contaminante(s) identificado(s).

A avaliação do estado de saúde dos trabalhadores expostos a diferentes riscos também está incluída nas atividades listadas no plano de ação e tem grande participação das enfermeiras.

Segundo o risco priorizado, por exemplo, exposição ao ruído, sílica, poeira de madeira e de farinha, isocianatos, chumbo, cromo, berílio etc, a enfermeira realiza diferentes atividades: questionários médicos com história do trabalhador, testes de sangue, urina, de audição e R-X.

Em geral, as intervenções de uma enfermeira seguem protocolos definidos por grupos de trabalho e que são autorizados pelas ordens profissionais. Esses protocolos podem dar o direito à prescrição desses exames e ao encaminhamento do trabalhador a especialistas.

Parcerias entre institutos de pesquisas como INSPQ (Institut National de Santé Publique) e IRRST (Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité du Travail) são frequentes, principalmente na análise dos resultados e execução dos exames.

O consentimento do trabalhador para a realização ou não dos testes prescritos e o seu direito à confidencialidade são obrigatórios.

- O *PMSD (programa para uma maternidade sem riscos)* permite à trabalhadora grávida ou que amamenta ser realocada em tarefas que não apresentam riscos a ela ou ao bebê. Se não é possível a realocação no seu ambiente de trabalho, ela é afastada, mas preserva 90% do salário e todos seus benefícios. Cabe à enfermeira que trabalha nesse programa estabelecer o contato com a gestante e coletar informações sobre o trabalho realizado, a avaliação dos riscos presentes no posto de trabalho e a preparação do laudo final pelo médico do programa.

- O *programa BTP (construção e obras públicas)* segue o mesmo modelo do programa PSSE, com a análise e priorização de riscos,

mas dessa vez, em canteiros de obras. Nesse programa se inserem também as doenças de declaração obrigatória relacionadas ao trabalho, como por exemplo, as intoxicações por produtos químicos ou doenças causadas pela exposição ao amianto e ao berílio, silicose, asma profissional e intoxicações por monóxido de carbono. Cabe à enfermeira realizar a análise dos casos declarados para conhecer a história do trabalhador e garantir que o risco foi eliminado, ou controlado, ou ainda que o trabalhador e outros trabalhadores estão protegidos.

Conclusão

A experiência de ter um diploma de enfermeira validado no Canadá e a autorização para exercer esta função é algo muito enriquecedor. A falta de médicos e de enfermeiros, o envelhecimento da população aumenta a área de atuação e a responsabilidade e autonomia das enfermeiras, o que amplia o campo de trabalho e o sentimento de importância da profissão. Os brasileiros, em geral, são pessoas de fácil adaptação e integração. Além disso, o jeito comunicativo e empático na relação de cuidado do outro é muito apreciado, principalmente numa população em envelhecimento.

Em conclusão, num processo como esse, nunca saímos da mesma forma que entramos. O crescimento, a mudança de paradigmas e cada dificuldade vencida nos torna mais fortes e perseverantes. O reconhecimento, tanto salarial, como profissional, vem para nos certificar das escolhas realizadas.

Referências

- 1-<http://careers.workopolis.com/advice/help-wanted-the-10-hardest-jobs-for-canadian-employers-to-fill-in-2015/> [citado em 18 jun 2016]
- 2- <http://careers.workopolis.com/advice/canadas-top-ten-best-jobs/> [citado em 18 jun 2016]
- 3- Le système des soins de santé du Canada. Santé Canada, disponível <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-fra.php>, [citado em 20 jun 2016]
- 4- Système de santé et de services sociaux au Québec, disponível [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/Système de santé et de services sociaux en bref](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/Système_de_santé_et_de_services_sociaux_en_bref), [citado em 25 jun 2016]

- 5- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, disponible <http://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/la-profession>, [citado em 27 jun 2016]
- 6- Institut de la Statistique du Québec. Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061 Édition 2014, disponible <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/perspectives/perspectives-2011-2061.html> [citado em 2 jul 2016]
- 7- Système de santé et de services sociaux au Québec, disponible <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques/donnees-populationnelles.php>, [citado em 27 jun 2016]
- 8- Système de soins de santé, Gouvernement du Canada, disponible <http://canadiensensante.gc.ca/health-system-systeme-sante/system-systeme/index-fra.php> [citado em 2 jul 2016]
- 9- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, disponible <http://www.csst.qc.ca/Pages/index.aspx> [citado em 2 jul 2016]
- 10- [Programme des Nations Unies pour le Développement \(PNUD\)](#) 2015, disponible hdr.undp.org/fr/content/indice-de-developpement-humain-idh [citado em 12 jul 2016]
- 11- Portrait sommaire de l'effectif infirmiers du Québec 2014-2015, évolution et caractéristiques de l'effectif infirmier, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, disponible <http://www.oiiq.org/sites/default/files/portrait-sommaire-2014-2015.pdf> [citado em 12 jul 2016]
- 12- Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, Lois, règlements, normes et politiques, disponible http://www.csst.qc.ca/lois_reglements_normes_politiques/Pages/lois_reglements_correspondants.aspx [citado em 12 jul 2016]

Mulheres, trabalho e sustentabilidade: trabalhadoras domésticas em questão.

Cristiane Batista Andrade

Introdução

Ao ser convidada para escrever este capítulo, fui influenciada por um filme recente no cinema. “Que horas ela volta¹?” é um daqueles que coloca o espectador a pensar, principalmente sobre o trabalho da mulher na sociedade atual. Em que condições vivem essas mulheres que cuidam da família que não é a sua? Quais os vínculos que formam com o seu trabalho? Por que estão fazendo muitas tarefas ao mesmo tempo? Ainda existem empregadas que moram no trabalho? Como é deixar os próprios filhos aos cuidados de outras pessoas e cuidar daqueles que são filhos de seus patrões? Quais são os contratos de trabalho?

Foi diante destes questionamentos que resolvi escrever este texto. Para isso, busco analisar a Convenção e Recomendação sobre Trabalho decente para as trabalhadoras e trabalhadores domésticos da OIT¹, trazendo à discussão os aspectos sobre as condições de trabalho e a saúde. Partindo do pressuposto de que não é possível ter uma sociedade sustentável se ainda encontramos mulheres, crianças e homens em situações precárias de trabalho, a OIT em 1999, definiu que trabalho decente é aquele que promove: “um trabalho produtivo e de qualidade, em condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade humanas, sendo considerado condição fundamental para a superação da pobreza, a redução das desigualdades

¹ Que horas ela volta? É um filme nacional com a direção de Anna Muylaert, lançado em 27 de agosto de 2015.

sociais, a garantia da governabilidade democrática e o desenvolvimento sustentável”.¹

Quem são as trabalhadoras domésticas?

O trabalho doméstico está relacionado às atividades desempenhadas no âmbito do lar e compreendem o cuidado com crianças, idosos, animais, plantas; limpeza; arrumação; limpar e passar roupas. São considerados (as) trabalhadores (as) domésticos (as) o jardineiro, governanta, caseiro, acompanhante de idosos etc.² Consideramos que o trabalho doméstico perpassa pela perspectiva da classe social, raça e gênero e também pelas condições de trabalho em que as mulheres estão expostas.³

Na América Latina 14 milhões de mulheres são trabalhadoras domésticas remuneradas. No Brasil, 17% da população feminina está nesta ocupação; no Paraguai esse número é ainda maior: 20,6%. Entretanto, esse dado pode ser ainda pior se considerarmos as que não possuem vínculo empregatício, as migrantes que não possuem documentos e as crianças que realizam o trabalho doméstico, quer seja cuidando da casa, quer seja cuidando de crianças menores.⁴

Não se pode deixar de registrar que o trabalho doméstico é exercido por diaristas e mensalistas. No primeiro caso, trabalham até dois dias na casa dos patrões, não tendo a garantia dos direitos trabalhistas previstos em lei. Neste sentido, é um trabalho onde majoritariamente mulheres estão desempenhando atividades que colocam em risco a saúde, há ausência de direitos trabalhistas e por consequência, a precariedade no trabalho. Soma-se a pouca efetividade dos direitos em muitos dos casos, estando às mulheres em condições de subemprego, tempo parcial e contratos flexíveis. Com relação aos vínculos trabalhistas, apenas 26,% possuem carteira de trabalho assinada e aproximadamente 5 milhões não a possuem, o que implica na não garantia de férias, décimo terceiro salário, licença

maternidade, afastamento por motivos de saúde, tempo de aposentadoria etc.⁵

Diante deste contexto de precariedade das relações de trabalho, organizações e movimentos sociais (negros, políticos, feministas, sindicatos, parlamentares) colocaram em debate nos anos de 2000, a melhoria das condições de trabalho. Como conquista da categoria, a PEC - Proposta de Emenda à Constituição - das domésticas, em 2013, garante a equiparação dos direitos no trabalho a de outras categorias profissionais, como carteira de trabalho assinada.⁵ Além disso, o recebimento de ao menos um salário mínimo, recolhimento do INSS, repouso remunerado, férias, 13º. salário, aposentadoria, irredutibilidade dos salários, aviso prévio e licenças maternidade e gestante. Se somente em 2013, é que há a equiparação de direitos das domésticas aos outros trabalhadores brasileiros, nos Estados Unidos, a garantia de salários e da regulamentação da jornada de trabalho data de 1974.⁶

Consideramos a importância de se historicizar o trabalho em domicílio e a dimensão de raça. No caso brasileiro, os postos de trabalho com condições precárias, vulneráveis e flexíveis contam, incluindo o doméstico, com a presença grande de mulheres e neste caso, predominantemente, as negras:⁷ “O serviço doméstico no Brasil, em 2009, empregava 7,2 milhões de pessoas, das quais 93% eram mulheres. Destas, 61,6% eram negras e 38,4% brancas”. A luta pelas condições de melhorias no trabalho teve impulso graças aos movimentos feministas, classistas e aos negros.⁸

Os fazeres das trabalhadoras domésticas

O trabalho doméstico nos impõem discussões sobre a hierarquização do trabalho, onde o do homem vale mais que o da mulher, expressa nas desigualdades salariais, por exemplo.⁹ Soma-se a isso o trabalho gratuito desenvolvido pelas mulheres

como cuidar de filhos, limpar, lavar, passar etc. Ou seja, em se tratando da divisão sexual do trabalho é notório que o cuidado desempenhado por mulheres e homens define as diferenciações na divisão do trabalho. Aos homens brancos os melhores postos e às mulheres negras, as condições de trabalho precárias, vulneráveis e flexíveis.

Considerando a dimensão das relações de gênero, as domésticas desempenham atividades de cuidado. Historicamente, ele é tido como exclusividade das mulheres e indispensável para o bem estar familiar: “entendendo-se tanto os cuidados com o bem-estar físico e emocional dos membros da família – incluindo alimentação, limpeza, vestuário, higiene pessoal e saúde física e mental – quanto aos cuidados com a própria moradia e com a criação e educação dos filhos”¹⁰. As autoras ainda atribuem o fato de muitas delas administrarem a unidade doméstica, como o pagamento de contas e realização de compras de utensílios e de alimentos.

A pesquisa de Boris⁶ traz avanços sobre a concepção do trabalho das domésticas, ou seja, põe em debate a sua centralidade: o cuidado. Trocam, banham, vestem, alimentam, cozinham, preocupam-se com pessoas doentes ou não, e ainda contribuem à socialização das crianças. Relacionamos com esses aspectos, as dimensões afetivas e emocionais com as quais trabalham, ou seja, criam vínculos com os familiares e pessoas sob seus cuidados. Esse trabalho ainda é considerado como aquele que permite a proteção social e conforto das famílias.¹¹

Com relação às tarefas domésticas, utilizam produtos químicos como cloro, desinfetantes, sabão, álcool. Estão expostas aos riscos de quedas, já que sobem e descem escadas, dentre outros acidentes de trabalho. Consideramos ainda os muitos casos de assédio moral e sexual na vida dessas trabalhadoras. Nas tarefas domésticas, elas cumprem jornadas de trabalho longas e cansativas². Algumas ainda dormem na casa onde trabalham; em outros casos, fazem outras jornadas que é o

trabalho doméstico nas suas próprias casas, estudam, cuidam de outras pessoas da família (idosos, filhos, sobrinhos etc).

É executado por mulheres e meninas, muitas vezes migrantes, “ou membros de comunidades desfavorecidas e, portanto, particularmente vulneráveis à discriminação em relação às condições de emprego e trabalho, bem como outros abusos de direitos humanos”.¹ Não à toa, o trabalho doméstico é considerado pela OIT como o de maior déficit no conceito de trabalho decente.

A Convenção e a Recomendação do trabalho decente para as trabalhadoras(es) domésticos da OIT

Na 100^a. Conferência Internacional do Trabalho realizada entre 1 a 10 de junho de 2011 em Genebra, os debates resultaram no documento internacional de garantia às condições de trabalho para as trabalhadoras domésticas. Na convenção no.189² constam as definições do trabalho doméstico; direitos humanos e fundamentais do trabalho; proteção contra abusos, assédio e violência; trabalho decente; contratos de trabalho; liberdade de moradia; jornada de trabalho; remuneração mínima e proteção social; medidas de saúde, segurança e à maternidade; condições de funcionamento de agências de emprego privadas; inspeção no trabalho etc.

Um dos avanços da Convenção está no combate de todas as formas de abuso, assédio sexual e moral, o que implica nas condições de trabalho e de saúde das domésticas. No caso de pernoites no trabalho, o local deverá possuir condições decentes, além de garantir a privacidade da trabalhadora. Não se pode aplicar “nenhum desconto na remuneração com respeito ao

² “Enquanto a convenção é um tratado internacional vinculante para os Estados-Membros que a ratifiquem, a recomendação objetiva orientar mais detalhadamente sobre como a convenção pode ser implementada. Tais normas internacionais buscarão melhorar as condições de trabalho de dezenas de milhões de trabalhadores domésticos espalhados pelos continentes”.¹²

alojamento, a menos que o trabalhador doméstico aceite”. O local deverá ser mobiliado, iluminado, ventilado, com maçaneta com chaves, adequadas instalações sanitárias, refeições de qualidade e em quantidade suficiente à trabalhadora.

Terá direito às férias anuais e descansos remunerados. Os salários deverão ser pagos ao menos uma vez por mês; horas extras também remuneradas. Chama à atenção na Convenção, a proteção aos direitos trabalhistas como seguridade social, o direito à licença maternidade e à enfermidade. A necessidade de se enfatizar a proteção à maternidade (licenças, direito à amamentação) deve ser vista como uma conquista, mas não como um fim da luta das mulheres por melhores condições de vida e por direitos.

Já a Recomendação no. 201 trata das negociações coletivas; exames médicos; proibição de trabalho doméstico infantil e proteção ao trabalho saudável para jovens; proteção contra abuso, assédio e violência; regulamentação da jornada de trabalho e das remunerações; condições adequadas de alimentação, moradia, segurança e saúde; contribuição à previdência social; inspeção no trabalho e políticas educacionais e fomento às estatísticas sobre as trabalhadoras domésticas.¹

Com relação aos exames médicos, deve-se assegurar a confidencialidade e privacidade da trabalhadora. Não se pode exigir testes para HIV e/ou gravidez. A recomendação traz impulsos no que diz respeito, sobretudo, à limitação da jornada de trabalho para que se assegurem horários para “descanso, educação, formação profissional, atividades de lazer e de contato com familiares”.¹

Embora este texto trate de uma síntese das recomendações da OIT para o trabalho doméstico decente, proporciona pistas para se pensar nas condições de trabalho das mulheres que cuidam de casas e de pessoas, muitas vezes, com contratos flexíveis e em condições precárias. Colocar no centro do debate as atividades desempenhadas por elas é um passo para a garantia de direitos. Como vimos, no Brasil, ainda encontramos

trabalhadoras sem contratos e direitos trabalhistas. Mulheres que cuidam ao mesmo tempo de casas dos empregadores e também da sua família. A luta ainda é grande para que tenham uma rede de apoio (creches e escolas) para deixarem seus filhos, o direito à maternidade e saúde no trabalho. Na mesma perspectiva, a luta pelo direito à educação e profissionalização deve permear a legislação desta classe trabalhadora.

Referências

1. OIT. Convenção e Recomendação sobre trabalho decente para as trabalhadoras e os trabalhadores domésticos [Internet]. OIT; 2011. Available from: <http://www.oit.org.br/content/nota-5-conven%C3%A7%C3%A3o-e-recomenda%C3%A7%C3%A3o-sobre-trabalho-decente-para-trabalhadoras-e-os-trabalhadores>
2. Sanches S. Trabalho doméstico: desafios para o trabalho decente. *Rev Estud Fem.* 2009;17(3):879–88.
3. Sorj B. Socialização do cuidado e desigualdades sociais. *Tempo Soc Rev Sociol USP.* 2014;26(1):124.
4. OIT. Nota 1 – Um trabalho decente para as trabalhadoras domésticas remuneradas no continente [Internet]. OIT; 2010. Available from: http://www.ilo.org/brasil/publicacoes/WCMS_229664/lang-pt/index.htm
5. Bernardino-Costa J. Decolonialidade e interseccionalidade emancipadora: a organização política das trabalhadoras domésticas no Brasil. *Soc e Estado.* 2015 Apr;30(1):147–63.
6. Boris E. Produção e reprodução, casa e trabalho. *Tempo Soc Rev Sociol USP.* 2014;26(1):102.
7. Hirata H. Gênero, classe e raça. *Tempo Soc Rev Sociol USP.* 2014;26(1):62.
8. Costa JB. Controle de vida, interseccionalidade e política de empoderamento: as organizações políticas das trabalhadoras domésticas no Brasil. *Estud Históricas Rio Jan.* 2013;26(52):471–89.

9. Hirata H. A Precarização e a Divisão Internacional e Sexual do Trabalho. *Sociologias*. 2009;(21):24–41.
10. Bruschini MCA, Ricoldi AM. Família e trabalho: difícil conciliação para mães trabalhadoras de baixa renda. *Cad Pesqui*. 2009;39(136):93–123.
11. Costa SG. Conforto, proteção social e emprego doméstico (Brasil e Região Fluminense, 1960-2000). *Serviço Soc Soc*. 2014 Dec;(120):767–94.
12. Fraga AB. A OIT e o Congresso Nacional na discussão sobre o serviço doméstico remunerado: ampliação ou redução de direitos? 36º Encontro Anual da ANPOCS. Águas de Lindóia, SP; 2012;

Riscos no trabalho e adoecimento entre trabalhadores da construção civil em diferentes países – revisão integrativa

Inês Monteiro
Helena Rodrigues Correa Filho
Eduardo Siqueira
Aparecida Mari Iguti
Aparecido Fujimoto

Resumo

Estudo de revisão integrativa com o objetivo de identificar os riscos no trabalho e adoecimento de trabalhadores(as) da construção civil em diferentes países. Foram pesquisadas as bases de dados MEDLINE, LILACS, PubMed e SciELO com os seguintes descritores: construção civil *and* trabalhadores; *construction industry and incidence and risks and occupational exposure and workers*. Foram utilizados como critério de inclusão: estudos com abordagem quantitativa e com amostra composta por trabalhadores(as) da construção civil. Após a leitura dos títulos e resumos e, quando necessário, o texto na íntegra, 27 estudos atenderam aos critérios de inclusão, dos quais cinco estavam na base de dados LILACS, seis na MEDLINE e, 16, no PubMed. Os principais problemas identificados foram relativos à câncer e acidente de trabalho - em estudos específicos sobre trabalhadores(as) da construção civil, e, em estudos gerais, o uso de asbestos, no qual trabalhadores do setor estão entre os grupos com grande exposição ocupacional.

Descriptors: occupational health; risks; construction; workers; construction industry; occupational exposure.

* Projeto financiado pelo CNPq – edital gênero, processo n 402592/2010-7

A indústria da construção civil é de grande importância no mundo e no Brasil, tanto pelo aspecto de suprir necessidade

humana básica – habitação - quanto pela precariedade no trabalho. Este ramo movimenta ainda parte da economia.

No ano de 2009 havia aproximadamente dois milhões de trabalhadores, atuando em 64 mil empresas, com um funcionário ou mais, no Brasil ⁽¹⁾.

Na União Europeia a maior parte dos adolescentes e jovens trabalhadores, na faixa etária entre 15 e 24 anos de idade, estava empregada “no comércio (4,6 milhões), indústria transformadora (3,6 milhões), construção (1,8 milhões) e hotelaria e restauração (1,8 milhões)” ².

Em 2004 foi divulgada a Declaração de Bilbao, *Building in safety*, no “European Construction Safety Summit”, com ênfase na prevenção dos riscos no local de trabalho, na União Europeia e referendada por representantes das empresas e dos trabalhadores³.

A legislação relativa às diretrizes para o trabalho em diferentes atividades é denominada Norma Regulamentadora – NR, e está disponível no sítio do Ministério do Trabalho e Emprego.

A NR18 – Condições e ambiente de trabalho na indústria da construção é específica da área de construção e, legalmente, se fundamenta na Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT, artigo 200 inciso I ⁴.

A Norma Regulamentadora 18 - NR 18

estabelece diretrizes de ordem administrativa, de planejamento e de organização, que objetivam a implementação de medidas de controle e sistemas preventivos de segurança nos processos, nas condições e no meio ambiente de trabalho na Indústria da Construção.

18.1.2. Consideram-se atividades da Indústria da Construção as constantes do Quadro I, Código da Atividade Específica, da NR 4 - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho e as atividades e serviços de demolição, reparo, pintura, limpeza e manutenção de edifícios em geral, de qualquer número de pavimentos ou tipo de construção, inclusive manutenção de obras de urbanização e paisagismo. (Alterado pela Portaria SSST n.º 63, de 28 de dezembro de 1998).

18.1.3. É vedado o ingresso ou a permanência de trabalhadores no canteiro de obras, sem que estejam

assegurados pelas medidas previstas nesta NR e compatíveis com a fase da obra.

18.1.4. A observância do estabelecido nesta NR não desobriga os empregadores do cumprimento das disposições relativas às condições e meio ambiente de trabalho, determinadas na legislação federal, estadual e/ou municipal, e em outras estabelecidas em negociações coletivas de trabalho.

Outras normas, de caráter geral, são aplicáveis a este setor, como a NR-17 Ergonomia e NR-21 Trabalho a céu aberto.

A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, referendada e divulgada em 2005, após ampla discussão, indicou a necessidade de realização de pesquisas na área, no subtema “Saúde, trabalho, ambiente e biossegurança”, especificamente no tópico “Impacto da reestruturação do trabalho sobre a saúde”, por meio da “avaliação de programas de prevenção e de monitoramento da saúde do trabalhador na construção civil [...]”^{5:59}.

Estudo destaca aspectos da precarização no trabalho no setor da construção, no Brasil, com o uso frequente da subcontratação de trabalhadores incorporação de informais; diminuição no prazo de entrega da obra e a presença de migração interna, com deslocamento de jovens de área rural, escolaridade reduzida. No exterior, especificamente na França, é destacado o uso de imigrantes no setor da construção. No Brasil e França o autor destaca ainda, quanto à informalidade, o uso da “transferência da ilegalidade para outras empresas”, no primeiro caso “gatas” e, no segundo, agência de temporários^{6:2}.

A contratação de informais também é discutida em outro estudo, com abordagem qualitativa, desenvolvido junto a trabalhadores da construção civil e trabalhadoras domésticas, no qual os autores relatam “o reconhecimento da desvalorização do trabalho informais e dos trabalhadores nessa situação, e a consciência da sua invisibilidade social, jurídica, política, e também moral, posto que se reflete na própria consideração do seu valor pessoal”^{7:172}.

Os aspectos relativos à segurança são um dos principais desafios na área da construção civil no Brasil e no exterior.

As doenças musculoesqueléticas são definidas por Punnett & Wegman (2004) e “incluem ampla variação de condições inflamatórias e degenerativa, afetando músculos, tendões, ligamentos, articulações, nervos periféricos [...]”. Estão aí incluídas as síndromes clínicas:

inflamação do tendão e condições relacionadas (tenossinovite, epicondilite, bursite), transtorno de compressão do nervo (síndrome do túnel do carpo, ciática) e osteoartrose, assim como condições menos padronizadas como mialgia, dor lombar e outras síndromes de dor regionais, não atribuídas a patologias conhecidas. As regiões do corpo mais comumente envolvidas são região lombar, pescoço, ombro, antebraço e Mão, embora mais recentemente os membros inferiores tenham recebido maior atenção.^{8:13}.

Outro importante aspecto a ser destacado refere-se à incorporação de novas tecnologias produtivas⁹, agravada, no Brasil, pela baixa escolaridade dos trabalhadores do setor.

Embora as mortes no trabalho não integrem os critérios de inclusão do estudo é importante destacar que, em artigo publicado em 2008, com dados relativos a acidentes fatais na construção civil, no Rio de Janeiro, no período de 1997 a 2001, foram contabilizados 74 óbitos. Nos depoimentos dos parentes das vítimas é possível identificar o pequeno valor dado à vida do trabalhador. Em um dos casos o corpo seria descartado, simulando acidente de trânsito, para evitar a imputação de culpa por parte da empresa. Isto só não ocorreu devido aos protestos do irmão da vítima, que trabalhava na mesma empresa e aos colegas, que impediram que isso ocorresse¹⁰.

Outro importante aspecto a ser destacado é a elevação do número de acidentes de trabalho subsequente a obras em grande escala.

Katsakiori et al (2008) relatam o ocorrido na construção dos locais para os Jogos Olímpicos de Atenas, em 2004. Os fatores atribuídos aos acidentes fatais foram: “práticas de trabalho ‘pobre’ originadas da falta de orientação e capacitação, pressão pelo

desempenho e a inexperiência dos trabalhadores, com erros” associados à falta de “experiência e conhecimento” ^{11:285}.

O setor da construção utiliza trabalhadores temporários, como nos Estados Unidos, com aumento substancial relativo ao risco de acidentes, que era duas vezes maior na indústria da construção e na de manufatura ¹².

Esta pesquisa se justifica tanto pela importância do setor para a economia do país, quanto pelo pequeno número de textos publicados no Brasil, ou que discutam a realidade nacional e internacional.

A questão norteadora para esta pesquisa foi:

Quais os principais riscos e causas de adoecimento entre trabalhadores da área de construção no Brasil e no exterior?

Objetivou-se neste estudo identificar e analisar, por meio de revisão de literatura, os principais riscos e causas de adoecimento entre trabalhadores da construção civil, no Brasil e no exterior.

Método

Estudo de revisão integrativa de literatura que visa sintetizar o conhecimento disponível na área.

Jackson (1980) ^{13:442,444-6,456} propôs, em estudo fundamental sobre revisão integrativa de literatura, seis tarefas: “selecionar as questões ou hipóteses, amostragem, características que representem o estudo primário, análise dos estudos primários, interpretação e divulgação dos resultados”.

Ganong (1987) ¹⁴ propõe, tomando como referência o estudo de Jackson (1980), um olhar específico para a revisão integrativa na área de enfermagem, utilizando as seis ‘tarefas’ propostas por ele.

Tarefa 1 – seleção de hipóteses ou questão Ganong propõe que seja uma questão de pesquisa ou hipótese, “que deve incluir definições do construto em análise” ^{14:2}.

Tarefa 2 – amostragem – relata que “a representatividade da amostra é um indicador crítico da amplitude da generalização das conclusões” ^{14:3}.

Tarefa 3 – características de representação do estudo primário – é o núcleo da revisão, pois as mesmas são análogas a coleta de dados e o relato da pesquisa.

Tarefa 4 – análise dos achados – propõe que é “comparável ao exame e análise dos dados primários”^{14:9}.

Tarefa 5 – interpretação dos resultados – compara esta etapa à “discussão dos resultados e elaboração das implicações na pesquisa primária”^{14:10}.

Tarefa 6 – divulgação dos resultados – considera que “devem ser incluídas informações suficientes para que o leitor possa examinar a evidência criticamente”^{14:10}.

Este tipo de estudo vem sendo amplamente utilizado desde a última década e possibilita que evidências sejam incorporadas na prática clínica, o que contribui para a disseminação do conhecimento científico¹⁵⁻¹⁶.

Foram consultadas as seguintes bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS; Medical Literature Analysis and Retrieval System Online – MEDLINE; a coleção da Scientific Electronic Library Online – SciELO.

Os descritores construção civil AND trabalhadores foram utilizados para busca no LILACS e SciELO.

Para a busca no MEDLINE e PubMed foram utilizados os descritores *construction industry AND incidence AND risks AND occupational exposure AND workers*.

No PubMed e MEDLINE foram utilizados os seguintes filtros: humanos, estudos publicados entre 1.1.2003 e 31.12.2012, em inglês, português ou espanhol.

Os critérios de inclusão utilizados foram: estudos com abordagem quantitativa, que abordassem no texto os riscos e/ou causas de adoecimento entre trabalhadores da construção civil e cuja amostra fosse composta exclusivamente por trabalhadores da construção civil no Brasil, ou, *work industry*, no exterior.

Foram incluídos os artigos com resumo em inglês, português ou espanhol. Inicialmente foi lido o título do artigo e, em caso de dúvida,

o resumo, para identificar se atendia aos critérios de inclusão da pesquisa.

Em seguida foi realizada leitura buscando identificar riscos e/ou causas de adoecimento entre os trabalhadores.

Para a síntese dos resultados cada estudo recebeu a letra E e um número de identificação.

Resultados e discussão

Inicialmente foram identificados 150 estudos, a maioria no PubMed (40,7%), seguida pelo LILACS (29,3%), MEDLINE (25,3%) e SciELO (4,7%). (quadro 1)

Quadro 1 – Resultados da busca em base de dados eletrônicas – Campinas, 2012.

Bases/coleções Descritores	Lilacs	SciELO	Medline	Pub Med	Total
construção civil AND trabalhadores	44	7	-	-	51
construction industry AND incidence AND risks AND occupational exposure AND workers		-	38	61	99
Total	44	7	38	61	150

Nenhum artigo identificado na SciELO atendeu aos critérios de inclusão, pois utilizavam abordagem qualitativa e/ou não eram específicos com trabalhadores da construção civil.

Embora o número de artigos identificados no LILACS tenha sido elevado parte deles utilizava abordagem qualitativa e/ou a amostra do estudo não era composta exclusivamente por trabalhadores da construção civil.

Após a leitura dos títulos e resumos e, quando necessário o texto na íntegra, restaram 27 estudos que atenderam aos critérios de inclusão, dos quais cinco estavam na base de dados LILACS, seis na MEDLINE e 16 no PubMed.

Abaixo são elencados os estudos incluídos, numerados de um a 27 (Quadro 2).

Quadro 2 – Estudos incluídos segundo dados de identificação.

E1 Simões TC, Souza NVDO, Shoji S, Peregrino AAF, Silva D. Medidas de prevenção contra câncer de pele em trabalhadores da construção civil: contribuição da enfermagem. *Rev Gaúcha Enf.* 2011;32(1):100-6.

E2 Santana VS, Oliveira RP. Saúde e trabalho na construção civil em uma área urbana do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(3):797-811.

E3 Farias VHV, Buriti AKL, Rosa MRD. Ocorrência de perda auditiva induzida pelo ruído em carpinteiros. *Rev CEFAC.* 2012;14(3):413-22.

E4 Fajardo Zapata AL, Méndez Casallas FJ, Molina LH. Estado de salud de los trabajadores del sector de la construcción en Bogotá Colombia, Bogotá 2009. *Cienc Trab.* 2010;12(38):410-3.

E5 Bellorin M, Sirit Y, Ricón C, Amortegui M. Sintomas músculo esqueléticos em trabajadores de uma empresa de construcción civil. *Salud Trab.* 2007;15(2):89-98.

E6 Benavides FG, Giráldez MT, Castejón E, Catot N, Zaplana M, Delclós J et al. Analysis of the mechanisms of minor occupational injuries in the construction industry in Spain. *Gac Sanit.* 2003;17(5):353-9.

E7 Grzywacs JG, Quandt SA, Marin A, Summers P, Lang W, Mills T et al. Occupational injury and work organization among immigrant Latino residential construction workers. *Am J Ind Med.* 2012;55(8):698-706.

E8 Arcury TA, Mills T, Marin AJ, Summers P, Quandt SA, Rushing J et al. Work safety climate and safety practices among immigrant Latino residential construction workers. *Am J Ind Med.* 2012;55(8):736-45.

E9 Al-Sari MI, al-Khatib IA. Worker's safety in the construction industry in the southern West Bank of Palestine. *East Mediterr Health J.* 2012;18(10):1028-33.

E10 Coggins MA, Van Lente E, McCallig M, Paddan G, Moore K Evaluation of hand-arm and whole-body vibrations in construction and property management. *Ann Occup Hyg.* 2010;54(8):904-14.

E11 Atique S, Zarour A, Siddiqui T, El-Menyar A, Maull K, Al Thani H et al. Trauma caused by falling objects at constructions sites. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012;73(3):704-8.

E12 Chin DL, Hong O, Gillen M, Bates MN, Okechukwu CA. Cigarette smoking in building trades workers: the impact of work environment. *Am J Ind Med.* 2012 May;55(5):429-39. doi: 10.1002/ajim.22031. Epub 2012 Mar 5.

E13 Stocks SJ, Turner S, McNamee R, Carder M, Hussey L, Agius RM. Occupation and work-related ill-health in UK construction workers. *Occup Med (Lond).* 2011 Sep;61(6):407-15. doi: 10.1093/occmed/kqr075. Epub 2011 Jul 13.

E14 Madgwick P, Houdmont J, Randall R. Sun safety measures among construction workers in Britain. *Occup Med (Lond).* 2011 Sep;61(6):430-3. doi: 10.1093/occmed/kqr054. Epub 2011 Jul13.

E15 Bena A, Berchiolla P, Debernardi ML, Pasqualini O, Farina E, Costa G. Impact of organization on occupational injury risk: evidence from high-

- speed railway construction. *Am J Ind Med.* 2011 Jun;54(6):428-37. doi: 10.1002/ajim.20939. Epub 2011 Feb 15.
- E16 Breitling LP, Claessen H, Drath C, Arndt V, Brenner H. Gamma-glutamyltransferase, general and cause-specific mortality in 19,000 construction workers followed over 20 years. *J Hepatol.* 2011 Sep;55(3):594-601. doi: 10.1016/j.jhep.2010.12.029. Epub 2011 Jan 21.
- E17 Boschman JS, van der Molen HF, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Occupational demands and health effects for bricklayers and construction supervisors: a systematic review. *Am J Ind Med.* 2011 Jan;54(1):55-77. doi: 10.1002/ajim.20899.
- E18 Hoonakker P, van Duivenbooden C. Monitoring working conditions and health of older workers in Dutch construction industry. *Am J Ind Med.* 2010 Jun;53(6):641-53. doi: 10.1002/ajim.20838.
- E19 Lipscomb HJ, Schoenfisch AL, Shishlov KS, Myers DJ. Nonfatal tool- or equipment-related injuries treated in US emergency departments among workers in the construction industry, 1998-2005. *Am J Ind Med.* 2010 Jun;53(6):581-7. doi: 10.1002/ajim.20839. E20 Schoenfisch AL, Lipscomb HJ, Shishlov K, Myers DJ. Nonfatal construction industry-related injuries treated in hospital emergency departments in the United States, 1998-2005. *Am J Ind Med.* 2010 Jun;53(6):570-80. doi: 10.1002/ajim.20829.
- E21 Zheng L, Xiang H, Song X, Wang Z. Nonfatal unintentional injuries and related factors among male construction workers in central China. *Am J Ind Med.* 2010 Jun;53(6):588-95. Doi: 10.1002/ajim.20833.
- E22 Dong XS, Men Y, Ringen K. Work-related injuries among Hispanic construction workers-evidence from the medical expenditure panel survey. *Am J Ind Med.* 2010 Jun;53(6):561-9. doi: 10.1002/ajim.20799.
- E23 Hong O. Hearing loss among operating engineers in American construction industry. *Int Arch Occup Environ Health.* 2005 Aug;78(7):565-74. Epub 2005 Jul 14.
- E24 Stattin M, Järholm B. Occupation, work environment, and disability pension: a prospective study of construction workers. *Scand J Public Health.* 2005;33(2):84-90.
- E25 Valiante DJ, Schill DP, Rosenman KD, Socie E. Highway repair: a new silicosis threat. *Am J Public Health.* 2004 May;94(5):876-80.
- E26 Lee WJ, Baris D, Järholm B, Silverman DT, Bergdahl IA, Blair A. Multiple myeloma and diesel and other occupational exposures in Swedish construction workers. *Int J Cancer.* 2003 Oct 20;107(1):134-8.
- E27 Järholm B, Silverman D. Lung cancer in heavy equipment operators and truck drivers with diesel exhaust exposure in the construction industry. *Occup Environ Med.* 2003 Jul;60(7):516-20.

A maior parte dos estudos foi realizada nos Estados Unidos (n=10), seguido pelo Brasil, com três e Reino Unido e Suécia com dois cada um (quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição dos estudos segundo país de origem. Campinas, 2012.

País	Número do estudo
Alemanha	E16
Brasil	E1, E2, E3
China	E21
Colômbia	E4
Espanha	E6
Estados Unidos	E7, E8, E12, E18, E19, E20, E22, E23, E25, E26
Holanda	E17
Irlanda	E10
Itália	E15
Palestina	E9
Qatar	E11
Reino Unido	E13, E14
Suécia	E24, E27
Venezuela	E5

Construção civil é uma denominação ampla e foram identificados nos estudos os seguintes setores e profissões:

Setores/profissões	Estudos
Geral	E1, E2, E4, E5, E6, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E16, E19, E20, E21, E24, E26
Pedreiros e supervisores	E17
Carpinteiros	E3
Imigrantes latinos	E7, E8, E22
Trabalhadores em autoestrada	E15
Trabalhadores ≥55 anos	E18
Operadores de equipamentos	E23, E27

Santana & Oliveira (2004) em estudo com trabalhadores da construção civil em Salvador – Bahia, com n=1947 homens, com idade entre dez e 65 anos de idade, relataram que “58,8% referiu desejar um contrato formal de trabalho especialmente para dispor de aposentadoria remunerada”¹⁷. Tendo em vista o desgaste no exercício das atividades no setor da construção civil esta preocupação é válida.

Aspectos de segurança no trabalho são importantes, tendo em vista a exposição a riscos, aumentando a chance de acidentes de trabalho.

No quadro 4 são apresentados os riscos/problemas identificados nos estudos avaliados.

Quadro 4 – Riscos identificados e problemas/doenças extraídos dos estudos incluídos. Campinas, 2012.

Risco e/ou adoecimento		Número do estudo
Câncer	Pele	E1, E14
	Mieloma múltiplo	E26
	Pulmão	E27
Acidente de trabalho		E2, E6, E7, E8, E9, E15, E19, E20, E21, E22
Segurança no trabalho/riscos		E8, E18
	Risco físico - vibração	E10
	Risco – trauma por queda de objeto	E11
	Risco - tabagismo	E12
Sintomas musculoesqueléticos		E5
Doenças		E13
Mortalidade		E16, E17
Perda auditiva		E3, E23
Estado de saúde		E4
Adoecimento/pensão por invalidez		E24
Silicose*		E25

*Há vários estudos que abordam o risco para asbesto e silicose, que não foram incluídos por se tratar de pesquisa em população geral, incluindo trabalhadores da construção civil.

Arcury et al (2012) em estudo realizado na Califórnia – Estados Unidos, com 119 imigrantes latinos que trabalhavam na construção civil, inovaram nas técnicas utilizadas para coleta de dados, realizada por meio de uso do instrumento “Perceived Safety Climate Scale”, e diário longitudinal, por até 21 dias, com 90 trabalhadores, no qual foi utilizado o “Interactive Voice Response System”. Vários trabalhadores relataram “riscos relativos a luvas, não fazer algo conhecido por ser inseguro [...]”, e, na abordagem de práticas de segurança coletiva, “participar de encontros de segurança diariamente não necessitar usar equipamento danificado, não ver o colega de trabalho criar uma condição insegura [estavam]

associados positivamente ao clima de segurança no trabalho” e8
18:736

Alguns temas foram estudados somente em publicações que abrangiam diferentes setores da economia, como por exemplo, os relativos à contaminação por asbesto. Ribeiro et al (2008) em estudo que avaliou a prevalência de exposição à sílica, avaliada por peritos, relatam que o grupo com maior porcentagem de expostos é o da construção civil (65%)¹⁹. Estudos que investigam os riscos de câncer ocupacional são fundamentais para identificar riscos, fatores associados à exposição ocupacional e medidas de prevenção. Vários artigos abordam este tema, porém, não foram incluídos na revisão por serem de caráter geral, o que é esperado, devido a sua dimensão.

Em estudo caso controle de base ocupacional, realizado no Canadá por MacArthur et al (2009), no qual foi estudado o risco de câncer ocupacional de pulmão pela análise do subtipo histopatológico os autores identificaram “elevação no risco de câncer de célula escamosa em empresas de construção (OR= 1.25, 95% CI, 1.06-1.48)”. Os autores concluíram que foi observado “excesso de risco de câncer para ocupações envolvendo exposição aos metais, carbonetos poliaromáticos e asbestos”^{20:221}.

Em estudo que analisou características ocupacionais de doenças, na Holanda, relacionados ao asbesto foi analisado período de dez anos, relativo a dados do arquivo de empresas de advocacia, totalizando 710 casos de mesotelioma e 86 de asbestose. Um importante aspecto destacado é que a “média do período de latência foi de aproximadamente 40 anos e a média de duração da exposição de 22 anos”. O setor de construção e reparo naval foi o mais afetado (27% do total), seguida pela indústria da construção (14%). Os autores destacam ainda que nos casos em que a primeira exposição ao asbesto ocorreu após 1960, “foi observada mudança da indústria primária de asbestos para indústrias que o utilizam, como construção, refinamento de petróleo e construção e manutenção de trens”. Como o período de latência é extenso, a

“exposição ao asbesto entre 1960 a 1980 causará aumento dos casos de mesotelioma nas próximas duas décadas” ^{21:485}.

Outro importante fator de risco é o relativo ao trabalho em turno, também não incluído na revisão por abranger diferentes setores.

Em estudo longitudinal de um período de 13 anos foi analisada “amostra de aproximadamente 11 mil trabalhadores, com idade entre 22 e 43 anos, usada para calcular o risco de acidente por ocupação e classificação industrial”. Os autores relataram que um dos setores com “maior risco de acidentes relacionados ao trabalho” [...] foi o da construção, que trabalhava no horário noturno ^{22:1185}.

Outro problema relatado foi o de queimaduras oculares, analisado por meio de revisão de prontuário de pacientes atendidos no Ambulatório de Oftalmologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Augusto Netto et al. (2005) identificaram que o grupo de maior prevalência foi o da construção civil (33,3%), entre os 162 casos atendidos no Ambulatório. Entre os ‘agentes causadores’ destacaram-se os associados ao trabalho – “energia radiante (29,6%) e cal associada a cimento (21%)” ^{23:80}.

São limitações do estudo a consulta somente de periódicos indexados ou que integram bases de dados e/ou coleções online, não tendo sido consultada *grey literature*; e que não foram objeto do estudo a consulta a banco de dissertações e teses.

Conclusão

A maior parte dos estudos analisados discutiu questões relativas à segurança no trabalho/riscos e acidentes de trabalho. Poucos estudos eram para grupos específicos de trabalhadores da construção civil, como pedreiro, encanador, eletricista, carpinteiro, entre outros.

O adoecimento mais citado foi o câncer – pele, pulmão e mieloma.

Os riscos mais prevalentes foram os de acidentes de trabalho e os relativos a segurança do trabalho.

Em relação aos países nos quais foi realizado o estudo ou de origem do autor não havia artigos do continente Africano nem da Oceania. Havia um artigo da Austrália que não atendeu aos critérios de inclusão.

Foi identificado *gap* de divulgação do conhecimento em relação a estudos de base nacional, tanto no Brasil quanto em países da América do Sul e Latina.

Referências

1 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa anual da indústria da construção. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2009. 95p.

2 European Agency for Safety and Health at Work. New and emerging risks in occupational safety and health. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Community; 2009.

3 European Agency for Safety and Health at Work. Bilbao Declaration - Building in safety. European Construction Safety Summit. 2004. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/publications/corporate/20041122>. Acesso em 2 jan 2012.

4 Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Normas Regulamentadoras. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR18/NR18atualizada2015.pdf>. Acesso em 2 out 2016.

5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008. 2 ed.

6 Costa LR. Subcontratação e informalidade na construção civil, no Brasil e na França. Cad CRH. Ago 2011;24(62):413-34.

7 Iriart JAB, Oliveira RP, Xavier SS, Costa MAS, Araujo GR, Santana VS. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Fev 2008;13(1):165-74.

8 Punnet L, Wegman DH. Work-related musculoskeletal disorders: the epidemiologic evidence and the debate. *J Electromyogr Kinesiol*. 2004 Feb;14(1):13-23.

9 Fonseca ED, Lima FPA. Novas tecnologias construtivas e acidentes na construção civil: o caso da introdução de um novo sistema de escoramento de formas de laje. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2007;32(15):53-67.

10 Mangas RMN, Gómez CM, Thedim-Costa SMF. Acidentes de trabalho fatais e desproteção social na indústria da construção civil do Rio de Janeiro. *Rev Bras Saúde Ocup*, 2008;33(118):48-55.

11 Katsakiori P, Manatakis E, Goutsos S, Athanassiou G. Factors attributed to fatal occupational accidents in a period of 5 years preceding the Athens 2004 Olympic Game. *Int J Occup Saf Ergon*. 2008;14(3):285-92.

12 Smith CK, Silverstein BA, Bonauto DK, Adams D, Fan ZJ. Temporary workers in Washington state. *Am J Ind Med*. 2010;53(2):135-45.

13 Jackson GB. Methods for integrative reviews. *Review of Educational Research*. 1980;50(3):438-60.

14 Ganong LH. Integrative reviews of nursing. *Res Nurs Health*. 1987;19(1):1-11.

15 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008;17(4):758-64.

16 Rodrigues RTF, Lacerda RA, Leite RB, Graziano KU, Padilha KG. Enfermagem transoperatória nas cirurgias de redução de peso: revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enf USP* 2012;46(Esp):138-47.

17 Santana VS, Oliveira RP. Saúde e trabalho na construção civil em uma área urbana do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(3):797-811.

- 18 Arcury TA, Mills T, Marin AJ, Summers P, Quandt SA, Rushing J et al. Work safety climate and safety practices among immigrant Latino residential construction workers. *Am J Ind Med.* 2012;55(8):736-45.
- 19 Ribeiro FSN, Camargo EA, Algranti E, Wünsch Filho V. Exposição ocupacional à sílica no Brasil no ano de 2001. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(1):89-96.
- 20 MacArthur AC, Le ND, Fang R, Band PR. Identification of occupational cancer risk in British Columbia: a population-based case-control study of 2,998 lung cancers by histopathological subtype. *Am J Ind Med.* 2009;52(3):221-32.
- 21 Burdorf A, Dahhan M, Swuste P. Occupational characteristics of cases with asbestos-related diseases in The Netherlands, *Ann Occup Hyg.* 2003;47(6):485-92.
- 22 Dembe AE, Delbos R, Erickson JB. The effect of occupation and industry on the injury risks from demanding work schedules. *J Occup Environ Med.* 2008;50(10):1185-94.
- 23 Augusto Netto A, Aguiar UJ, Rodrigues IK, Astolfi M, Neumaier R, Santa Ritta RAR. *ACM Arq Catarin Med.* 2005;34(4):80-4.

Câncer relacionado ao trabalho – conhecer para prevenir

Valesca Nunes dos Reis

O trabalho representa uma dimensão fundamental da vida de todo indivíduo, independente de raça, gênero, classe social, idade e cultura, por ser um veículo de desenvolvimento pessoal e profissional. Porém, o processo de trabalho pode, em algumas situações, se constituir em risco para a saúde, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias, políticas e práticas de controle e intervenção que visem à promoção da saúde e bem-estar dos trabalhadores. É fundamental que sejam estabelecidos critérios, normas e legislação que diminuam e/ou eliminem o adoecimento e mortes decorrentes da prática laboral.

Quando iniciamos em um emprego, seja este o primeiro ou não, pensamos apenas nos benefícios que podem nos proporcionar, sem nos preocuparmos com os riscos e perigos que podem estar associados ao ambiente no qual o trabalho é desenvolvido e/ou ao processo do trabalho propriamente dito.

É preciso CONHECER e estar ATENTO aos riscos que podem estar presentes no ambiente de trabalho e que podem resultar em adoecimento ou mesmo na perda da vida. A saúde é um bem muito precioso que deve ser preservado! E para que isso aconteça, é preciso ter ciência dos riscos que estão associados a exposição do trabalhador a agentes e substâncias tóxicas durante sua vida laboral.

Os danos à saúde que podem estar relacionados ao trabalho independem se a atividade laboral é formal ou informal, rural ou urbana, pública ou privada; se o trabalhador é assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativado, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado.

*Bolsista DINTER – Unicamp/ Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF.

O intenso desenvolvimento tecnológico, acompanhado pelo crescente desenvolvimento industrial e econômico, acelerado pelo processo de globalização e produção de conhecimento em larga escala, fez com que mudanças significativas no processo de trabalho influenciassem negativamente o processo de saúde e doença dos indivíduos. As implicações dessas modificações se expressam em alterações biológicas e genéticas no organismo dos trabalhadores, que podem ocasionar doenças agudas e crônicas, deficiência física e mental temporária ou permanente, ou, até mesmo a morte.

E qual é o papel do empregador nesse contexto?



VOCÊ SABIA QUE UMA DESSAS DOENÇAS PODE SER O CÂNCER?

SIM! O **CÂNCER** é uma das inúmeras doenças que podem estar associadas ao trabalho. Há duas classificações ⁽¹⁾ para esse tipo de câncer:

- **CÂNCER OCUPACIONAL:** quando existe relação direta com condições de trabalho específicas, ou seja, o trabalho é a causa necessária para a ocorrência da doença, **MESMO APÓS A CESSAÇÃO DA EXPOSIÇÃO.**

Ex: **Osteossarcoma** – exposição à **radiação ionizante**

Mesotelioma de pleura – exposição ao **asbesto**

• **CÂNCER RELACIONADO AO TRABALHO:** tem sua frequência, surgimento ou gravidade modificado pelo trabalho, ou seja, o trabalho funciona como um fator de risco que está associado com uma probabilidade aumentada de ocorrência da doença, **MESMO APÓS A CESSAÇÃO DA EXPOSIÇÃO.**

Muitos fatores de risco podem causar câncer, como o envelhecimento, história familiar, tabagismo, alcoolismo, má alimentação, sedentarismo, agentes infecciosos (vírus e bactérias), poluição ambiental, radiação ultravioleta e obesidade. Além desses, alguns trabalhadores estão expostos a agentes cancerígenos, seja de natureza química, física ou biológica, no ambiente de trabalho⁽²⁻⁴⁾. A interação entre esses diversos fatores determinam o risco individual de desenvolver o câncer.

As causas para que o câncer se desenvolva podem ser:

- **Externas:** meio ambiente, hábitos e estilo de vida, costumes próprios de uma sociedade;

- **Internas:** ligadas à capacidade do organismo de se defender de agressões externas, influenciados pela idade, gênero (masculino ou feminino), etnia (branco, negro, índio, asiático...) e herança genética.

- Existem atualmente **117 agentes comprovadamente cancerígenos** para humanos classificados pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer da (*International Agency for Research on Cancer*, 2015) da Organização Mundial da Saúde, e outras 361 substâncias com probabilidade e possibilidade de serem cancerígenos⁽⁵⁾. Os principais agentes encontrados no ambiente de trabalho são: **ASBESTO (AMIANTO), HIDROCARBONETO POLICÍCLICOS AROMÁTICOS, METAIS PESADOS (ARSÊNIO, BERÍLIO, NÍQUEL, CROMO, CÁDMIO), FORMALDEÍDO, RADIAÇÃO IONIZANTE, SOLVENTES ORGÂNICOS (BENZENO, TOLUENO e XILENOS) e SÍLICA^(1,6).**

E quais são as principais vias de exposição aos agentes cancerígenos?



Via **ORAL**



Via **INALATÓRIA**



Via **CUTÂNEA**

Os principais tipos de câncer relacionados ao trabalho são:



PULMONAR



MESOTELIOMA



BEXIGA



LEUCEMIA



LARINGE



PELE



NARIZ E CAVIDADE NASAL

Fonte: WHO⁽²⁾; IRIGARAY et al.⁽⁹⁾.

É importante conhecer em quais ambientes de trabalho essas substâncias estão presentes e qual o tipo de câncer que elas ocasionam. Entre as principais áreas de ocupação que tem em seu processo de trabalho elevado risco de causar o câncer, destacamos: agricultura, construção civil (pedreiro, pintor, electricista...),

A **exposição** a uma **pequena dose** de qualquer substância cancerígena em um **curto espaço de tempo e frequência** já pode ser suficiente para desenvolver o **CÂNCER!**

profissionais da área da saúde (profissionais de enfermagem,

técnico em radiologia, radiologista...), indústria química e petroquímica, mecânica de automóveis, mineração, profissionais da estética e cosmética, marcenaria e carpintaria^(1,7,8).

E como o **Câncer Relacionado ao Trabalho** pode ser **PREVENIDO?**

- Remover os agentes cancerígenos do ambiente de trabalho,
- Controlar rigorosamente a exposição do trabalhador aos agentes cancerígenos, principalmente por meio uso adequado de EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI),
- Impedir o acúmulo de agentes cancerígenos no ambiente de trabalho, bem como no meio ambiente/ar atmosférico,
- Realizar periodicamente exames médicos dos trabalhadores e ações educativas de segurança, prevenção e promoção da saúde,
- Vigilância por parte de órgãos públicos e da sociedade civil, de empresas, indústrias e atividades que utilizam agentes cancerígenos no processo de trabalho.

É importante destacar que o tempo entre a exposição ao agente cancerígeno e o desenvolvimento do câncer pode ser longo, podendo levar de dez a 50 anos. Por isso, é fundamental saber que tipos de agentes, misturas e/ou substâncias podem causar a doença e, assim, evitar a exposição.

Quando nos deparamos com um diagnóstico de câncer é imprescindível relatar ao profissional de saúde quais ocupações, atividades desenvolvidas e quais substâncias houve contato no ambiente de trabalho ao longo da vida, para que possa ser identificada corretamente a causa do câncer. O histórico ocupacional deve ser sempre relatado em qualquer situação de adoecimento, pois a exposição pode ter ocorrido no primeiro emprego e mesmo assim ser a responsável pelo desenvolvimento da doença mesmo transcorrido muitos anos.

Essa atitude contribui para viabilizar a construção de legislação e políticas que viabilize a prevenção dos cânceres profissionais ao gerar informações mais exatas sobre os fatores associados a ocorrência da doença.

Quanto estiver buscando colocação no mercado de trabalho

**IDENTIFIQUE OS RISCOS E VEJA SE O EMPREGADOR
CUMPRE COM A LEGISLAÇÃO DE SAÚDE E SEGURANÇA
NO TRABALHO**

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho. Rio de Janeiro: Inca; 2012.
2. World Health Organization. Final meeting report of the WHO First International Conference on Environmental and Occupational Determinants of Cancer: Interventions for Primary Prevention [Internet]; 2011 Mar 17-18; Asturias (Avilés and Gijón): WHO; 2011 [cited 2015 Feb 10]. Available from: http://www.who.int/phe/news/events/international_conference/meeting_report.pdf
3. Straif K, Benbrahim-Tallaa L, Baan R, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, et al. A review of human carcinogens--Part C: metals, arsenic, dusts, and fibres. *Lancet Oncol*. 2009 May;10(5):453-4.
4. El Ghissassi F, Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, Bouvard V, et al. A review of human carcinogens--part D: radiation. *Lancet Oncol*. 2009 Aug;10(8):751-2.
5. International Agency for Research on Cancer. Agents classified by the IARC monographs, volumes 1–113 [Internet]. Lyon: IARC; 2015 [cited 2015 Oct 05]. Available from: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/index.php>
6. World Health Organization. Environmental and occupational cancers. Fact sheet n. 350 [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2015 Jan 13]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs350/en/>.
7. Kuhl K, Lißner L, Kooperationsstelle Hamburg IFE GmbH. Work-related cancer [Internet]. 2015 [cited 2015 May 30]. Available from: http://oshwiki.eu/wiki/Work-related_cancer.
8. International Agency for Research on Cancer. Chemical agents and related occupations volume 100 F: A review of human carcinogens [Internet]. Lyon: IARC; 2012 [cited 2015 Jan 21]. Available from: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100F/mono100F.pdf>
9. Irigaray P, Newby JA, Clapp R, Hardell L, Howard V, Montagnier L, et al. Lifestyle - related factors and environmental agents causing cancer: an overview. *Biomed Pharmacother*. 2007 Dec; 61(10):640-58.

What is psychological well-being and how it changes throughout the employment cycle?

Stanimira Taneva

“If you have health, you probably will be happy, and if you have health and happiness, you have all the wealth you need, even if it is not all you want.” (Elbert Hubbard)

Psychological well-being at work

Nowadays, there is much evidence about the importance of psychological well-being in the workplace. Research has demonstrated consistently that employee’s well-being is positively associated with physical health and is a strong predictor of high individual work performance as well as of some outcomes at organisational level (e.g. customer satisfaction, productivity, profitability and employee turnover). Overall, it is known that employees with high levels of psychological well-being perform better at work than those with lower levels of psychological well-being. However, researchers do not always agree on what exactly well-being means and how it can be measured.

There are at least two broad approaches, which originate from positive psychology, to measuring the impact of well-being. The first one (also known as “hedonic”) is mostly about being happy or “feeling good”, i.e. explains well-being in terms of experiencing positive feelings (affects and emotions). A typical example of this interpretation is the exploration of job satisfaction and affects at work. The second approach (also referred to as “eudaimonic”) emphasises the importance of having a purpose in well-being. In other words, it assumes that people cannot truly enjoy their life (and work), unless

they are able to achieve important life/ work goals. For instance, a person would probably not be pleased with a job which (s)he finds pointless.

Based on these two approaches, the most recent definition of psychological well-being at work incorporate both the degree to which employees experience positive emotions and the extent to which they experience meaning and purpose in their work. Thus, psychological well-being can have various aspects, some of which framed specifically within a work context (e.g. positive feelings at work, job satisfaction, experience of vitality and sense of development at work) and others, having a much broader meaning (e.g. overall personal growth, positive relations with others, self-acceptance, autonomy).

Age-related changes in psychological well-being

Individuals' emotions and overall experiences of psychological well-being tend to change with age and over the employment cycle. For instance, a large-scale study by Birdi, Warr and Oswald (1995) with employees aged between 18 and 64 years in 9 countries revealed that employees' overall job satisfaction was higher for both younger (up to the age of about 26 years) and older (aged 50-55 years and over) workers, compared with middle-aged workers. In addition, the group of middle-aged workers reported more negative feelings, associated with job stress, than the groups of younger and older workers.

There could be a number of factors, accountable for these results. In general, it is possible that younger (compared with middle-aged and older) workers have lower expectations and standards of comparison in terms of how they view their jobs and thus, report more positive feelings. Also, it is possible that with increasing age and experience (e.g. after the age of about 50 years or at the stage of late career) many employees become more influential, move into

more desirable jobs and, therefore express more positive feelings. The lower levels of job satisfaction, coupled with higher levels of job stress for the middle-aged group of workers, could be partly explained with the increased job and overall life pressures (e.g. the necessity to juggle between complex work responsibilities and family commitments).

However, it was assumed that beyond the effects of the contextual/external factors, the observed group differences in job satisfaction were highly attributed to age-related changes in workers' motivation. More specifically, along with systematic age-related changes in individuals' physical state, cognitive capacity (i.e. fluid intelligence), personality, knowledge and experience (i.e. crystallised intelligence), there is an age-related shift in employees' motivation.

The value of extrinsic factors, such as promotion and financial rewards, seems to be (on average) higher for workers at the earlier career stages than for late career workers, while the value of intrinsic factors (e.g. interesting and meaningful jobs, opportunities to develop good work relationships and to contribute to the societal good) increases with age and may become particularly important in late career. Consequently, these changes in employees' motivation lead to changes in their experiences of job satisfaction. Thus, for example late career workers would be likely to experience high job satisfaction even if they don't get promoted, but find their job interesting and meaningful, while this may not be the case for workers at earlier career stages.

Carol Ryff and her colleagues (1995) argued that to be well psychologically well is more than just to be free of distress and mental problems and proposed a complex 6-dimensional model of psychological well-being. The first component, *autonomy*, is the ability to resist social pressures and to make and pursue one's own decisions. *Purpose in life* (the second dimension) is the belief that one's life is purposeful and meaningful. The third element of well-being is *positive relationships* and is about the ability to have warm, satisfying and trusting relationships with others. *Personal growth*

(dimension four) refers to the individual's sense of continued growth and development as a person as well as openness to new experiences. The fifth component, *environmental mastery*, is associated with the capacity to effectively manage one's life and the surrounding world, while the sixth element, *self-acceptance*, is about being able to have a positive evaluation of oneself and one's past life. People with overall high scores on these 6 components are considered as having high psychological well-being. Moreover, a person may have higher scores on some (compared with others) dimensions of psychological well-being.

The six dimensions of well-being have been explored internationally in a number of studies and have been found to vary with age, gender and national culture. For instance, two independent studies with young, middle-aged and old-aged adults in the USA revealed significant age-differences in well-being profiles. *Environmental mastery* and *autonomy* were reported as increasing with age, particularly from young adulthood to midlife. In contrast, *personal growth* and *purpose in life* were found to decrease with age, particularly from midlife to old age. However, *positive relations with others* and *self-acceptance* did not seem to vary with age. One possible interpretation of these age-related patterns would be the presence of important psychological challenges at the different life stages. For example, older people may have less access to opportunities for continued growth and development, which may explain their experiences of less personal growth compared with younger people.

Managing psychological well-being throughout the employment cycle

The examples discussed in the previous section demonstrate that among other factors (e.g. work characteristics, work-life balance, gender, personality and national culture), age-related intra-individual

changes contribute to the changes in employees' psychological well-being. Therefore, pursuing age-diverse management strategies by particularly taking into account age-differences in psychological well-being may contribute to the effectiveness of occupational well-being interventions in organisations.

One way to deal successfully with workers' well-being throughout the whole employment cycle is to consider age differences when designing jobs. Recent research has demonstrated that certain job design characteristics may have a differentiated impact on individual work outcomes (e.g. well-being, work engagement and performance) of employees from different age groups. Thus, some job design characteristics may lead to better outcomes for one age group more than another. Donald Truxillo and his colleagues (2012) made theoretical propositions about the relationships between a number of job characteristics, based on the Work Design Questionnaire (Humphrey and Morgeson, 2006), and employee's job satisfaction (among other outcome indicators). They suggested that the presence of certain job characteristics, such as task variety, feedback from the job, feedback from others, and interaction outside the organisation, may have a more positive impact on job satisfaction for younger (rather than middle-aged and older) workers. Other job characteristics (e.g. job autonomy, skill variety, social support-given, specialization) may be more beneficial for older (than younger) workers.

For instance, *job autonomy* refers to the degree to which a person is able to make and pursue his/her own decisions at work. Younger workers may need less autonomy, because they have to develop their knowledge and experience, while older workers have a greater experience and accumulated knowledge that can be utilized better at higher levels of job autonomy. Thus, older (compared with younger) workers would be more likely to experience greater job satisfaction if they are in relatively more autonomous jobs. Similarly, *specialization* (the extent to which one's job requires specialist skills) and *skill variety* (the degree to which a job demands the use of a

variety of different skills) may be lead to higher job satisfaction for midlife and older (compared with younger) workers. Furthermore, *task significance* (the extent to which one's job is seen as meaningful and influencing other people's lives and work) may be of a greater importance for midlife and older (vs younger) workers, who are likely to be more focused on the meaning in their jobs than gaining work skills or career advancement.

In contrast to the above, *feedback from the job* (the extent to which one gets information about job performance from the job itself) and *feedback from others* (the degree to which colleagues and supervisors provide information about performance) may be more impactful for younger (vs older) workers' job satisfaction, because of younger people's greater interest in career advancement. Also, *task variety* (the extent to which a job requires a wide range of tasks) and *interactions outside the organisation* (the amount of work interactions with people, external for the employment organisation – e.g. customers and business partners) are believed to be more important for younger (compared with other age groups) workers, as higher levels of both of these job design characteristics may allow opportunities for development of useful job skills and networks, leading to career advancement. Therefore, these job characteristics may have more potential to increase job satisfaction of younger (than e.g. older) employees.

In addition to job design, during the past decade there has been an increased interest in how certain Human Resource Management (HRM) practices can contribute to the maintenance and improvement of the well-being and performance of employees from different age groups. For example, a study by Kooij and her colleagues (2013) demonstrated that the use of HRM practices that aim *maintaining* current skills and status at work (e.g. extra leave, reduced working hours, flexible working conditions such as working from home or some forms of shift work, health and safety training, etc.) can boost job satisfaction of older workers especially. However, HRM practices that are focused on employees' *development* (e.g. job enrichment,

training in learning new things, career planning, continuous development of the job) are more important for younger (vs older) workers in terms of their job satisfaction. Moreover, HRM development practices can lead to improved performance for all groups of workers.

In summary, supporting employees' psychological well-being is crucial for managing successfully health and performance in organisations. Therefore, both employees and employers should learn to recognise the signs of positive and negative well-being as well as how to manage it effectively. Moreover, understanding how and why well-being changes over the life course is a key prerequisite for sustainable management of workers' well-being (and performance) throughout the whole employment cycle. Among other factors, age appears to be a significant predictor of well-being. Therefore, considering age-differences in the workplace may be a step forward to improving individuals' well-being in organisations.

Selected references

Birdi, K., Warr, P. & Oswald, A. (1995). Age Differences in Three Components of Employee Well-being. *Applied Psychology*, Vol.44, Issue 4, pp 345–373.

Kooij, D.T.A.M., Guest, D.E., Clinton, M., Knight, T., Jansen, P.G.W., and Dikkers, J.S.E. (2013). How the impact of HR practices on employee well-being and performance changes with age? *Human Resource Management Journal*, Vol 23, no 1, 2013, pp 18–35.

Morgeson, F. P., & Humphrey, S. E. (2006). The Work Design Questionnaire (WDQ): Developing and validating a comprehensive measure for assessing job design and the nature of work. *Journal of Applied Psychology*, 91, pp 1321-1339.

Ryff, C.D. (1995). Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, Vol. 4, No. 4, pp 99-104

Truxillo, D. M., Cadiz, D. M., Rineer, J. R., Zaniboni, S., & Fraccaroli, F. (2012). A lifespan perspective on job design: Fitting the job and the worker to promote job satisfaction, engagement, and performance. *Organizational Psychology Review*, 2, 340–360.

Sustentabilidade como instrumento de consciência ambiental e cidadania

Jose Alecio Fraga Spillari

Um renque de árvores, lá longe, lá para a encosta. Mas o que é um renque d3e árvores? Há árvores apenas. Renque e o plural de árvores não são cousas. São nomes.

Tristes das almas humanas, que põem tudo em ordem,

Que traçam linhas de cousa a cousa,

Que põem letreiros com nomes nas árvores absolutamente reais,

E desenham paralelos de latitude e longitude,

Sobre a própria terra inocente e mais verde e florida do que isso!

Fernando Pessoa (Alberto Caieiro) in O guardador de rebanhos, 1914.

Nos dias atuais ouvimos a palavra sustentabilidade muitas vezes, que parece um pouco complexa, outras vezes, de fácil entendimento. Outras vezes, polêmica e, em outras ocasiões, animadoras.

Mas, afinal, o que é sustentabilidade para nosso cotidiano?

Ela pode ter vários significados, e aqui vamos nos ater sobre a sustentabilidade ambiental como instrumento da cidadania.

É importante apresentar o conceito de sustentabilidade que está relacionado aos aspectos econômicos, sociais, culturais e ambientais, que buscam suprir as necessidades do presente sem afetar as gerações futuras. Trata da qualidade ou propriedade do que é sustentável, do que é necessário à conservação da vida (Etm. Sustentável – vel + bil(i) + dade) e (adj. Do ambiente; relacionado ou próprio do meio ambiente; refere-se ao que envolve o ser humana, os seres vivos e/ou as coisas...)¹ Fonte: Dicio – Dicionário On Line de Português

Além deste, há muitos e vários outros conceitos formais ou informais sobre sustentabilidade. Mas, de nada adianta falarmos sobre sustentabilidade se não tivermos sensibilidade sobre nós e o meio em que vivemos, isto é, a sociedade estabelecida, a família, nossa casa, nosso bairro, nossa cidade.

Assim devemos “ler” o meio (ambiente), no sentido de apreender o conjunto de nossas relações sociais e seus processos naturais, interagindo de modo dinâmico nas dimensões culturais, sociais e naturais na realidade de nossa relação com o ambiente e a sociedade em que estamos inseridos, ou seja, que nascemos, crescemos, vivemos e morremos. De tal modo que a cidadania seja o princípio da instrumentalização de nossas relações em sociedade. Em outras palavras, não basta observar passivamente o entorno, mas educar o olhar na ideia do pertencimento, aprendendo a “ler” e compreender o que se passa em nossa volta.

A sustentabilidade, em outra perspectiva, transcende o universo dos direitos e deveres da cidadania, na escola ou na sociedade, para a construção subjetiva dos direitos humanos, sociais, econômicos, culturais e ambientais. De tal forma que a nossa vida em sociedade, nos direitos básicos de fruição de nosso trabalho e nosso sustento, produz mudanças no contexto do Estado como “ser” responsável e regulatório, pela proteção ambiental.

Mas a sustentabilidade o que é na prática para o cidadão que se depara com essa reflexão na escola, na igreja, no clube ou no trabalho?

É importante compreender que o homem enquanto ser vivente em sociedade pertence a um conjunto, que sobrevive segundo as regras morais e legais que advém da lei e da moral.

Assim, a sustentabilidade como instrumento da cidadania poderá ser assegurada para que nenhum grupo social, seja ele étnico, racial ou de classe, suporte a desproporção das consequências negativas de operações econômicas, de decisões políticas e de programas federais, estaduais, locais, assim como da ausência ou omissão de tais políticas.

Sustentabilidade é assegurar o acesso justo e equitativo, direto e indireto aos recursos ambientais no meio em que vivemos, tanto nas cidades, quanto no campo.

Sustentabilidade é ter amplo acesso às informações relevantes sobre o uso dos recursos naturais (ambientais) e a destinação de rejeitos de localização de fontes de riscos ambientais, os processos democráticos e participativos na definição de políticas públicas, planos, programas e projetos.

É necessário que a sociedade através das instituições, movimentos sociais e organizações populares passem a ser protagonistas para construir modelos alternativos de desenvolvimento sustentável, que assegurem a democratização do acesso aos recursos ambientais e a sustentabilidade do seu uso para que nada falte na fruição desse bem nas sociedades futuras.

Enquanto o homem não for educado ambientalmente para lidar com o meio em que vive, perdurará o descompasso social que acarreta prejuízos ao acesso equânime ao bem ambiental. Mas como visualizar tudo isso... é necessário realizar um estudo? Voltemos ao início, basta observar as nossas cidades nos dias atuais, ausência de árvores, de pássaros, falta de água, rios poluídos, alta concentração das terras férteis, das águas e dos solos nas mãos dos interesses econômicos. A observar tais preceitos estará a sociedade usufruindo da cidadania para a sustentabilidade do meio? Fazendo do ambiente um espaço de construção de justiça e não apenas de realização da razão utilitária do mercado.

Não pretendemos esgotar aqui as possibilidades e conceitos que esse termo suscita, pois na história do ocidente, os pré-socráticos (540 a.C.) já se debruçavam em explicações de como o ser humano apreende o mundo (o conhecimento).

Enfim, devemos entender ou compreender a sustentabilidade na ideia de um sujeito (natural) interativo, que não é só receptivo ao que vem do mundo exterior, e nem apenas ativo, impulsionado pelos seus impulsos internos e inatos.

No que se refere ao que discutimos nesse texto, o ser humano na vida em sociedade deve embasar as proposições da construção

do conhecimento em educação ambiental, que foi reconhecida desde a Conferência de Estocolmo (ONU, 1972), como atividade transformadora do Homem nos modos de compreensão e da relação da sociedade com seu entorno.

Uma sociedade sustentável consegue manter o meio natural e o meio artificial em equilíbrio. Compensando o desenvolvimento do capital tecnológico a reduzida depleção natural, permitindo assim o desenvolvimento das gerações futuras.

Por todo o que definimos até aqui, finalizamos destacando que o termo sustentabilidade está ligado às ciências sociais e naturais, como objetivo para alcançar o meio “ecologicamente saudável”. De modo que numa sociedade sustentável o progresso se dá através da qualidade de vida ao invés do puro consumo material. Realizemos, pois essa instrumentalidade cidadã e sustentável na saúde, na educação, na longevidade, maturidade psicológica, num ambiente equilibrado limpo, no espírito comunitário e lazer criativo.

Referência

Declaração da Conferência de ONU no Ambiente Humano. Estocolmo, 5-16 de junho de 1972. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Meio-Ambiente/declaracao-de-estocolmo-sobre-o-ambiente-humano.html>. Acesso em 1.ago 2016.

A mineração e suas implicações na saúde do trabalhador*

Tamires Patrícia Souza

Marli Maria Knorst

José da Silva Moreira

Meio Ambiente e Trabalho em Mineração*

O ser humano é o principal agente transformador do espaço em que vivemos, tornando os ambientes cada vez mais artificiais. Apropriamo-nos dos recursos naturais para suprir nossas necessidades básicas, como a alimentação, a moradia e para impulsionar nossas atividades econômicas.

Os recursos minerais fazem parte do grupo de recursos naturais denominados “não renováveis”, constituídos por rochas com diferentes composições química e mineral. A origem das rochas e minerais está relacionada a processos geológicos naturais, como, por exemplo, vulcanismo, metamorfismo e diagênese. Esses processos perpassam por condições específicas que levam a concentração de substâncias que atuam na caracterização da mineralização. O potencial econômico e de utilização desse mineral dependerá das características adquiridas pela quantidade de concentração de substâncias químicas ou minerais (BETTENCOURT *et al.*, 2000).

Os minerais cristalinos denominados “gemas” ou “pedras preciosas” são de interesse humano há mais de 10 mil anos, e destacam-se pela beleza, cor, dureza, transparência e brilho, e são utilizados principalmente na fabricação de joias.

* Projeto financiado com auxílio FAPERGS e bolsa de mestrado - demanda social da CAPES para a primeira autora.

Entre as principais gemas conhecidas destacam-se a ametista, cristal de rocha, âmbar, granada, jade, jaspe, coral, pérola, serpentina, esmeralda e a turquesa (SCHUMANN, 1983).

O Brasil é um dos grandes produtores mundiais de gemas. A diversidade de terrenos e ambientes geológicos concentra centenas de substâncias minerais, tornando o país autossuficiente na maioria dos produtos minerais. O intercâmbio comercial de produtos de origem mineral pelo Brasil envolve mais de 200 países, o que representa elevado efeito multiplicador na economia. No ano de 2012, cerca de 20% da economia nacional estava relacionada à produção mineral, empregando cerca de 860 mil trabalhadores entre a extração e a transformação (beneficiamento) das gemas (UNCTAD, 2013).

Saúde do Trabalhador

A importância da mineração para a geração de empregos e como componente econômico do país é inegável, contudo, se realizada de maneira inadequada, pode ser responsável pelo adoecimento dos trabalhadores e por danos ambientais graves.

A extração mineral é caracterizada como uma atividade com efeitos lesivos à saúde dos trabalhadores das minas, que sofrem as consequências por manipularem substâncias nocivas (explosivos) e por inalarem poeira mineral que afetam as vias aéreas e podem se acumular no pulmão (Figura 2). As doenças pulmonares que resultam da inalação da poeira mineral são denominadas pneumoconioses. Uma das pneumoconioses mais frequentes no Brasil é a silicose, que é uma doença pulmonar causada pelo acúmulo de poeiras nos pulmões, resultando na ativação de células de defesa (FAGUNDES *et al.*, 2009).

Os principais sintomas são tosse com produção de escarro, por vezes com vestígios de sangue e sensação de falta de ar que evolui progressivamente, inicialmente aos grandes esforços e posteriormente, nas fases mais avançadas, manifestando-se também durante o repouso (FAGUNDES *et al.*, 2009).

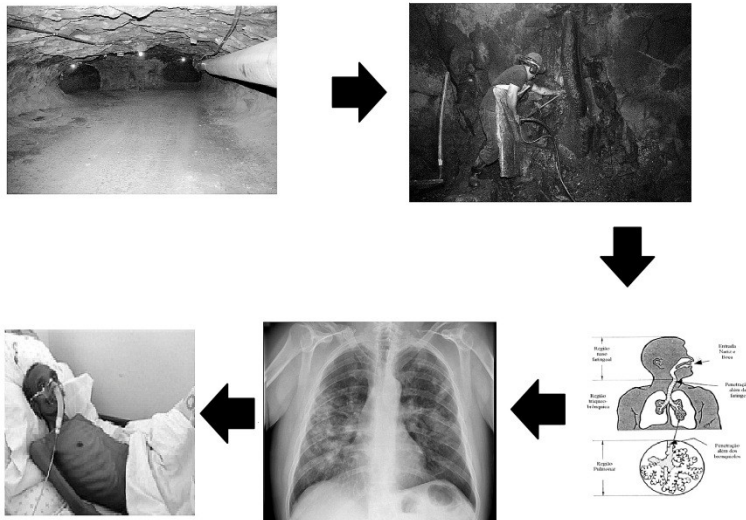


Figura 1. Processo de adoecimento e principais regiões do trato respiratório afetadas pela sílica. Fonte: Adaptado de LIPPMANN (1999).

O diagnóstico de silicose é estabelecido a partir da história de exposição à sílica e presença de nódulos pulmonares (massa esbranquiçada) que podem ser identificados na radiografia de tórax. A função pulmonar pode ser avaliada por meio de testes como a espirometria, o qual serve para medir a quantidade de ar que entra e que sai dos pulmões (IARC 1998).

Os exames para identificar as lesões silicóticas (radiografia de tórax) e para avaliar as repercussões funcionais da exposição (espirometria) devem ser feitos periodicamente. Se for detectada anormalidade compatível com a doença, o trabalhador exposto deve ser afastado do contato com a poeira, ou seja, parar de trabalhar na mineração. Uma vez que a doença pulmonar é confirmada, o tratamento utilizado visa o alívio de sintomas, e nos casos mais avançados, o transplante pulmonar pode ser considerado. Dessa maneira, o objetivo principal do tratamento é prolongar a sobrevivência e melhorar a qualidade de vida dos doentes (FAGUNDES *et al.*, 2009).

Controle de Exposição à Sílica e Prevenção da Silicose

A exposição a qualquer fator no ambiente de trabalho, seja ele, biológico, ambiental ou relacionado à situação econômica, atuando isoladamente ou em interação com fatores genéticos, pode causar dano à saúde do indivíduo. O tempo de exposição é um componente importante para a mensuração, pois tanto a data do início da exposição aos fatores ambientais do trabalho, quanto a duração são cruciais para a avaliação da quantidade acumulada de determinadas substâncias (GONÇALVES *et al.*, 2010).

No Brasil, o Ministério do Trabalho é responsável pelo estabelecimento de normas de segurança para manter a saúde do trabalhador, e pela fiscalização do seu cumprimento. Para tanto, existem algumas normas regulamentadoras (NRs), como a NR-15, que estabelece os limites de exposição no ambiente de trabalho para poeiras minerais de três tipos de substâncias: sílica, asbesto e manganês; A NR-7, que trata do controle médico de saúde ocupacional e prevê a elaboração de um programa de controle médico com o objetivo de promover e preservar a saúde dos trabalhadores e a NR-9, que abrange o programa de prevenção de riscos ambientais, estabelecendo a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, dessa política preventiva de acidentes e de exposição a produtos prejudiciais à saúde (GONÇALVES *et al.*, 2010).

Diversas medidas para controlar a exposição ocupacional foram implementadas no transcorrer dos últimos anos, reduzindo o risco de inalação de poeiras no ambiente de trabalho. Entre as principais medidas consideradas coletivas, pode-se destacar: i) modificações nos processos de produção, nas máquinas e nas ferramentas; ii) implantação de umidificação nas operações que geram poeira; iii) instalação de sistemas de ventilação local exaustora; iv) isolamento ou enclausuramento de fontes geradoras de poeira; v) implantação de programa de manutenção, entre outros processos (Figura 2) (KULCSAR NETO *et al.*, 2010).

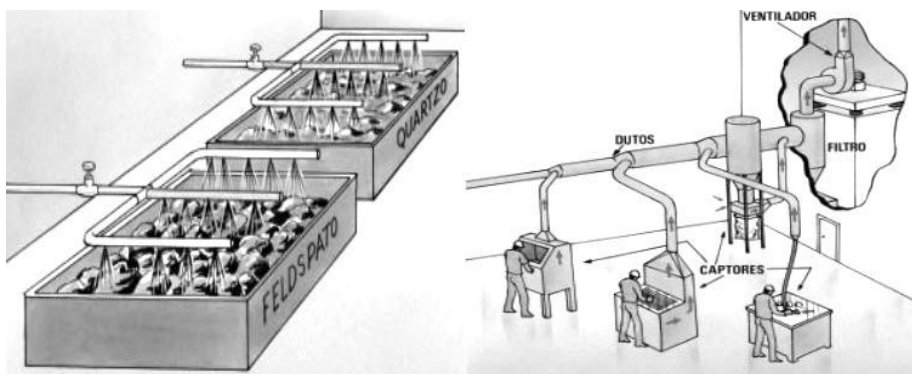


Figura 2: Umidificação dos processos geradores de poeira e sistema ventilação local exaustora.

Fonte: Adaptado de KULCSAR NETO *et al.*, 2010.

As principais medidas pessoais e administrativas envolvem exames médicos periódicos; orientação dos trabalhadores; implantação de procedimentos de segurança e de boas práticas de trabalho; implantação de programa de proteção respiratória

(uso de máscara P53 e umidificação dos processos geradores de poeira); utilização de equipamentos de proteção individual; manutenção da organização e da limpeza; sinalização de advertência, entre outros processos (KULCSAR NETO *et al.*, 2010).

As medidas de exposição nos ambientes de trabalho resultam em valores pontuais de exposição a partículas, enquanto a realidade da exposição ocupacional relaciona-se ao tipo de produção, à tecnologia empregada, à gerência de risco e à organização do trabalho, condições que, isoladamente ou em conjunto, geram fontes complexas e dinâmicas de exposição. Mensurações ambientais localizadas quando ponderadas pelo tempo médio de exposição resultam na exposição cumulativa, ocasionando assim, diferentes níveis de lesão pulmonar (KULCSAR NETO *et al.*, 2010).

Em conclusão, para que haja controle da exposição à poeiras no ambiente de trabalho é necessário que medidas efetivas, tanto de abrangência coletiva como de proteção individual sejam implementadas. Adicionalmente, os trabalhadores devem estar cientes do risco da exposição ocupacional e da necessidade do uso

pleno das medidas e equipamentos de prevenção. Ainda, é necessário que haja uma fiscalização rigorosa das condições de trabalhos e que os trabalhadores sejam periodicamente examinados para detecção precoce das doenças decorrentes da exposição.

Referências

BETTENCOURT, J.; MORESCHI, J.B. Recursos Minerais. In: TEIXEIRA, W. et al. (orgs.). **Decifrando a Terra**. São Paulo: Oficina de Textos, 2000.

FAGUNDES, G.; ZANELATO, M. A. **Silicose**: doença pulmonar ocupacional no trabalhador de mineração. [periódico na Internet]. 2009. Acesso em: 06/nov/2015. Disponível em: http://patologiaufvjm.weebly.com/uploads/2/3/4/2/2342487/silicose_1.pdf.

GONÇALVES, L. B.; CRUZ, V. M. C. **Segurança e medicina do trabalho**: lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. São Paulo: Cenofisco Editora, 2010. 18 p.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). Silica some silicates coal dust and para-aramid fibrils. **Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans**. Lyon, v. 68. 1997. 521 p.

KULCSAR NETO, F. GRONCHI, C.C.; SAAD, I.F.S.D.; CUNHA, I.A.; POSSEBON, J.; TEIXEIRA, M.M.; AMARAL, N.C. **Silica**: manual do trabalhador. 2ª ed. São Paulo: Fundacentro, 2010. 61p.

SCHUMANN, W. **Gemas do Mundo**, 2 ed. Traduzido por Rui Ribeiro Franco e Mario Del Rey. Rio de Janeiro: Livro Técnico, 1983.

UNCTAD. Unctadstat. [periódico na Internet]. 2013. Acesso em 06/nov/2015. Disponível em: <<http://unctadstat.unctad.org/>>.

Pessoa com deficiência no ambiente de trabalho

Maíza Claudia Vilela Hipólito

Valéria Aparecida Masson

Inês Monteiro

Gustavo Luis Gutierrez

Vamos conversar sobre a pessoa com deficiência no ambiente de trabalho?

Primeiramente, **você sabe o que é deficiência?**

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência o termo deficiência se refere a toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gera incapacidade para o desempenho da atividade dentro do padrão considerado normal para o ser humano⁽¹⁾.

É considerada pessoa com deficiência (PCD) a que se enquadra em uma ou mais categorias: deficiência física, visual, auditiva e mental.

Antigamente, nos séculos XVII até XIX as PCD eram abandonadas, perseguidas e institucionalizadas, pois acreditava-se que eram amaldiçoadas. A partir do século XX surgiram

associações, e o governo criou leis em prol da PCD, minimizando o estigma existente em relação ao grupo.

Devido ao preconceito em relação a pessoa com deficiência a denominação utilizada para se referir às pessoas com alguma limitação física, mental ou sensorial admitiu vários formatos ao longo dos anos. Inicialmente eram os “inválidos”, “incapazes”, “mongoloides”, “excepcionais” e “pessoas deficientes”. Atualmente a denominação correta é **“pessoa com deficiência (PCD)”**⁽²⁾.



Dentre as leis criadas em favor da PCD, há a Lei 8.213/91, no ano de 1991, conhecida como Lei de Cotas. Tal lei afirma que deverá existir (re)educação e (re)adaptação profissional para que a PCD seja inserida no mercado de trabalho e as empresas privadas com mais de 100 funcionários devem preencher entre 2 e 5% de suas vagas com trabalhadores que tenham algum tipo de deficiência⁽³⁾.

No Brasil, segundo censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), existem aproximadamente 46 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, o que representa 24% da população brasileira. Do total de vínculos empregatícios no país, 0,7% é formado por pessoas com deficiência (PCD), tendo havido elevação de 286,6 mil vínculos empregatícios no ano de 2009 para 306,0 mil em 2010⁽⁴⁾.

Observa-se, por meio dos dados do censo realizado pelo IBGE, em 2010, que o número de PCD que trabalha no país é pequeno, apesar da lei existir há mais de 20 anos.

Porque isso ocorre?

Vamos listar os principais motivos:

- Preconceito em relação a PCD.

Algumas pessoas acreditam que a PCD é incapaz de trabalhar e, devido a isso, não contratam pessoas do grupo;

- Quantidade de PCD não condiz com o número de empresas suficientes para contratá-los.

Além disso, a lei não determina qual o tipo de deficiência que as empresas precisam contratar, sendo assim, as mesmas optam pelas que são mais convenientes;

Empregadores referem mão de obra desqualificada;

- Adaptações no ambiente físico para a PCD ter acesso e se manter no ambiente de trabalho.

Diante dos motivos citados acima, que dificultam o acesso e permanência da PCD no local de trabalho, como as PCD se sentem em relação a essa realidade?

O trabalho é essencial na vida das pessoas, não somente pelo retorno financeiro, mas pelo valor moral que assume em nossa cultura. Portanto, as PCD se sentem úteis, satisfeitas, por poderem exercer uma atividade remunerada, facilitando dessa maneira, o acesso aos bens culturais, artísticos e educacionais.

A atividade laboral proporciona ainda o convívio com outras pessoas, ampliando a inserção da PCD na sociedade.

Contudo, observa-se que há lacunas que dificultam o acesso e permanência das PCD no local de trabalho. O estigma existente em relação ao grupo precisa ser eliminado uma vez que as PCD possuem limitações, porém são tão capazes quanto uma pessoa sem deficiência.

Quanto ao poder público, há a necessidade de estabelecer leis mais assertivas e fiscalizá-las.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília (DF): MS; 2008.
2. BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. A inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/fisca_trab/inclusao/default.asp>.
3. BRASIL. Ministério da Casa Civil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências, Brasília, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8/213cons.htm>.
4. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico do ano 2010. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/node>>.

Violência no trabalho: por que é importante saber sobre isso?

Maiara Bordignon

Este capítulo se destina a apresentar alguns aspectos da relação entre violência e trabalho.

Você já deve ter lido ou ouvido falar algo a respeito da violência relacionada ao trabalho, que pode ser expressa por meio de agressões físicas, abusos verbais, assédio moral, assédio sexual, dentre outros, cada qual com suas particularidades conceituais e concretas.

É sobre este tema – violência no trabalho – que este capítulo se centra. Mas, você deve se perguntar a importância de saber sobre isso.

Conhecer mais acerca desta questão é importante para que as pessoas que estão na formação profissional, que adentraram no mercado de trabalho, ou que nele estão há algum tempo, sejam capazes de reconhecer situações de violência relacionadas ao trabalho, quando direcionadas a si ou a um colega, e adotem as medidas cabíveis; e ainda, para que ocorra a autoavaliação das próprias condutas para que não atinjam negativamente outras pessoas.

Episódios de violência, que se traduzem em humilhações, agressões, constrangimentos, dentre outros, podem estar presentes em diferentes locais de trabalho, sejam públicos, privados⁽¹⁾ ou informais e podem gerar prejuízos:

- ao **Trabalhador**: vítima da violência, pelos impactos físicos e mentais, podendo levar à depressão e ao suicídio.

- à **Empresa**: em decorrência dos efeitos (perda da concentração, por exemplo) que podem reduzir a qualidade do

* Bolsista CAPES – bolsa de doutorado - demanda social

trabalho, além da demanda extra de recurso em caso de afastamento de trabalhadores, incluindo o recrutamento e capacitação de novos funcionários.

- à **Família**: por estar próxima da vítima, vivencia os danos decorrentes da violência.

- à **Sociedade**: pelo aumento do número de afastamentos do trabalho e da demanda por assistência à saúde, bem como, pelas possíveis implicações negativas da violência sobre as atividades desenvolvidas pelo trabalhador e que são usufruídas pela população, como no caso dos serviços de saúde.

Esses são alguns dos exemplos de prejuízos que podem ser causados pela violência no trabalho, demonstrando que o fenômeno pode ser significativamente danoso.

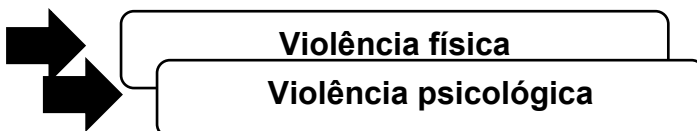
Por isso, este capítulo tem por objetivo apresentar alguns aspectos conceituais da violência no trabalho e algumas considerações acerca da prevenção destes eventos no local de trabalho.

O que é violência no trabalho?

Há na literatura diferentes formas de abordagem do conceito de violência e seus desdobramentos.

A violência no trabalho pode ser entendida como os incidentes nos quais os trabalhadores são intimidados, ameaçados, agredidos ou vítimas de outros comportamentos ofensivos em circunstâncias que estão relacionadas com o trabalho que realiza.⁽²⁾

Ela se manifesta na forma de violência física ou de violência psicológica, podendo ocorrer isolada ou concomitantemente.⁽³⁾ Pode, ainda, não ocorrer em apenas um único incidente, mas se manifestar em pequenos incidentes repetidos.⁽³⁾ As palavras negativas e em alto tom, os olhares de reprovação, as críticas constantes e exageradas ao trabalho desenvolvido são exemplos de atos que podem deixar marcas tão profundas quanto, ou, até maiores que um incidente de violência física.



Violência física

A violência física ocorre quando se utiliza da força física contra uma pessoa ou um grupo, por meio de atos como empurrar, puxar, chutar, arranhar e/ou outros.^(3,4)

Violência psicológica

A violência psicológica, também conhecida por violência não-física, envolve, dentre outros, o abuso verbal, o assédio e as ameaças.⁽³⁾ Costuma ser mais comum que a violência física⁽⁵⁾ e consiste, muitas vezes, em ações repetidas, indesejáveis e impostas⁽²⁾ que podem ter impacto maior do que a violência física.⁽⁴⁾

Abuso verbal

O abuso verbal no trabalho ocorre quando alguém grita com o trabalhador, não demonstrando respeito pelo valor e dignidade deste.⁽⁶⁾

Assédio moral

O assédio moral é um comportamento persecutório, cruel e mal intencionado, que visa humilhar um indivíduo ou grupo de trabalhadores, por meio de observações negativas, isolamento social ou disseminação de informações falsas.⁽²⁾ Embora pareça ser mais comum o assédio praticado pelo(s) chefe(s) em direção ao(s) funcionário(s), conhecido como assédio descendente, há o assédio entre colegas de trabalho, também chamado de assédio horizontal⁽⁷⁾ e de funcionários em direção ao chefe (assédio ascendente).

Esta modalidade, por assim dizer, não acontece de modo pontual. É “uma conduta abusiva, frequente e repetitiva, que se manifesta por meio de palavras, atos, gestos, comportamentos ou de forma escrita, que humilha, constrange e desqualifica a pessoa ou um grupo”^(1:10) por algum tempo.

Marie-France Hirigoyen, que tem contribuições importantes nesta área, destaca que é normal que haja conflitos em um grupo. Por exemplo, um instante “de irritação ou mau humor não é significativo, sobretudo se vier acompanhado de um pedido de desculpas. É a repetição de vexames, das humilhações, sem

qualquer esforço no sentido de abrandá-las, que torna o fenômeno destruidor” (7:66)

São alguns exemplos de *conduta que quando ocorrem repetidas vezes contra um trabalhador ou grupo de trabalhadores, com o objetivo de desmerecê-lo(s) ou diminuí-lo(s) frente aos demais e de afastá-lo(s) do trabalho*, podem sugerir a ocorrência de assédio moral:⁽¹⁾

- Críticas injustas e/ou exageradas ao trabalho desenvolvido;
- Atribuição de tarefas que são inferiores ou superiores às competências do trabalhador;
- Não compartilhamento de informações úteis à realização do trabalho;
- Impedir que o trabalhador tenha acesso às ferramentas necessárias para a realização do trabalho (exemplo: computador, mesa, e outros);
- Pressão para que não se faça valer os direitos do trabalhador, como férias, licenças etc).
- Induzir o trabalhador a cometer erros durante a execução de suas tarefas;
- Danificar o espaço em que o trabalhador trabalha e/ou os seus pertences;
- Restrições ao desenvolvimento profissional;
- Inexistência de diálogo entre chefe/supervisor e o trabalhador;
- A presença do trabalhador na equipe é ignorada e é separado dos demais membros;
- Realização de insinuações que desqualificam o trabalhador ou de gestos de desprezo;
- Proibição dos trabalhadores de conversarem entre si;
- Espalhar rumores referentes ao trabalhador e/ou expor criticamente a sua vida pessoal;
- Fazer zombaria dos aspectos físicos, socioeconômicos ou regionais do trabalhador;
- Ofender o trabalhador com palavras degradantes;
- Desconsiderar os problemas de saúde do trabalhador ou as recomendações médicas;
- Seguir o trabalhador e espioná-lo etc. Fonte: Brasil, 2014⁽¹⁾.

Assédio sexual

O assédio sexual é a tentativa de obter favores sexuais por meio de condutas indesejadas, reprováveis e rejeitáveis.⁽¹⁾

Na maioria dos casos, os assediadores são homens que assumem o papel de fiscalização ou se encontram em nível superior de hierarquia em relação à vítima.^(4,7)

O(a) assediador(a) pode condicionar o favor sexual à continuidade da vítima no emprego, por exemplo⁽¹⁾, de tal modo que esta, por medo de perder seu vínculo empregatício, pode não se opor ao assédio, evitando apresentar as queixas formalmente.⁽⁴⁾

Ameaças

Na ameaça, promete-se utilizar da força física ou do poder o que resulta em medo de sofrer danos físicos, sexuais, psicológicos e/ou outros por parte do indivíduo ameaçado.⁽³⁾

Estas são algumas definições em torno da violência no trabalho que, ao se analisar este fenômeno a fundo ou sob a perspectiva de outros referenciais, pode ter conceitos e desdobramentos ampliados.

Considerações acerca da prevenção da violência no trabalho

Se analisadas as condições de trabalho e de vida inicial dos trabalhadores, entende-se que conquistas significativas já foram alcançadas na relação indivíduo-trabalho e no campo da saúde do trabalhador. No entanto, em determinados locais, as más condições e as relações precárias de trabalho ainda permanecem.

Condição de trabalho se refere ao ambiente físico (temperatura, barulho, altitude...), químico (gases tóxicos, poeiras e fumaças...), biológico (bactérias, fungos, parasitas...) e aspectos

relacionados à higiene, segurança e antropometria do posto de trabalho.⁽⁸⁾

A organização de trabalho diz respeito à “divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa [...], o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade etc”,^(8:29) e acredita-se que nela reside também grandes desafios atuais do mundo do trabalho, com impacto tão significativo quanto as condições de trabalho.

Neste contexto se insere a violência no trabalho, cuja ocorrência pode estar associada à fragilidade das questões de segurança no ambiente de trabalho, das relações conflituosas entre trabalhadores e supervisores ou clientes etc. Assim, entende-se que conhecer a gênese da violência no local de trabalho é um dos pontos fundamentais para agir e, por isso, a análise dos motivos relacionados à violência ocupacional é altamente indicada por especialistas.⁽⁵⁾

A existência de informações acerca dos aspectos do trabalho e da ocorrência de situações de violência relacionadas ao trabalho é um desafio importante para a construção de um perfil que apresente a realidade local, regional e nacional e oriente a adoção de condutas adequadas para a mitigação da violência contra o trabalhador.

A análise das Comunicações de Acidente de Trabalho (CAT), por exemplo, permite a avaliação das agressões sofridas pelo trabalhador,⁽⁹⁾ o que justifica a relevância do adequado preenchimento destas comunicações.

Embora a temática da violência no trabalho tenha obtido, nos últimos anos, maior atenção da mídia, comunidade científica, trabalhadores e dos órgãos de classe, muito se tem a fazer.

• **Relacionadas à gestão**⁽¹⁰⁾

- Gestão aberta ao diálogo, que prime pelo cuidado e respeito a dignidade dos trabalhadores, pode contribuir para a quebra do silêncio que muitas vezes envolve as situações de violência;
- Fornecer informações suficientes para que o trabalhador consiga desempenhar sua tarefa e desenvolver suas competências;
- Ter fácil acesso dos trabalhadores ao pessoal de apoio ou membros da equipe;
- Manter a presença adequada de trabalhadores em atuação, considerando número e qualificação;
- Capacitação dos trabalhadores e supervisores para lidarem com possíveis situações de violência no trabalho⁽¹⁰⁾, dentre outras.

Considerando a violência no trabalho nas conformações destacadas anteriormente, algumas possibilidades de intervenção e/ou prevenção da violência no local de trabalho, são apresentadas a seguir. Optou-se por apresentá-las, neste texto, em dois tópicos: as relacionadas à gestão e ao ambiente. No entanto, devem-se considerar as situações específicas de cada local de trabalho, para assim intervir de modo mais eficaz.

Ainda em caso de assédio moral no trabalho busque reunir documentos que podem auxiliar na comprovação de sua ocorrência, como e-mails, anotações que descrevam a data, o nome do agressor, o conteúdo da conversa e se houve testemunhas etc. Evite conversar sozinho (sem testemunhas) com o agressor.⁽¹⁾

Para pensar...

Quantos anos da sua vida você dedicará ao trabalho? Quantos dias? E minutos? Com certeza, serão vários.

Relacionadas ao ambiente⁽¹⁰⁾

Evitar o trabalho realizado de forma mais isolada, principalmente no caso das mulheres e àqueles que trabalham no período noturno. Se não for possível, buscar manter contato com estes trabalhadores;

Aglomerações de pessoas deve ser evitada e o tempo de espera dos clientes, por exemplo, deve ser reduzido ao mínimo;

- Ambiente de trabalho com estrutura e equipamentos bem conservados, com ruído ou odor mínimo, boa ventilação, e cores relaxantes, quando possível, ajudam a evitar ou diminuir a irritação nos trabalhadores;

- Dispor de boa iluminação em todas as áreas, incluindo as áreas de acesso para a empresa e estacionamento, principalmente à noite. Os estacionamentos devem ser muito próximos do local de trabalho;

- Possuir serviços de segurança nas entradas, sobretudo, nas principais;

- Vestiários e áreas de descanso, por exemplo, devem ser restritas aos trabalhadores da empresa; Em caso de atendimento a clientes, por exemplo, as salas de espera devem ser confortáveis e com atividades que diminuam o tédio (televisão, materiais para leitura etc);

- A instalação de câmeras de vigilância deve ser feita em áreas que são perigosas, em potencial⁽¹⁰⁾.

Assim, o que se vivencia no cotidiano do trabalho possivelmente influenciará positiva ou negativamente sua vida. Por isso, a importância de se promover um ambiente de trabalho saudável, no qual as condições e cargas de trabalho sejam adequadas, que todos participem ativamente do desenvolvimento

das suas funções, e que haja compreensão, harmonia e solidariedade nas relações humanas nele estabelecidas. Com isso, não só o trabalhador, mas também a empresa se beneficia.

O investimento em prevenção da violência no trabalho, de agravos e doenças relacionados ao trabalho, continua sendo a melhor maneira e, em geral, menos onerosa. E neste ônus não se inclui somente o impacto financeiro, mas, também o físico, emocional, familiar e/ou social decorrente dos eventos experimentados e dos problemas de saúde vinculados ao trabalho pelos trabalhadores.

A atuação contra a violência no trabalho deve ter força coletiva, contando com o apoio e cooperação de todos. Assim como a conquista de melhores condições de vida e trabalho está ligada as lutas e reivindicações dos trabalhadores⁽⁸⁾ é importante que todos se empenhem para que se consiga ter um ambiente de trabalho que seja mais solidário, tolerante e digno.

Sem pretensão de esgotar por completo a temática da violência no trabalho espera-se ter contribuído para a difusão de informações que possibilitem incutir a necessidade de ampliar o debate sobre este tema.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Assédio moral e sexual no trabalho. Prevenção e enfrentamento na Fiocruz; 2014. 31 p. Disponível em:

<http://www.asfoc.fiocruz.br/portal/sites/default/files//2cartilha_assedio_moral_e_sexual.pdf>.

2. Di Martino V. Relationship of work stress and workplace violence in the health sector. Geneva: Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector; 2003.
3. International Labour Office. International Council of Nurses. World Health Organisation. Public Services International. Workplace violence in the health sector country case studies research instruments. Geneva; 2003. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersona/en/WVquestionnaire.pdf>.
4. Chapell D, Di Martino V. Violence at work. Geneva: International Labour Office; 2006.
5. Di Martino V. Workplace violence in the health sector – country case studies (Brazil, Bulgarian, Lebanon, Portugal, South África, Thailand, and an additional Australian study); 2002.
6. Fute M, Mengesha ZB, Wakgari N, Tessema GA. High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia. BMC Nursing. 2015; 14:1-5.
7. Hirigoyen MF. Assédio moral: a violência perversa no cotidiano. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. 224 p.
8. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho. 6.ed. São Paulo: Cortez; 2015. 222 p.
9. Contrera-Moreno L, Monteiro MI. Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. Rev Bras Enferm. 2004;57(6):746-49.
10. International Labour Office. International Council of Nurses. World Health Organization. Public Services International. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Geneva; 2002. 31p.

Licitações públicas no setor da saúde. Como o Estado contrata, compra e vende

Luís Renato Vedovato
Tatiana Giovanelli Vedovato

1. INTRODUÇÃO

Há quase que um consenso de que o Estado é muito demorado nas suas ações. Para contratar uma empresa necessária para fazer um determinado trabalho (por exemplo, fazer a manutenção de jardins da cidade) o tempo é muito grande e a população fica no aguardo sem ter acesso ao serviço.

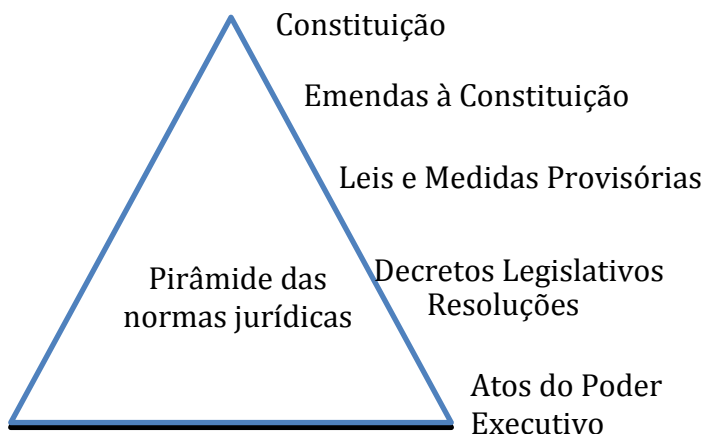
Também é comum reclamações quando o que se busca é a compra de um produto para a administração pública (ora, quem não ficou tempos aguardando a chegada do material que encomendou?). Até mesmo quando o Estado decide vender algo (como sucata), as ações não são rápidas.

Assim, o objetivo do presente trabalho é tentar entender qual é a (i) regulação que se aplica às contratações governamentais, conhecidas no Brasil como licitações públicas, e (ii) se há algum fundamento para que assim seja. Depois disso, serão discutidos (iii) os passos dessas contratações e, dessa forma, em que pontos podem acontecer os principais problemas e equívocos de tal procedimento no setor da saúde. Por fim, serão apresentados os (iv) órgãos estatais que controlam o uso do dinheiro público com suas funções.

2. A REGULAÇÃO DAS LICITAÇÕES NO BRASIL

O direito dispõe as normas de uma forma hierárquica, ou seja, a depender do nível em que elas são colocadas, mais força poderão ter. Em tal disposição, a Constituição (no Brasil chamada de

Constituição Federal) é colocada no patamar mais alto. Para ilustrar, segue abaixo uma representação dessa hierarquia:



A Constituição Federal traz norma sobre licitações e a partir dela que toda a regulação nasce. O artigo 37 da Constituição Federal é o destinado à administração pública e sobre licitações, no seu inciso XXI, determina o seguinte:

Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência e, também, ao seguinte: (...)

XXI - ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações.

Há poucos casos em que não é necessária a licitação, normalmente para valores baixos (até R\$ 8.000,00 para os órgãos públicos, por exemplo), ou para situações excepcionais (como são

os casos de urgência), ou, ainda, para os casos em que não se pode fazer competição, pois o fornecedor é único.

Nos demais casos, o caminho é a licitação. E há leis, abaixo da Constituição Federal, que regulamentam os procedimentos licitatórios. A mais conhecida dessas leis é a Lei 8.666/93, que traz as normas gerais sobre o procedimento.

Tal lei estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos referentes a obras, serviços, compras, vendas e locações em todos os entes da federação, ou seja, na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios.

Deve ser dito que além dos órgãos da administração, estão sujeitos à lei de licitações os fundos especiais, as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Por isso que a Petrobras, mesmo sendo um empresa, precisa fazer



Usa dinheiro público?

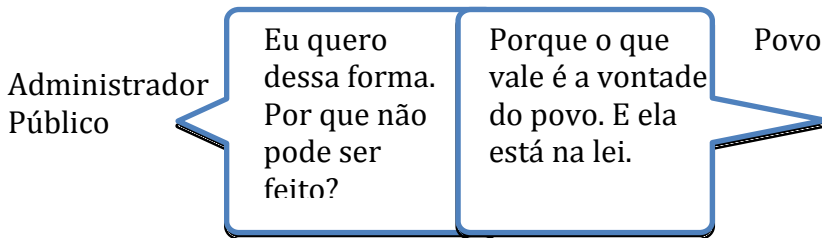
É obrigado a seguir as normas de licitações públicas.

É a forma que a lei 8.666/93 usa para proteger o dinheiro de todos os cidadãos do Brasil.

licitações públicas.

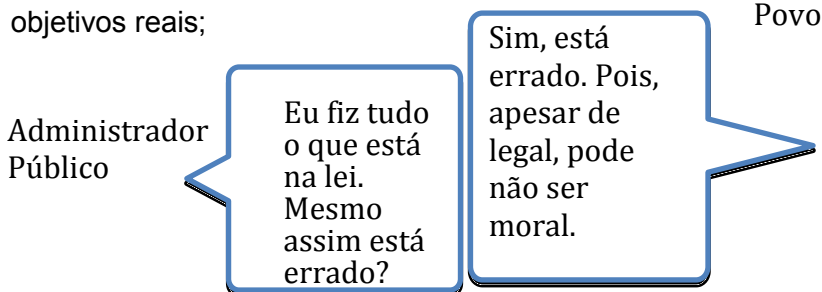
Todo contrato com a administração pública deve ser feito depois de um procedimento licitatório. Em outras palavras, o uso do dinheiro público deve ser protegido por um conjunto de atos concatenados determinados pela lei para que se garanta, essencialmente:

1. **Legalidade** - a vontade a ser seguida não é a do administrador público, mas a determinada pela lei, que foi votada pelos representantes do povo;

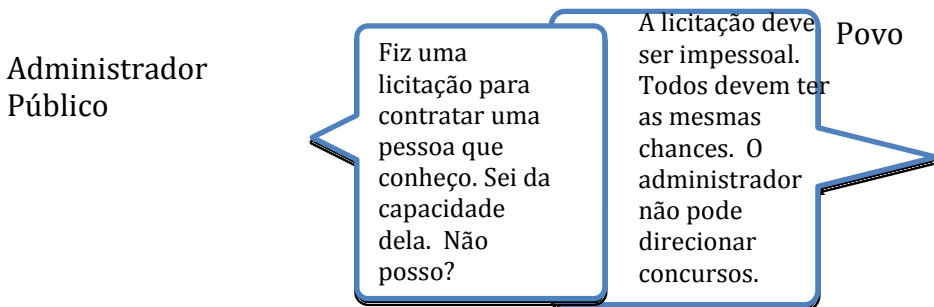


2.

Moralidade - visando ir além da simples disposição da lei, para que o administrador verifique a boa conduta e impeça ações que, apesar de legais, tragam dúvidas quanto aos seus objetivos reais;



3. **Impessoalidade ou Igualdade** - o objetivo é tratar todos da mesma forma e não direcionar compras ou contratações, evitando-se que sejam criados processos em que se sabe quem vai sair vencedor;



4. **Supremacia do Interesse Público** - sempre que houver alguma dúvida, a interpretação deve ser aquela que mais protege

o

Vou ter que cancelar a licitação, pois ela não é boa para o interesse da empresa privada.

interesse público, Povo que fica acima de todos os demais.

Administrador Público

Não se pode cancelar por ser de interesse da empresa privada. Há o interesse público em jogo.

A licitação é feita para se tentar garantir a igualdade, além da seleção da proposta mais vantajosa para a administração e da promoção do desenvolvimento nacional sustentável. Ela deve ser processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo. Dessa maneira, a lei visa de forma transparente fazer a administração caminhar sempre segundo os ditames do interesse público.

Nesse sentido, fica proibido admitir, prever, incluir ou tolerar cláusulas ou condições que comprometam, restrinjam ou frustrem o caráter competitivo da licitação, inclusive nos casos de sociedades cooperativas, e estabeleçam preferências ou distinções em razão da naturalidade, da sede ou domicílio dos licitantes ou de qualquer outra circunstância impertinente ou irrelevante para o específico objeto do contrato. Assim, um órgão público não pode dar preferência, por exemplo, a empresas do seu município.

Administrador Público
Mas eu quero contratar só empresas da minha cidade. Não posso?

Povo

Não pode. As restrições à competição licitação são proibidas.

Todo processo licitatório é público. A única parte do processo que pode ser mantida em sigilo é o relativo às propostas, antes de serem abertas. Todo o resto é público. Com essa transparência, o que se busca é permitir a participação da população das decisões de compra/contratação.

A lei 8.666/93 foi cuidadosa, pois trouxe, no seu artigo 6, um conjunto de definições importantes, visando dar mais clareza para o aplicador da lei, dentre tais definições, valem os seguintes destaques:

I - Obra - toda construção, reforma, fabricação, recuperação ou ampliação, realizada por execução direta ou indireta;

II - Serviço - toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse para a Administração, tais como: demolição, conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade, seguro ou trabalhos técnico-profissionais;

III - Compra - toda aquisição remunerada de bens para fornecimento de uma só vez ou parceladamente;

IV - Alienação - toda transferência de domínio de bens a terceiros;

V - Execução direta - a que é feita pelos órgãos e entidades da Administração, pelos próprios meios;

VI - Execução indireta - a que o órgão ou entidade contrata com terceiros sob qualquer dos seguintes regimes:

a) empreitada por preço global - quando se contrata a execução da obra ou do serviço por preço certo e total;

b) empreitada por preço unitário - quando se contrata a execução da obra ou do serviço por preço certo de unidades determinadas;

c) tarefa - quando se ajusta mão-de-obra para pequenos trabalhos por preço certo, com ou sem fornecimento de materiais;

d) empreitada integral - quando se contrata um empreendimento em sua integralidade, compreendendo todas as etapas das obras, serviços e instalações necessárias, sob inteira responsabilidade da contratada até a sua entrega ao contratante em condições de entrada em operação, atendidos os requisitos técnicos e legais para sua utilização em condições de segurança estrutural e operacional e com as características adequadas às finalidades para que foi contratada;

VII - Projeto Básico - conjunto de elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequado, para caracterizar a obra ou serviço, ou complexo de obras ou serviços objeto da licitação, elaborado com base nas indicações dos estudos técnicos preliminares, que assegurem a viabilidade técnica e o adequado tratamento do impacto ambiental do empreendimento, e que possibilite a avaliação do custo da obra e a definição dos métodos e do prazo de execução.

VIII - Projeto Executivo - o conjunto dos elementos necessários e suficientes à execução completa da obra, de acordo com as normas pertinentes da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT;

IX - Administração Pública - a administração direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, abrangendo inclusive as entidades com personalidade jurídica de direito privado sob controle do poder público e das fundações por ele instituídas ou mantidas;

As modalidades de licitação definidas pela Lei 8.66/93 são:

- I - concorrência;
- II - tomada de preços;
- III - convite;
- IV - concurso;
- V - leilão.

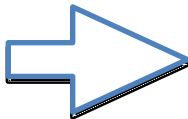
As três primeiras servem para que a Administração contrate serviços ou compre produtos. Além dessas, também se destacam o pregão presencial e o pregão eletrônico, nos casos em que o produto ou serviço forem comuns. As formas de pregão fazem que o processo seja um pouco mais célere.

Assim, a escolha entre uma das formas de pregão dependendo do produto ou do serviço a ser contratado. Segundo a Lei 10.520/2002 (lei federal do pregão), consideram-se bens e serviços comuns aqueles cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser objetivamente definidos, por meio de especificações usuais no mercado.

Quanto à escolha entre concorrência, tomada de preços e convite, ela é realizada pelo valor a ser contratada. Para os menores valores, conforme a lei, o caminho é o convite (até 80 mil para compras gerais ou até 150 mil para obras), para valores um pouco maiores, a escolha é a tomada de preços (até 650 mil para compras

gerais ou até 1.5 milhão para obras). A concorrência fica reservada para os valores superiores aos limites da tomada de preços.

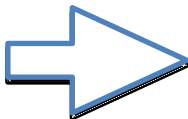
- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Até R\$ 150.000,002. Até R\$ 1.500.000,003. Acima de R\$ 1.500.000,00 |
| |



- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Convite2. Tomada de Preços3. Concorrência |
|--|

Obras e serviços de engenharia

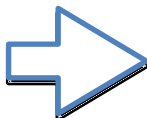
- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. até R\$ 80.000,002. até R\$ 650.000,003. acima de R\$ 650.000,00 |
|---|



- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Convite2. Tomada de Preços3. Concorrência |
|--|

Demais compras e contratações

Bens ou serviços comuns



**Pregão:
presencial ou eletrônico**

As licitações no Brasil são, assim, determinadas pela Constituição Federal e reguladas pela legislação inferior, especialmente pela Lei de Licitações (8.666/93) e pela Lei do Pregão (10.520/2002). A legislação é utilizada como a norteadora dos passos das compras governamentais, pois, ela é entendida como o amálgama da vontade popular. E é exatamente aí que está a lógica do processo das licitações.

3. POR QUE A LICITAÇÃO?

As perguntas que sempre acompanham todos os que passam a ter contato com as licitações é: Por que tem que ser assim?

Não seria mais fácil adotar o método da iniciativa privada? Por que não contratar com menores formalidades?.

E, enfim: “Por que a licitação?”

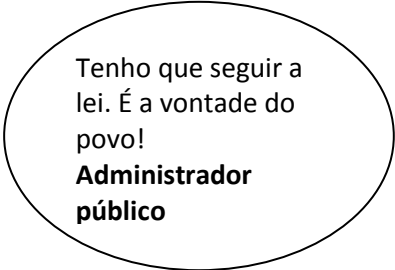
A primeira vista, pode parecer muito mais simples o caminho adotado pelas empresas privadas. Elas possuem os seus fornecedores, negociam diretamente com eles e sempre podem buscar os produtos que entendem serem de maior qualidade no mercado.

E a sensação de que isso deveria também ocorrer com o setor público vai aumentando. Afinal de contas, não há anulação de compras privadas por erro formal, como publicação em diário oficial ou assinatura de propostas.

Ora, talvez pudesse ser mais fácil seguir o caminho das compras privadas, apesar de que muitas empresas desse setor se esforçam por fazer processos muito semelhantes aos das licitações públicas (não idênticos), especialmente em sociedades anônimas de capital aberto. No entanto, há algo no setor privado que não é facilmente detectável no setor público.

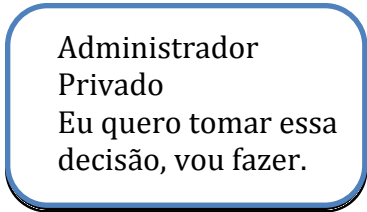
Esse algo é a vontade do empreendedor. O desafio é como identificar a vontade do empreendedor público. Vale destacar que o empreendedor público é o povo. Assim, como identificar a vontade do povo? Bem, de uma forma ou de outra, a lei busca amalgamar essa vontade e criar um procedimento para que ela seja externada da forma mais próxima possível do interesse público.

É exatamente por isso que o processo de licitação é mais demorado que a compra privada, afinal de contas, no setor privado, a vontade é bem menos complexa do que a do setor público.



Tenho que seguir a lei. É a vontade do povo!

Administrador público



Administrador Privado
Eu quero tomar essa decisão, vou fazer.

Assim, não é tão simples trazer para o setor público a velocidade do setor privado. Deve se ter em mente que se um empresário decidir comprar de um fornecedor específico, ele só tem que responder ao mercado e aos seus investidores.

Por outro lado, no setor público, o administrador deve se explicar à população, pois utiliza recursos públicos que poderiam ser utilizados em outras políticas públicas. Assim, a lógica da existência da licitação repousa exatamente no fato de que ela é o mecanismo para que o povo possa controlar de perto as decisões de gastos de recursos públicos.

4. ETAPAS DA LICITAÇÃO

O edital faz o papel de uma proposta que a administração pública faz à população no geral e aos interessados (especificamente). Nele, são fixados os requisitos da contratação, o objeto a ser contratado e todos os detalhes que devem ser inseridos no contrato.

A publicação do edital marca o final da fase interna e dá início à fase externa do processo de licitação. Internamente, será definida a necessidade, o objeto e as exigências a serem preenchidas pelos interessados, além dos critérios para realização da obra ou para a entrega do produto.

De modo geral, o procedimento licitatório começa com o pedido feito pelo órgão ou setor interessado. Tal pedido deve conter:

- a) determinação do objeto (o que vai ser comprado ou contratado);
- b) valor estimado, a partir de pesquisa de mercado.

Também é necessário que se tenha um Termo de Referência ou Projeto Básico (só assim é possível saber o que se quer comprar ou contratar com precisão).

Assim, haverá decisão sobre o pedido, sempre dentro dos limites orçamentários (ou seja, se há recursos), se o pedido se

enquadra nas necessidades do órgão e se as informações trazidas no pedido são suficientes.

Com tais dados, após a decisão, é possível definir a modalidade de licitação. Devendo haver manifestação tanto do setor financeiro (que verificará a existência de recursos) quanto do jurídico (que analisará se o princípio da legalidade está respeitado).

Devendo ser feita a reserva de recursos para fazer frente às despesas, mesmo antes da elaboração do edital, caso haja certeza da realização da contratação. Caso seja um registro de preços apenas, a reserva pode ser feita no momento da compra.

Definidos todos os detalhes, é elaborado o projeto de edital, que vai passar novamente por parecer jurídico, para, sendo aprovado, ser transformado em edital para publicação na imprensa oficial, o que encerra a fase interna.

Depois que tudo é definido internamente, o Edital é publicado e começa a fase externa. Nela, os interessados devem se manifestar e oferecer cada um a sua proposta.

A comissão de licitações vai analisar as propostas e verificar se os interessados preenchem os requisitos (financeiros, fiscais, trabalhistas, ambientais, etc) e, depois, vai classificar as propostas pelo preço, ou pela técnica e preço, sempre a depender do edital.

FASES DA LICITAÇÃO

Interna: definição do objeto, análise pelos órgãos internos, confecção do edital e publicação.

Externa: oferecimento das propostas, análise da habilitação e classificação das propostas

Nesse cenário, percebe-se que a formalidade procedimental é a parte mais importante, sempre no objetivo de, com isso, auxiliar na utilização correta dos recursos públicos.

No que toca aos procedimentos que interessam à administração pública no ramo da saúde, os principais problemas são na definição do objeto e dos procedimentos formais, como publicação, análise jurídica e financeira, além dos desafios atinentes à falta de pessoal para tal fim. A administração do órgão de saúde deve ficar atenta aos pedidos e às necessidades para buscar alcançar os objetivos do setor.

Quais são os principais problemas de licitação na área de saúde?

Indefinição
do objeto

Falta de sintonia das
áreas técnicas e jurídica

Erros formais do
processo, como
publicação no prazo

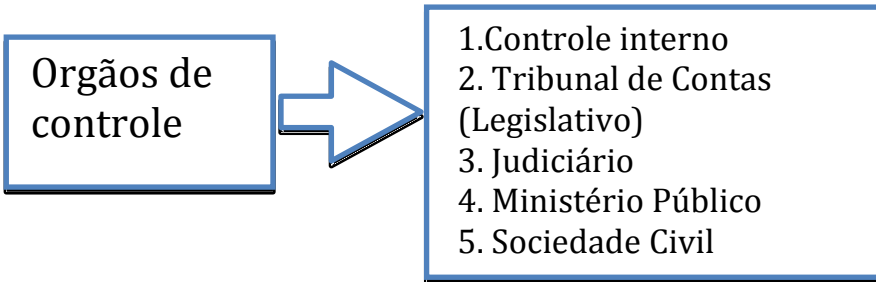
5. ÓRGÃOS DE CONTROLE

Para que a aplicação da lei de licitações seja constatada, existem órgãos de controle. Além do órgão de controle interno, que normalmente atua durante o processo de licitação, há os externos, tais como o judiciário, o tribunal de contas e o ministério público, além da sociedade civil

Todo ano, os representantes do tribunal de contas passam para fiscalizar as ações do administrador público, podendo apontar equívocos, que, se não forem sanados, podem levar à reprovação das contas do administrador, levando à sua condenação. Depois da análise do tribunal de contas, o legislativo (órgão ao qual o tribunal de contas está vinculado) analisa as contas com parecer final.

O Ministério Público ou representantes da sociedade civil também podem levar irregularidades por eles identificadas ao

judiciário, que, por sua vez, poderá condenar o administrador público.



A condenação pode determinar, além do pagamento de multas, o ressarcimento do valor da licitação aos cofres públicos.

Que punições podem ser aplicadas ao administrador público?

1. Multa
2. Devolução dos recursos aos órgãos públicos
3. Proibição de exercer cargo público
4. Não poder ser candidato para cargo eletivo

CONCLUSÃO

O tema das contratações públicas é sempre de grande interesse, especialmente pela sua possibilidade de comparação com a atividade do setor privado, que se mostra mais célere e menos amarrada a formalidades. Tal cenário atrai os mais variados pensadores a entenderem possível se utilizar da regulação privada para as licitações públicas.

No entanto, a pedra de toque é saber que a administração pública deve sempre considerar que age em nome da população, não sendo possível tomar decisões sem que ela seja consultada. Porém, como a consulta para cada caso seria impossível, a saída é

o respeito à legislação, que busca antecipar a vontade do povo e trazer os elementos formais para que ela seja alcançada. A não adequação dos procedimentos pode levar à condenação do responsável pela licitação pelos órgãos externos de controle. Dessa maneira, o administrador deve manter a atenção redobrada para seus órgãos internos de controle, no sentido de evitar possíveis condenações futuras.

REFERÊNCIAS

Constituição Federal do Brasil, Promulgada em 05 de outubro de 1988.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Direito Administrativo. São Paulo: Atlas, 2015.

FIGUEIREDO, Lúcia Valle. Curso de Direito Administrativo. São Paulo: Malheiros, 2010.

Lei de Licitações n. 8.666/1993, de 21 de junho de 1993.

Lei do Pregão n. 10.520/2002, de 17 de julho de 2002.

MEDUQUAR, Odete. Direito Administrativo Moderno. São Paulo: RT, 2015.

MEIRELLES, Hely Lopes. Direito Administrativo Brasileiro. São Paulo: Malheiros, 2015.

MELLO, Celso Antonio Bandeira de. Curso de Direito Administrativo. São Paulo: Malheiros, 2015.

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. Curso de Direito Administrativo. Rio de Janeiro: Forense, 2010.

Impacto das diferentes gerações no ambiente de trabalho

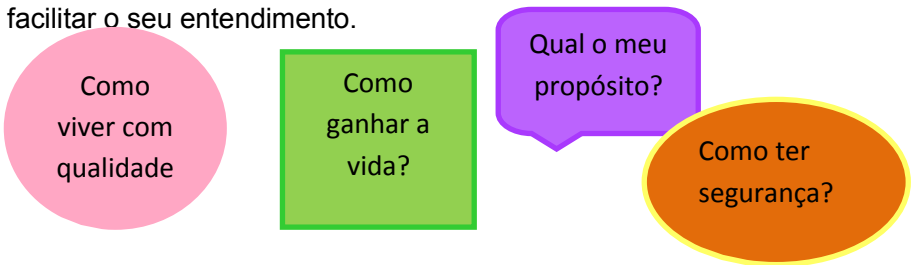
Yvete Balabanian

Rose Meire Canhete Pereira

As relações interpessoais são muito importantes em nossas vidas, e não possuem menor importância no ambiente de trabalho. No mundo atual observamos a presença de pessoas de diferentes faixas etárias e gerações, dividindo o ambiente de trabalho, precisando respeitar as peculiaridades de cada personalidade para conseguir alcançar os objetivos e metas.

Se conhecermos melhor as características de cada geração, certamente poderemos entendê-las melhor. Desta forma teremos um ambiente de trabalho mais acolhedor e propício ao bom desenvolvimento geral e às boas relações interpessoais.

O comportamento de cada geração depende do momento socioeconômico e histórico em que ela se desenvolve. A seguir, faremos uma descrição breve das características de cada geração, para facilitar o seu entendimento.



Geração Baby Boomer

BB

Principais Características:

✓ São pessoas nascidas entre a década de 1946 e 1960. O termo "Baby Boomer" é usado como referência aos "filhos" do baby boom,

explosão demográfica após a Segunda Guerra Mundial, que ocorreu em maior escala nos Estados Unidos, Canadá e Austrália.

✓ Com a Revolução dos anos 1960 houve uma mudança no papel das mulheres na sociedade e também no papel dos jovens. Eles criaram seu estilo de vida próprio e tiveram a televisão como principal ferramenta de comunicação.

✓ Nessa mesma época surgiram os ideais de liberdade, o feminismo e os movimentos civis a favor dos negros e homossexuais. Também surgiram protestos contra a Guerra Fria e a Guerra do Vietnã e o comportamento hippie.

No Brasil essa geração foi marcada pelos festivais de música como forma de expressão política-ideológica dos jovens diante da repressão e censura da ditadura militar.

✓ São pessoas otimistas em relação à mudança do mundo político, pois vivenciaram uma fase de engajamento contra ditaduras e poderes tiranos. São “*Workaholics*”, valorizando o status e o crescimento profissional. São políticos e formam alianças para atingirem seus objetivos. São responsáveis pelo estilo de vida que se tem hoje de conquistas materiais como casa, carro e acesso ao entretenimento.

✓ São funcionários fiéis às organizações em que trabalham, criando um vínculo com a empresa (tempo médio nas empresas: 30 a 40 anos).

✓ Necessitam de justificativas profundas e estruturadas para tomar decisões.



Principais Características:

- ✓ São as pessoas nascidas entre 1961 e 1980.
- ✓ Estão sempre à procura da individualidade sem a perda da convivência em grupo.
- ✓ Possuem maturidade e preferem a escolha por produtos de qualidade.

✓ Apresentam como característica a ruptura com as gerações anteriores.

✓ Dão maior valor a indivíduos do sexo oposto.

✓ Buscam por seus direitos e estão sempre à procura da liberdade.

Nos EUA o termo foi inicialmente referido ao período do "baby bust" (geração pós-baby boom), quando as famílias começaram a ter menos filhos. No Reino Unido o termo foi utilizado primeiramente em 1964, em um estudo sobre a juventude britânica, que mostrou jovens que dormiam juntos antes do casamento, que não acreditavam em Deus, que não gostavam da Rainha e que não respeitavam os pais.

A partir dessa geração surgiram as preocupações com a destruição ambiental e as questões ecológicas.

Presenciaram o início da internet e o fim da Guerra Fria.

No Brasil essa geração vivenciou acontecimentos como as "Diretas Já" e o fim da ditadura.

São pessoas que acreditam que a liderança está ligada à competência e que precisa ser conquistada. São líderes pragmáticos, esperam eficiência, possuem grande senso de responsabilidade e comprometimento, possuem repertório variado e capacidade para enfrentar imprevistos.

O fato de terem visto o mundo se transformar de analógico em digital, deu a eles uma capacidade de aliar o novo ao antigo, de conectar o melhor entre dois mundos.

A geração X prefere comunicação clara e direta, ambiente descontraído e informal. É uma geração mais equilibrada e não é precipitada na tomada de decisões. Sentem-se confortáveis diante das inovações tecnológicas com abertura para a diversidade.

Com sua inclinação para inovar, serão peças-chave para liderar a transição entre as organizações de hoje e o mundo de amanhã.



Nascidos entre 1981 e 2000

Principais Características:

- ✓ São da era da globalização.
- ✓ São otimistas em relação ao futuro e comprometidos em mudar o mundo na esfera ecológica. Têm senso de justiça social e se engajam em voluntariado.
- ✓ São impulsivos, extremamente informais, agitados, ansiosos, impacientes e imediatistas.
- ✓ Acompanham a velocidade da internet.
- ✓ Enxergam a tecnologia e a diversidade como coisas naturais na vida. Usam todos os recursos do celular e sentem necessidade de estarem conectados o tempo todo.
- ✓ A falta de cerimônia com os pais leva à indiferença sobre autoridade. Admiram a competência real e não a hierarquia.
- ✓ Vivem com sobrecarga de informações, dificultando a correlação de conteúdos.

Não informá-los dos objetivos maiores de cada tarefa e suas metas periódicas, os deixam desorientados. Planos de carreira são igualmente fundamentais para motivá-los.

São extremamente qualificados e multifuncionais.

Eles sabem que são jovens e precisam respeitar a autoridade e experiência dos mais velhos na área em que atuam e eles têm a expectativa de que os mais velhos respeitem as suas tendências e a atualidade de suas ideias.

Eles aprendem com a internet, buscando as ideias nas redes sociais, ficam drasticamente desmotivados se a chefia não entende essa necessidade. Eles mantêm vários focos de interesse ligados ao mesmo tempo, por isso não ficam satisfeitos em realizar uma tarefa de cada vez! A sacada é a capacidade de compreensão dos gestores para utilizá-las em seu proveito.



Principais características:

- ✓ Possuem contato direto com a Internet, a velocidade da informação e as novas tecnologias.

- ✓ São nativos digitais e menos deslumbrados com a tecnologia do que a geração Y.
- ✓ Realizam várias atividades ao mesmo tempo.
- ✓ São desapegados das fronteiras geográficas, pois aprenderam a conviver com a globalização desde a infância.
- ✓ Buscam constantemente a autonomia e rejeitam a autoridade vertical.
- ✓ Buscam desafios constantes.
- ✓ São muito seletivos, solidários e valorizam mais o contato virtual do que o relacionamento direto e real.
- ✓ Não são menos sociáveis, mas a interação com os outros se dá de forma muito mais imediata e sem intermediários.
- ✓ Eles se sentem autossuficientes e autoconfiantes para falar diretamente com qualquer pessoa.

A tendência é que esse jovem trabalhe em mais de um projeto ao mesmo tempo e que não priorize a ascensão na carreira, preferindo a experiência em áreas diferentes. Se a autonomia para a geração Y era importante, para a Z é inegociável.

“Por terem se desenvolvido na era do conhecimento, possuem uma imensa consciência do todo e sentem-se responsáveis individualmente em relação ao mundo. Esse engajamento é um aspecto extremamente importante desta geração e seu idealismo faz com que tenham o pensamento de que podem, sempre, fazer a diferença.”



Geração Alfa

Ainda não apresentam características precisas definidas, a não ser que nascerão em um mundo conectado em rede; a próxima geração, de **nascidos a partir de 2010**, já tem nome: **Geração Alfa**. Poderão ser filhos tanto da geração Y, como da Geração Z.

Quadro comparativo

Característica	Baby boomer	Geração X	Geração Y	Geração Z
Nascimento	1946-1960	1961-1980	1981-2000	2000-2009
Marco	Final 2ª guerra mundial, era da televisão	Movimento hippie e revolução sexual, início da consciência ecológica	Revolução tecnológica, era digital e das redes sociais	Touchscreen
Personalidade	Otimista	Pragmático	Questionador	Individualistas
Ideal da geração	Reconstruir o mundo. São políticos	Lutar pela paz e liberdade, anarquia	Globalização	Informação
Trabalho	Razão da vida	O que paga as contas	Satisfação do consumismo	
Tempo médio na empresa	30 - 40 anos	10 -15 anos	8 anos	Não se sabe
Marco	Final 2ª guerra mundial, era da televisão	Movimento hippie e revolução sexual, início da consciência ecológica	Revolução tecnológica, era digital e das redes sociais	Touchscreen
Personalidade	Otimista	Pragmático	Questionador	Individualistas
Ideal da geração	Reconstruir o mundo e são políticos	Lutar pela paz e liberdade, anarquia	Globalização	Informação
Trabalho	Razão da vida	O que paga as contas	Satisfação do consumismo	
Tempo médio na empresa	30-40 anos	10-15 anos	8 anos	Não se sabe

Referência

1. Lauer C. Disponível em: <[Como lidar com a Geração Z | Portal Carreira & Sucesso](#)> Acesso em 29 jun 2012.

Trabalho voluntário como alternativa para o desenvolvimento de habilidades e competências à jovens estudantes

Cintia Rachel Gomes Sales

VOCE SABIA QUE...



A **Organização das Nações Unidas (ONU)** define o voluntário como sendo “o jovem ou adulto que, devido ao seu interesse pessoal e ao seu espírito cívico, dedica parte de seu tempo, sem remuneração alguma, a diversas formas de atividade, organizadas ou não, de bem-estar social ou outros campos”.

O trabalho voluntário é caracterizado como uma atividade não remunerada, na qual o indivíduo dedica seu tempo, trabalho e talento a projetos de cunho cívico, cultural, educacional, científico, recreativo ou de assistência social (BRASIL, 1998). No Brasil, esse tipo de trabalho é regulamentado pela Lei Federal nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998.

Independente do motivo que leva uma pessoa a desenvolver determinado tipo de trabalho, para que este seja caracterizado como voluntário deve ocorrer por vontade própria,

* Bolsista CAPES – bolsa de doutorado - demanda social

sem remuneração, ser prestado por um indivíduo isoladamente e para uma organização sem fins lucrativos voltada a objetivos públicos.

Na atualidade, as transformações que vem ocorrendo entre o Estado e a sociedade tem promovido as ações voluntárias, que tem ganhado espaço privilegiado no âmbito dos projetos em desenvolvimento do país (SESC, 2007). Sendo assim, Campos et al (2008) afirmam que o papel do voluntário é de agente transformador que atua em benefício da comunidade.

Estudos apontaram que entre 2008 e 2012 todos os continentes apresentaram taxas de trabalho voluntário significativo, com média de 37,9% na Oceania (Austrália e Nova Zelândia); 22,8% nas Américas; 19,7% na Ásia; 17,2% na Europa e 17,0% na África. Estes dados sinalizam que a participação ativa e regular de voluntários é vital para sustentar as atividades da comunidade e organizações sem fins lucrativos (World Giving Index, 2013; SNYDER et al., 2008).

PESQUISA DE IBOPE (2011) – PROJETO VOLUNTARIADO NO BRASIL



Predomínio de mulheres casadas e solteiras, maioria com filhos, trabalham fora, idade média de 39 anos;



Predomínio das classes sociais A e C, 20% com nível superior;



Região Nordeste com maior nº de voluntários ativos, vínculo de 49% Instituições Religiosas e 25% Instituições de Serviço Social;



Tempo de permanência no serviço voluntário é maior em indivíduos (30 a 49 anos) e menor em jovens (16 a 29 anos);



Principal motivo declarado pela maioria, para estar vinculado a algum tipo de serviço voluntário, é o fato de ser solidário e ajudar os outros.

Fonte: Adaptada pela autora, 2016.

Pesquisa de Ibope realizada em 2011, pelo Projeto Voluntariado no Brasil.

A cada dia, o trabalho voluntário tem ganhado destaque, principalmente por parte de empresas que apoiam projetos sociais, motivo geralmente relacionado à questão da responsabilidade social corporativa. Dessa forma, o desenvolvimento de trabalho voluntário passou a ser extremamente valorizado nos processos seletivos, muitas vezes dando oportunidade para o candidato enfatizar suas experiências e percepções pessoais no currículo ou em outras etapas da seleção (ITUASSU et al, 2009).

Nesse cenário, um estudo destacou a importância da vivência acadêmica no curso de odontologia em atividades de trabalho voluntário, com vistas a aquisição de conhecimentos e habilidades importantes para futura prática profissional. Reforçou a importância do conhecimento de atuação em outros espaços sociais durante a caminhada acadêmica (PEREIRA et al, 2011).

O voluntariado pode acontecer em diversas áreas, tais como:

assistência a grupos sociais vulneráveis, organizações não-governamentais, empresas, ente outras instituições (PERES, 2005).

CRECHES

ESCOLAS

IGREJAS



CULTURA

ESPORTE

LAZER

EDUCAÇÃO

MEIO AMBIENTE

Fonte: figura adaptada pela autora, 2016. A partir de Peres (2005).

Considerando, a educação como vínculo ao mundo do trabalho e à prática social, dentre as diversas atividades relevantes para a formação acadêmica, é necessário que o estudante expresse sua capacidade de escolha sobre qual atividade deseja desempenhar, sem imposições institucionais. A partir dessa afirmação, considera-se o trabalho voluntário como peça fundamental para o desenvolvimento das competências do estudante universitário, frente as mudanças sociais e profissionais percebidas (CHIKERING et al., 1993; FIOR et al., 2009).

Algumas Competências e Habilidades Desenvolvidas com a Prática do Trabalho Voluntário

Experiências em diferentes cenários sociais

Relações interpessoais maduras

Administração de emoções

Responsabilidade social

Propósito com a vida

Autonomia

Criatividade

Identidade

Integridade

Fonte: Adaptado pela autora, 2016.

A partir de Chikering et al. (1993) e Fior et al. (2009).

Fior et al. (2009) afirmam que a medida que o trabalho voluntário se desenvolve na prática, ele agrega valores sociais e coletivos no indivíduo, por meio de experiências vividas nas áreas pessoal e profissional. Nesse contexto, Nunes (2009) reafirma sobre a importância da participação em trabalhos voluntários, pois este, desperta ativamente a responsabilidade social, a autonomia e a criatividade no indivíduo.

Sendo assim, é importante a participação e conscientização das instituições educacionais responsáveis pela formação de profissionais, a fim de estimular indivíduos que estejam aptos e disponíveis a trabalharem no terceiro setor (organizações sem fins lucrativos e não governamentais, que tem como objetivo gerar serviços de caráter público), como forma de conquista profissional e equilíbrio social em busca de uma cidadania plena (NUNES, 2009).

Com isso, o capítulo se dispôs a estimular uma reflexão,

principalmente, em jovens estudantes e profissionais, sobre a realização do trabalho voluntário e as competências que podem ser adquiridas por meio das percepção pessoal e experiências vivenciadas, que são proporcionadas simultaneamente no âmbito social e profissional. Assim, aqueles que se comprometerem com qualquer tipo de trabalho voluntário, que o façam de maneira espontânea, ciente do compromisso com a sociedade e não apenas como *marketing* pessoal para seu currículo.

Como aproveitar o **VOLUNTARIADO** no **SEU CURRÍCULO**



Comece por uma área onde se sinta mais seguro e confortável. Com o passar do tempo e até conforme as restrições de recursos, comum a projetos sociais, é provável que você precise contribuir com outras áreas.



Procure se envolver efetivamente com o trabalho e não fazer da prática apenas um elemento de promoção pessoal. Além do aprendizado ser mais efetivo, a paixão pelo que se faz é mais importante do que a mera informação no currículo.



Não deixe de informar no currículo todos os trabalhos dos quais participou, as atividades desenvolvidas e o tempo dedicado a cada um deles.



Comece cedo. A atuação em projetos voluntários, além de contribuir com o processamento de formação do indivíduo, pode auxiliar profissionais em início de carreira que não possuem qualquer experiência.

FICA A DICA!!!

Fonte: Adaptado pela autora, 2016.

<http://docentes.universia.com.br/carreira/vol>

Veja **COMO** e **QUEM** ajudar:



www.voluntarios.com.br

www.brasilvoluntario.org.br

www.portaldovoluntario.org

Referências

BRASIL. **Lei do Voluntariado**. Lei no 9.608, de 18 fev. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9608.htm>. Acesso em: 02 de abril de 2016.

CAMPOS LMSC; ASSUMPÇÃO JJ; BLENKE AM; FREITAS S; CARVALHO TB; MACIEL JC. Avaliação do projeto social: da ação a uma meta-avaliação. **Anais XXXII EnANPAD**, Rio de Janeiro, 2008.

CHICKERING AW; REISSER L. **Education and identity**. 2 ed. São Francisco, Jossey-Bass Publisher, 1993.

FIOR CA; MERCURI E. Formação universitária e flexibilidade curricular: importância das atividades obrigatórias e não obrigatórias. **Psicol. educ.** São Paulo, n.29, p. 191-215, dez. 2009.

ITUASSU LT; GOULART IB; DURÃO EA. Inovação em sala de aula: mapeamento de competências profissionais de alunos de pós-graduação. **Anais XXXIII EnANPAD**, São Paulo, 2009.

NUNES, DCG. Qual a importância do trabalho voluntário para a sustentabilidade de organizações não-governamentais? [Dissertação] - Programa de Pós-Graduação em História, Política e Bens Culturais – Fundação Getúlio Vargas-FGV. Rio de Janeiro, 2009.

PEREIRA SM et al. Extensão universitária e trabalho voluntário na formação do acadêmico em Odontologia. **Arq. Odontol.**, Belo Horizonte, v.47, n.2, jun. 2011.

PERES THA. Comunidade Solidária – A proposta de um outro modelo para às políticas sociais. **Civitas Rev. de Ciências Sociais**, v.5 n.1, jan-jun. 2005.

SESC, Manual **de procedimentos e gestão do voluntariado**: Mesa Brasil SESC/ Cláudia Márcia Santos Barros (coordenação). Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007.

SNYDER M, OMOTO AM: Volunteerism: social issues perspectives and social policy implications. **Soc Issues Policy Rev.** 2(1):1–36, 2008.

WORLD GIVING INDEX, 2013: a global view of giving trends. Disponível em:< https://www.cafonline.org/PDF/WorldGivingIndex2013_1374AWEB.pdf>. Acesso em: 03 de abril de 2016.

Alimentação saudável: é um desafio para você?

Anne Cristine Rumiato

Eduardo Siqueira

Inês Monteiro

Quando se pensa em ‘comer’, mais do que selecionar um alimento, um nutriente apenas para satisfazer a necessidade corporal, pensamos em saciar o ‘desejo’ de comer, na sensação inegável de saciedade e prazer. Por isso, aparentemente, ter uma alimentação saudável parece tão difícil. São diversos fatores que interferem nessa escolha e que discutiremos neste capítulo.

Nos últimos anos a mídia televisiva e impressa tem divulgado informações sobre as melhores escolhas alimentares, o que faz com que o conhecimento das funções dos alimentos e nutrientes no organismo seja reconhecido pelas pessoas e, algumas vezes, utilizado para escolhas saudáveis. A ciência da nutrição é nova e descobertas científicas e regulamentações do que é ‘bom’ ou ‘mau’ surgem diariamente, muitas vezes conflitantes, deixando, muitas vezes, as pessoas confusas sobre o que comer.

As recomendações dietéticas são feitas para nutrientes, não para alimentos. Assim quando lemos que o consumo de café é importante para se evitar doenças neurológicas, devemos entender que essa pesquisa foi realizada de modo controlado, em que se aumentava a quantidade do nutriente estudado. Enquanto que, em outra pesquisa, o resultado mostra que esse mesmo nutriente ou substância não tem efeito. Não quer dizer que a primeira estava errada, mas, que o estudo foi feito em outra perspectiva, outra ótica. Várias pesquisas deverão ser realizadas antes de se chegar a um resultado definitivo.

* Bolsa CNPq doutorado sanduíche – UMASS Boston - US

O acesso à informação é imediato e as notícias surgem antes que possam ser amadurecidas e entendidas como recomendação à população. Para compreender melhor as recomendações e estudos científicos é importante procurar canais seguros e confiáveis, como os sites governamentais, por exemplo.

A alimentação saudável envolve o comportamento alimentar saudável, que dê ao organismo os nutrientes que necessita para suas funções básicas de sobrevivência. A comida é uma questão de sobrevivência da espécie, por isso é uma função prazerosa.

A comida brasileira é rica em sabores, texturas e cores que estimulam o paladar e os sentidos. É importante preservar o prazer de comer, de preparar o próprio alimento e a satisfação, em um ato que é relacionado com a sobrevivência e, portanto, instintivo.

Entre os fatores que nos levam a escolher um alimento ou outro estão a cultura, os valores relacionados aos alimentos, o grupo social e a pressão que esse grupo exerce sobre as escolhas alimentares. É isso que faz com que aceitemos comer alimentos que nossos pais nunca comeram, por exemplo. Alimentos ultraprocessados poderiam ser incluídos nessa descrição – são alimentos com poucos ingredientes que poderiam ser reconhecidos como alimentos, com sal e açúcar em excesso, e se torna, portanto difícil reconhecer os alimentos que deram origem a ele. São exemplos desse tipo de alimento o macarrão instantâneo, salgadinhos industrializados, doces em geral, refrigerantes e sucos em pó ou do tipo néctar.

A propaganda e o marketing têm papel importante na escolha de alimentos que as pessoas fazem. Escolhemos alimentos de baixo valor nutritivo, ricos em açúcares e gorduras por influência da mídia. As propagandas são produzidas e custeadas pela indústria de alimentos, que quer influenciar essa escolha, omitindo as consequências da ingestão dos alimentos processados e ultraprocessados para nossa saúde. É claro que a praticidade do uso desses alimentos é fator preponderante na escolha, mas será que se soubessemos que podem ser tão prejudiciais à saúde,

causando problemas tanto no presente quanto no futuro, escolheríamos esse tipo de alimento?

Outro fator que influencia as nossas escolhas alimentares nos dias atuais é o custo do alimento. Obviamente quanto mais caro for um alimento menor será seu consumo! Nesta perspectiva surge a falsa ideia que o alimento saudável é mais caro que o alimento industrializado. Um estudo realizado por estudantes de nutrição da Universidade de Brasília mostrou que se seguirmos as recomendações do Guia Alimentar da População Brasileira (2014), o custo efetivo da refeição, levando-se em consideração café da manhã, almoço, lanche e jantar, fica menor do que se escolhermos alimentos industrializados. É claro que a indústria de alimentos consegue produzir alimentos muito baratos, mas de pouca saciedade apesar de muito calóricos, fazendo com que haja necessidade de mais alimentos em pouco tempo, aumentando assim o consumo de refeições.

Muito tem se falado sobre alimentação saudável e observa-se que cada dia mais os jovens estão preocupados com o peso. De fato, as estatísticas têm demonstrado que a obesidade aumentou em todas as faixas etárias, causando verdadeiro “terrorismo nutricional” com quem está acima do peso considerado normal. O terrorismo nutricional está presente quando se adota dietas mirabolantes, sem princípio científico e que provocam dor e sofrimento a quem as segue, como, por exemplo, as dietas *detox*, dietas sem glúten e outras, disponíveis na mídia, que vendem a ilusão de realizar milagres.

As dietas restritivas são baseadas em punição, na verdade, um mito que ajuda a perpetuar a obesidade, e a promover a saúde!!! Dietas que privam ao invés de dar prazer provocam efeito contrário e demandam mais alimentos para saciar a fome, o desejo e a vontade de comer. Assim, qual é o objetivo de se tomar um ‘*shake*’ no horário do almoço, que não dará saciedade quando nosso organismo necessita de outros tipos de alimentos?

Embora o problema da obesidade no mundo seja real, é importante destacar que a alimentação saudável vai além das

dietas, é parte de uma consciência corporal, de entender como a indústria de alimentos influencia nossas escolhas e modifica o nosso paladar, impedindo mudanças reais e concretas no hábito alimentar.

As pesquisas têm demonstrado que não é a ‘comida de verdade’, a nossa comida tradicional, o arroz com feijão cotidiano que leva a obesidade e às doenças metabólicas (hipertensão – pressão elevada; diabetes, síndrome metabólica, câncer), mas, os alimentos industrializados, com aditivos e conservantes, que não contribuem para satisfazer nossas necessidades nutricionais. Não deveríamos escolher como alimento um produto no qual não conseguimos identificar as substâncias que o compõe. ‘Comida de verdade’ não precisa de explicações, ela é naturalmente saborosa.

Quando a ‘comida de verdade’ passa a ser um problema, observa-se uma verdadeira guerra sendo travada, que é um reflexo de como a sociedade projeta uma imagem corporal inatingível que, muitas vezes, é obtida por programas de imagens que corrigem imperfeições. O sofrimento advindo dessa imagem irreal faz com que as pessoas comam mais, ou adotem práticas alimentares cada vez menos saudáveis e que refletem em sua saúde.

É fato que grande parte dos transtornos alimentares tem início em dietas mal orientadas, restritivas e punitivas, que tornam a restrição permanente, como meio de controle sobre o corpo. Se observarmos as redes sociais veremos que há um verdadeiro assédio sobre as pessoas que estão fora dos padrões estéticos vigentes, fotos e imagens que transferem a culpa ao indivíduo por não ser magro, não ser ‘perfeito’. Esse novo tipo de assédio vem sendo chamado de ‘gordofobia’ e tem sido combatido insistentemente por grupos que entendem a complexa dinâmica alimentar que está por trás da escolha dos alimentos.

Quem cria essa imagem irreal, ‘pseudo’ saudável é a indústria da dieta. O argumento utilizado pela indústria das dietas quando elas falham e você volta a ganhar peso é que você falhou, por falta de disciplina e controle! Ninguém vive de batata-doce, tapioca e frango grelhado somente! Nem de ‘shake’!

Então, como se controla o peso?

Como se diminui a obesidade?

Melhorando a alimentação e o estilo de vida, conseguimos atingir o equilíbrio e, conseqüentemente, conseguimos atingir o peso saudável. Veja bem, 'peso saudável' é diferente de 'peso ideal'. Peso saudável é aquele obtido por meio de atividade física e alimentação saudável. Já o peso ideal é baseado em fórmulas matemáticas que estimam o peso para cada idade e sexo. O método mais conhecido de peso ideal é o Índice de Massa Corporal (IMC).

Outro ponto a ser considerado é o mito relacionado aos 'superalimentos' ou seja, alimentos tão poderosos que sozinhos podem evitar que a doença ocorra. Porém, isto não é verdade, pois qualquer substancia que seja descrita como é milagrosa, é no mínimo suspeita. Somos onívoros, comemos de tudo, e é o conjunto dos alimentos que consumimos diariamente durante toda a nossa vida, da infância a vida adulta, associados ao estilo de vida que nos torna seres humanos saudáveis. Estilo de vida é um sentido mais amplo, envolve a prática de exercícios físicos, evitar o consumo de álcool e cigarro; controlar o estresse; o sexo seguro, entre outras atitudes que, quando não são realizadas, podem comprometer a saúde. O que determina o surgimento da doença é o conjunto desses fatores, que podem ser controláveis.

Retomando a pergunta inicial, porque a alimentação saudável parece, às vezes, ser difícil de ser alcançada, devemos entender que não é tão difícil quanto parece. Há vários fatores envolvidos, como já vimos anteriormente. Quando pensamos em alimentação saudável, devemos pensar no que gostamos de comer, o que nos faz bem, e o que os nossos avós reconheceriam como alimentos.

As escolhas alimentares devem partir de alimentos frescos, como frutas e legumes, que são ricos em nutrientes. Ao longo dos anos, os brasileiros vêm diminuindo o consumo desses alimentos e inserindo outros processados, que são ricos em açúcares, xarope de frutose (que não é natural), aditivos químicos, e que pode até ter um sabor bom, mas, que é artificial e modifica o paladar, para que você precise cada vez mais de alimentos desse tipo.

Quando escolhemos alimentos processados, estamos nos afastando do que é saudável, do que pode manter a nossa saúde, e melhorar a nossa relação com o peso corporal. Os alimentos tradicionais como o arroz com feijão são sempre menos calóricos quando comparados a outras opções não tradicionais, como por exemplo, sanduíches de redes de *fast food*. Ao escolher esse tipo de alimento, estamos copiando uma cultura que não é nossa, um hábito alimentar diferente do nosso, e que pode trazer prejuízos em longo prazo.

Relembrando uma música famosa da década de 80, “será que então tudo que eu gosto é ilegal, é imoral ou engorda?” Não! Pensar dessa forma nos remete ao começo do capítulo e ao terrorismo nutricional. Na verdade, o que compromete as escolhas saudáveis é optar por uma alimentação com excesso de alimentos processados e *‘fast food’*. Escolher eventualmente outros tipos de alimentos faz com que sejamos humanos, e haja entendimento do papel do alimento em nossa vida, ou seja, além de nutrir o corpo, deve ser bom para o espírito.

Outro aspecto importante que devemos considerar na escolha dos alimentos, especialmente hortaliças e frutas, que influencia na gênese do câncer, por exemplo, é o uso de alimentos orgânicos. Quando optamos por esse tipo de hortaliças, por não usarem agrotóxicos, são mais seguras para consumo. Infelizmente, a indústria do pesticida agrícola coloca nossa saúde em risco, pois esses produtos químicos deixam um rastro nos alimentos que têm efeito cumulativo.

Ainda considerando o hábito alimentar saudável é importante incorporar a diminuição do sal e do açúcar no nosso cotidiano. O excesso de sal é responsável por grande dos problemas cardiovasculares, como por exemplo, hipertensão arterial. Comemos alimentos que contem muito sal, como os industrializados, mas também adicionamos muito sal aos alimentos, na forma de aditivos disfarçados de temperos, como o tempero industrializado do arroz, do feijão, da salada, que por serem a base de glutamato monossódico, são mais adocicados, fazendo com que coloquemos

mais sal para sentir o ‘sabor’, que poderia ser reforçado por ervas frescas e secas, como a saladinha, cebolinha e outros temperos.

A partir do momento que começamos a diminuir essas duas substâncias da nossa alimentação passamos a sentir mais o sabor dos outros alimentos, como as frutas e verduras, que antes pareciam sem graça ou amargos demais, passam a ter sabor agradável e fresco, facilitando o consumo.

Pensando na influência da mídia nas nossas escolhas alimentares e nas indústrias de alimentos, preocupadas em vender compostos alimentícios sem se preocupar com a saúde, o caminho natural para a alimentação saudável parece ser optar por alimentos frescos e variados, comida de verdade, de preferência feita em casa, e esquecer todo tipo de alimento que tenha sofrido processamento e que o alimento primário, que deu origem a ele, não possa ser reconhecido.

Relembremos uma personagem infantil famosa, que comia de tudo, estava sempre com fome e nunca engordava. O que ela comia nos quadrinhos? Frutas entre as principais refeições e as refeições preparadas por sua mãe! Parece um reflexo de estilo de vida que ficou no passado? Nem tanto! É só nos organizarmos para termos refeições frescas em casa, levar para o trabalho e ganharmos mais energia do que se ingerirmos comidas industrializadas ou ultraprocessadas na rua!

Para facilitar, vamos ver algumas sugestões de como a nossa alimentação pode ficar mais saudável. Lembre-se são apenas sugestões, você é a(o) responsável pelas escolhas que faz, e uma escolha menos saudável, não implica dizer que você fracassou, ou que vai ser punido por isso.

É importante, no entanto, entender o processo que norteia as



nossas escolhas e fazermos o possível para termos um estilo de vida mais saudável, mais consciente e, conseqüentemente, mais magro e feliz!



Dicas:

1) Aumente para cinco porções diárias de legumes e verduras

Isso significa comer pelo menos **três** porções de vegetais no almoço e **duas** no jantar. O consumo de hortaliças aumenta a saciedade e fornece vitaminas e minerais importantes para o organismo.

2) Aumente o consumo de frutas para três unidades ou fatias ao dia

As frutas são ótimas opções de lanche, tem sabor adocicado e ajudam a diminuir a vontade de comer alimentos doces. Também são práticas para se carregar na bolsa e ótimas se precisarmos de líquido.

3) Amplie a variedade de alimentos!

Não adianta comer os mesmos alimentos todos os dias! Quando comemos alimentos diferentes, ingerimos nutrientes diferentes. Para isso devemos aproveitar as estações e os alimentos de época. Alimentos de época sempre são mais econômicos e mais fáceis de encontrar. Experimente!

4) Escolha alimentos integrais!

Eles têm mais nutrientes, dão mais saciedade, têm processamento menor pela indústria de alimentos, logo, são mais naturais.

5) Diminua o sal e açúcar!

Eles são responsáveis pelas doenças metabólicas, uma vez que o consumo desses temperos está acima do recomendado. Use-os com moderação e evite alimentos industrializados que são ricos nessas substâncias.

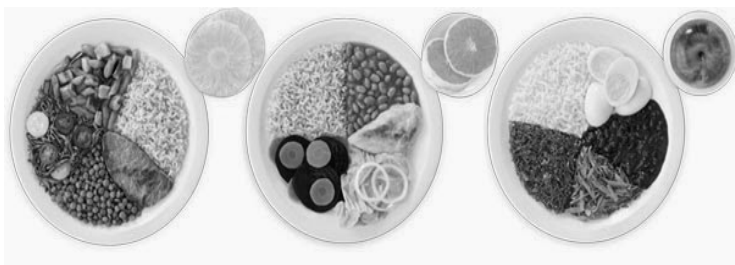
6) Procure cozinhar em casa!

Cozinhar sua própria comida pode ser um prazer extra para você!!



Cozinhar alivia o estresse e pode ajudá-la(o) a encontrar combinações novas de alimentos e temperos.

É divertido, e muito mais econômico do que comer todos os dias fora de casa.



7) Procure escolher alimentos orgânicos

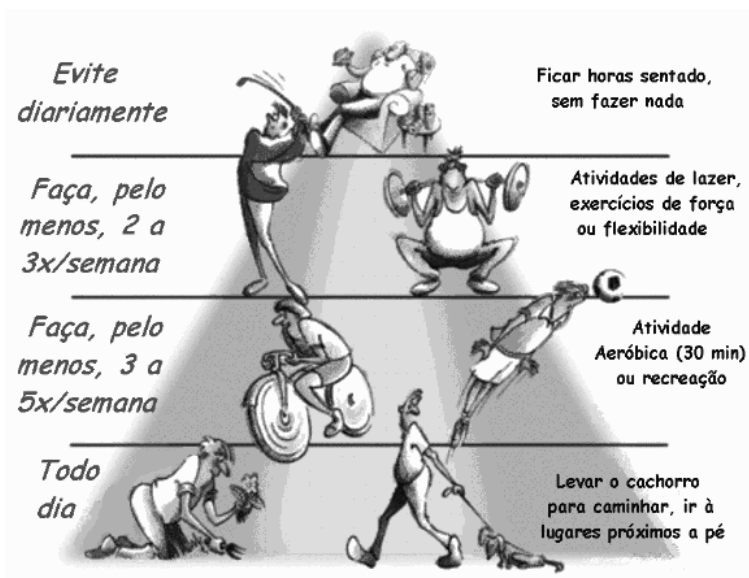
Embora os alimentos orgânicos ainda sejam, em geral, mais caros e, muitas vezes, difíceis de encontrar, a relação custo-benefício compensa, uma vez que os alimentos tradicionais têm maior teor residual de agrotóxicos, o que a longo prazo, também pode prejudicar nossa saúde. Nesse caso, a qualidade é mais importante do que a quantidade.

8) Mantenha-se ativo!

A atividade física é fundamental para o bem-estar físico, mental e social. É um ótimo meio de controlar a fome e ansiedade e ficar feliz.

O exercício físico ajuda a produzir endorfinas, que produzem a sensação de felicidade e bem-estar. Separe um tempo do seu dia para isso.

Andar de bicicleta, dançar, andar, passear com o cachorro, são exemplos de exercícios diários que podem ajudar a nos tornarmos ativos.





9) Leia o rótulo dos alimentos!

Não compre um alimento somente pela propaganda.

Leia atentamente o rótulo dos alimentos industrializados e analise:
você reconhece os ingredientes citados ali?

Você entendeu o que está descrito como ingrediente?

O primeiro ingrediente é açúcar ou gordura?

Qual o tempo que ele demora a estragar? (data de validade)

Tem alguma alegação nutricional (light, diet, saudável, fitness, pouco sal ou pouca gordura)?

Essas perguntas são importantes para você reconhecer o quanto um alimento é ou não saudável. Analise criticamente antes de gastar dinheiro comprando **calorias vazias**.

Referência

Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar da População Brasileira (2014). 2.ed. Disponível em:
<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>

Acesso em 1 jun 2016.

Urgências e emergências em instituições de longa permanência para idosos

Ana Paula Boaventura
Cleuza Aparecida Vedovato

O envelhecimento populacional, aliado aos avanços tecnológicos e científicos, tem possibilitado o aumento na expectativa de vida, e representa um fenômeno mundial com crescimento em nosso país.

Enquanto que a independência favorece a permanência de idosos junto à família, na medida em que a demanda por cuidados se intensifica a tendência à institucionalização torna-se acentuada ^(1,2).

Na demanda por cuidados decorrentes das alterações fisiológicas do próprio envelhecimento, a principal delas relaciona-se a diminuição progressiva na capacidade funcional, também definida como competência para executar atividades que lhes permitem cuidar de si próprio e viver independentemente em seu meio ⁽¹⁾.

A diminuição desta capacidade funcional nos idosos leva a repercussões físicas, como dificuldade para se locomover, para se alimentar e deglutir os alimentos, bem como executar as tarefas de autocuidado e as atividades da vida diária. Dado que a instalação das limitações ocorre de maneira progressiva, os idosos tentam manter a execução das atividades expondo-se como quedas, engasgo, queimaduras, ferimentos, entre outras ^(1,3-7).

Em estudo realizado no município de Pelotas, para avaliar a prevalência de quedas entre os idosos institucionalizados, a prevalência de quedas foi 33,5%, sendo o dormitório o local de

maior prevalência (37%). Do total de indivíduos que relataram queda, 16,9% fraturaram-se devido este evento ⁽⁴⁾.

A incidência anual de um episódio de queda em idosos é 30% e pode estar associada a síncope, segundo a American Heart Association. A manifestação clínica da síncope em idosos é muitas vezes variável e atípica. Os sinais e sintomas incluem hipotensão ortostática, distúrbios da marcha, tonturas, amnésia, interações medicamentosas, e outras alterações relacionadas a redução na ingestão hídrica e na capacidade para manter-se hidratado, resposta dos barorreceptores, e resposta da frequência cardíaca a posição ortostática e outras disfunções autonômica. Estas alterações fisiológicas, associadas ao uso freqüente de múltiplos medicamentos, são fatores de risco síncope, conseqüentemente, aumentam o número de quedas. Entretanto especial atenção deve ser dada à síncope como precursora da morte súbita, particularmente em idosos com doença cardíaca subjacente ⁽⁸⁻⁹⁾.

Outra disfunção comumente observada no decorrer do envelhecimento é a disfagia, a qual leva a frequentes engasgos durante as refeições. Investigação em idosos na faixa etária de 71-90 anos, que sofreram parada cardiorrespiratória decorrente de asfixia por engasgo, revelou que a maioria das vítimas apresentava afecções clínicas como a demência, que afetavam negativamente a mastigação/deglutição. Após a ressuscitação cardiopulmonar (CPR), 78% das vítimas restabeleceram a circulação espontânea, porém, apenas 7% tiveram alta hospitalar. Este resultado pode estar relacionado ao tempo entre o intervalo de asfixia-ressuscitação o qual foi ≤ 10 min em todos os sobreviventes, e acima de 10 minutos em todos os não-sobreviventes. Os autores do estudo comentam que devido à idade avançada e condição debilitante em geral, pode ser difícil incrementar substancialmente os resultados das vítimas por asfixia alimentar, porém consideram fundamental a presença de

pessoas habilitadas a instituir rapidamente as manobras de ressuscitação no local do atendimento⁽⁵⁾.

A prevalência de doenças crônico-degenerativas em idosos e as disfunções comuns no envelhecimento concomitante as a associação do uso contínuo de várias medicações podem provocar vertigens e até mesmo convulsões, aumentando o risco de acidentes e quedas. Deve-se considerar, ainda, os riscos cardiovasculares e cerebrovasculares nos portadores de diabetes mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, que tendem a evoluir para os acidentes vasculares encefálicos ou até mesmo para a parada cardiorrespiratória⁽⁵⁻⁷⁾.

Frente ao exposto, os idosos institucionalizados chamam a atenção pela fragilidade física e dependência que demandam progressivamente, cuidados qualificados e específicos. Soma-se a isso a relevância para o atendimento de emergências nas instituições de longa permanência justificado pelo complexo nível de dependência pelas afecções já instaladas, elevado número e classe de medicamentos em uso contínuo e riscos de complicações apresentadas.

O treinamento da população para instituir rapidamente o suporte básico de vida na comunidade é recomendado em escala mundial. Para tanto é necessário pessoas capacitadas para a prevenção, avaliação e condutas adequadas nas situações de emergência. Atitudes simples relacionadas à prática de primeiros socorros, em muitos casos são fundamentais para prevenir agravos provocados por meio de condutas inadequadas que acarretam danos às vítimas e, ainda, evitam a solicitação excessiva, desnecessária e até mesmo incorreta do socorro especializado em emergência⁽¹⁰⁻¹⁴⁾.

As situações de emergências comumente ocorrem em instituições de longa permanência para idosos e exigem primeiros

socorros imediatos pela equipe responsável pelo cuidado destes idosos são: 1. engasgo, durante a alimentação e administração de medicamentos; 2. quedas da própria altura durante a locomoção, mesmo com auxílio e apoio; 3. acidente vascular encefálico e parada cardiorrespiratória.

Para o rápido atendimento e encaminhamento da vítima é necessário que as pessoas próximas ao evento estejam habilitadas a reconhecer e instituir o mais precoce possível as manobras de primeiros socorros, visando minimizar os danos e otimizar a sobrevivência e o prognóstico.

Assim, faz-se necessário o treinamento periódico em primeiros socorros, com intervalo mínimo de seis meses, segundo as recomendações das diretrizes mundiais. Além disso, as instituições precisam ter um plano eficaz de atendimento de emergências eficaz em conjunto com o Serviço de Atendimento Médico de Urgência mais próximo, para o rápido encaminhamento da vítima.

Além disso, é importante a implementação de um Programa de Pronto Atendimento em primeiros socorros nas instituições com idosos, preparando funcionários e estabelecendo junto a estas instituições um plano de atendimento às emergências, conforme as diretrizes mundiais de Emergências Cardiovasculares e Ressuscitação Cardiorrespiratória elaboradas pelo “*International Liaison Committee on Resuscitation*” (ILCOR).

Referências

1. Lisboa CR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(3):482-7.
2. Gautério DP, Santos SSC, Pelzer MT, Barros EJ, Baumgarten L. Caracterização dos idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(6):1394-9.
3. Ianesa AH, Robbins J. Dysphagia in the Elderly. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2008;19(4): 853–x.

4. Carvalho MP, Luckow ELT, Siqueira FV. Quedas e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Pelotas (RS, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2945-52.
5. Inamasu J, [Miyatake S](#), [Tomioka H](#), [Shirai T](#), [Ishiyama M](#), [Komagamine J](#), [Maeda N](#), [Ito T](#), [Kase K](#), [Kobayashi K](#). Cardiac arrest due to food asphyxiation in adults: Resuscitation profiles and outcomes. *Resuscitation*. 2010;81(9):1082-6.
6. Del Duca GF, Nader GA, Santos IS, Hallal PC. Hospitalização e fatores associados entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. *Cad. Saúde Pública*. 2010;26(7):1403-1410.
7. Gawryszewski VP. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no Estado de São Paulo *Rev Assoc Med Bras* 2010;56(2):162-7.
8. Rodrigues J, Ciosak SI. Idosos vítimas de trauma: análise de fatores de risco. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(6):1400-5.
9. Strickberger SA, Benson DW, Biaggioni I, Callans DJ, Cohen MI, Ellenbogen KA, Epstein AE, Friedman P, Goldberger J, Heidenreich PA, Klein GJ, Knight BP, Morillo CA, Myerburg RJ, Sila CA. AHA/ACCF Scientific Statement on the Evaluation of Syncope From the American Heart Association Councils on Clinical Cardiology, Cardiovascular Nursing, Cardiovascular Disease in the Young, and Stroke, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group; and the American College of Cardiology Foundation In Collaboration With the Heart Rhythm Society. *Circulation*. 2006;113:316-27.
10. Sayre MR, Koster RW, Botha M, Cave DM, Cudnik MT, Handley AJ, et al. 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations: Part 5: Adult Basic Life Support: 2010 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations *Circulation*. 2010;122:S298-S324.
11. Abella BS, Aufderheide TP, Eigel B, Hickey RW, Longstreth WT, Nadkarni JV et al. AHA Scientific Statement: Reducing Barriers for Implementation of Bystander-Initiated Cardiopulmonary Resuscitation: A Scientific Statement From the American Heart

Association for Healthcare Providers, Policymakers, and Community Leaders Regarding the Effectiveness of Cardiopulmonary Resuscitation. *Circulation*. 2008;117:704-9.

12. Markenson D, Ferguson JD, Chameides L, Cassan P, Chung KL, Epstein JL, et al. American Heart Association and American Red Cross International Consensus on First Aid Science With Treatment Recommendations: Part 13: First Aid: 2010 American Heart Association and American Red Cross International Consensus on First Aid Science With Treatment Recommendations, 2010. *Circulation*. 2010;122:S582-S605.

13. Neset A, Birkenes TS, Myklebust H, Mykletun RJ, Odegaardand S., Kramer-Johansen J. Abstract P156: Elderly Laypersons Can Perform Ten Minutes of Cardiopulmonary Resuscitation on Manikins with Human-like Chest Properties. *Circulation*. 2009;120:S1475.

14. Keuper W, Brouwer MA, BonnesJL, KarlssonT, LindqvistJ, SmeetsJL, Verheugtand FW, Herlitz J. Abstract 50: Time to Defibrillation in Witnessed Out-of-Hospital Cardiac Arrest: Impact on Survival Chances Between Elderly and Younger Patients .*Circulation*, 2012;126;A50.

Condições de trabalho e estilo de vida entre feirantes na cidade de Campinas – SP*

Simone Patrícia Mondin Micaroni
Inês Monteiro

Introdução

Os feirantes correspondem a trabalhadores que atuam na comercialização de produtos e serviços de diversas áreas como frutas, verduras, legumes, peixes, laticínios, pastel, roupas, utilidades, brinquedos, artesanato e até conserto de painéis.

Sato (2007) descreve algumas características do cotidiano da organização do trabalho em feira-livre, a partir de uma pesquisa empírica em uma feira na cidade de São Paulo, além de entrevistas com os feirantes. As feiras são entendidas a partir da compreensão do processo de urbanização dos países de baixa renda, segundo Milton Santos, com dois circuitos econômicos: o superior e o inferior, sendo o primeiro orientador do segundo, o que resulta em uma convivência tensa. No caso das feiras livres, estas seriam o circuito inferior e os grandes super/hipermercados, o circuito superior. Isto foi evidenciado inúmeras vezes no discurso dos feirantes, sob a forma da ameaça da extinção das feiras-livres, pela queda no movimento das feiras, em decorrência do recrudescimento do número de supermercado.

A feira-livre é uma atividade itinerante que dá espaço à convivência social e que se dinamiza em relações de cooperação e competição, organizando-se de acordo com cada situação, cada lugar e cada circunstância, determinando diferentes feições de um mesmo feirante em diferentes feiras. A autorregulação é feita pelos próprios feirantes, de acordo com o ambiente social, cultural e econômico no qual acontece a feira. (Sato, 2007).

Almeida (2007) narra, a partir da análise de discurso dos entrevistados, as diferenças nacionais encontradas em feiras de regiões distintas do Brasil, as influências e novidades, acrescidas aos hábitos alimentares, que uma entrevistada relata ter identificado percebido quando se mudou de Fortaleza - CE, para São Bernardo - SP.

* Pesquisa de iniciação científica financiada pelo CNPq.

Também narra as diferenças e mudanças que brasileiros sentiram das feiras-livres do Brasil ao mudarem-se para outros países, como na

França, onde as feiras não contam com barracas de pastel e, no Japão, onde não há nada parecido com o ambiente exuberante e colorido típico das feiras-livres brasileiras.

Diante do pequeno número de publicações e do interesse pela atividade vivenciada pela família da primeira autora, procurou-se identificar o perfil de feirantes que atuam em feiras-livres na cidade de Campinas, que contava na época do estudo com 83 feiras-livres, que funcionam de terça-feira a domingo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição. Foi realizado um estudo transversal, descritivo, com dados coletados por meio de entrevistas com os feirantes, utilizando-se questionário com informação sobre dados sociodemográficos, de estilo de vida e trabalho – QSETS (MONTEIRO, 1996), incluindo trabalhadores que atuassem em feira-livre e que estivessem trabalhando no momento de visita às feiras e excluindo trabalhadores que se recusassem a participar da pesquisa, que estivessem afastados por licença gestante e/ou licença saúde no momento da realização da pesquisa. Foram entrevistados 50 feirantes.

Resultados

A amostra foi composta por 50 feirantes, sendo 30 do sexo masculino (60%) e 20 do feminino (40%).

A idade dos feirantes variou entre 21 a 68 anos de idade, sendo a maioria (26) acima de 50 anos de idade (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos feirantes segundo faixa etária.

Faixa etária (anos)	N	%
21 a 30	6	12
31 a 40	7	14
41 a 50	10	20
51 a 60	14	28
61 a 68	12	24
Sem resposta	1	2

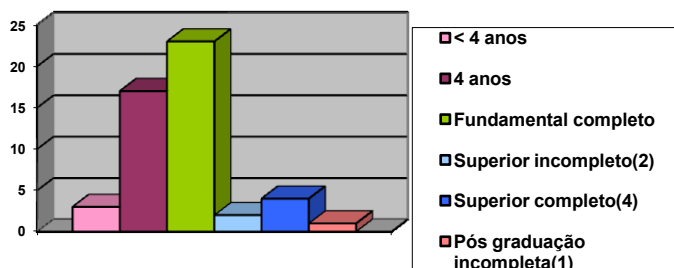
A maioria (76%) era casado(a)/vivia com companheiro(a); 16% solteiros(as); 4% eram separados(as) e 4% viúvos(as). Dos entrevistados, 41 relataram possuir filhos (um a três filhos) e nove não possuíam.

A maioria das mulheres (aproximadamente 70%) além da atividade como feirantes realizavam também tarefas domésticas, enquanto que aproximadamente 52% dos homens realizavam tarefas domésticas.

Quanto à escolaridade a maioria dos feirantes havia concluído o ensino fundamental. Apenas três referiram estar estudando no

momento sendo um em supletivo, um concluindo ensino médio e um cursando educação superior (figura 1).

Figura 1. Distribuição dos feirantes segundo escolaridade.



A realização de atividade física foi pequena, sendo que, entre 49 respostas obtidas, 34,7% responderam afirmativamente e 65,3% não realizavam atividade física. Dentre as atividades praticadas, a principal foi a caminhada (com oito praticantes, dos quais 1 também praticava natação e 1 hidroginástica), a segunda foi o futebol (4 praticantes), natação (2 praticantes, dos quais 1 também praticava caminhada) e, por último, hidroginástica (1 praticante, que também caminhava). Quanto analisado o Índice de Massa Corpórea - IMC, obteve-se 60,4% dos entrevistados com resultado igual ou superior a 25, a partir do qual se tem sobrepeso ou graus diferentes de obesidade.

Sobre o vínculo de trabalho, 63,3% se declararam proprietários das bancas de feiras em que trabalhavam; 18,4% eram autônomos, 16,3% eram familiares de proprietário(a) e 2% declararam possuir carteira de trabalho assinada. O tempo de trabalho no ramo de feiras-livres variou de cinco meses a 52 anos, mesmo intervalo para o tempo de trabalho na empresa.

Em relação aos riscos autorreferidos 92,5% relataram que levantar peso (15% em quase todo tempo e outros 15% em metade do tempo de trabalho); 86% referiram movimentos repetitivos (23,3% em todo tempo, 18,6% em quase todo tempo); 43 feirantes referiram trabalhar em pé em algum momento (30 todo tempo, cinco em quase todo tempo). Sobre o trabalho ser estressante, 66,7% de 30 respostas referiram algum grau de estresse e 57,1% de 28 respostas disseram sentir algum nível de pressão para o expediente acabar.

Em relação à realização de pausas durante o expediente 64,4% relataram realizar pausas, e no dia da entrega do questionário 86,7% dos entrevistados disseram ter se alimentado cedo.

A maioria dos feirantes (89,2%) referiu realizar atividade de lazer (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos feirantes segundo atividade de lazer.

Atividade de lazer	n*
Assistir televisão	28
Ouvir música	14
Visitar família	14
Passear	14
Frequentar igreja	11
Ler jornal	10
Reunião com Amigos	10
Ir ao cinema	8
Atividades de jardinagem	7
Almoçar/jantar fora	7
Ler livros	5
Utilizar computador	5
Dançar	3
Frequentar associação	2
Fazer tricô/ crochê/ bordado	2
Atividades em horta	2
Pescaria	2
Atividades de marcenaria	1
Consertos em casa	1
Jogar futebol	1
Limpar a casa	1
Total	148

* mais de uma atividade por entrevistado

O número de horas de sono referidas nos dias em que os trabalhadores exerciam suas atividades laborais foi descrita em 36 questionários – 11,1% dormiam até quatro horas, 55,6% entre cinco e seis horas; 30,6% entre sete e oito horas e 2,7%, mais de oito horas por noite.

Os entrevistados relataram que o que mais gostavam no trabalho como feirantes eram os aspectos relacionados aos relacionamentos interpessoais.

Quando questionados sobre o que cansa em seu trabalho, 48,4% citações foram referentes a montagem e desmontagem da barraca, 16,1% levantar cedo, 9,7% intempéries como chuva e calor, 9,7% ter de ficar em pé, 9,7% aos esforços físicos demandados pelo serviço e, o restante, sobre problemas com condução e um sobre baixas vendas

Finalmente, quando questionados sobre possuírem doenças por opinião própria e/ou diagnóstico médico, quarenta responderam afirmativamente (doenças musculoesqueléticas e circulatórias).

Discussão e Conclusão

Os resultados obtidos por meio da análise dos questionários e da observação das feiras revelaram que as feiras-livres aparentemente são um local trabalho no qual existe a predominância masculina.

Além disso percebe-se predomínio da dupla jornada de trabalho entre as mulheres, a maior parte delas realizava tarefas domésticas, além do trabalho nas feiras-livres o que, segundo Senna e Freitas (1994), revela uma dupla exploração, mas também a inserção da mulher na produção de valores de troca.

A maioria (85%) possuía filhos e 79% desses trabalhadores respondiam por pelo menos 50% da renda familiar, e o rendimento mensal de 80% dos entrevistados correspondia de 380 a 1519 reais, apenas, nesses núcleos familiares. 40% haviam concluído apenas quatro anos do ensino fundamental. Essa baixa escolaridade, segundo abordagem feita por Stulp (2006), seria um agravante para o alcance de melhores rendimentos financeiros por parte dos trabalhadores, pois, o alcance de melhor renda está relacionado à oferta de melhores empregos e escolaridade mais elevada.

Mais de 50% dos feirantes tinham 50 anos de idade ou mais, o que, para Moreno, Fischer e Rosenberg (2003), representa risco associado ao desenvolvimento de problemas de saúde e ao envelhecimento funcional precoce por ser fator de risco para a intolerância ao trabalho devido à mudança dos ritmos biológicos.

Os principais riscos autorreferidos pelos feirantes foram: movimentos repetitivos e trabalho em pé, expressando danos à saúde em virtude dessas condições visto que a principal queixa de doenças entre os mesmos foram as doenças musculoesqueléticas e vasculares.

Os agravos à saúde ainda podem ser potencializados pela baixa porcentagem de trabalhadores que realizavam atividade física (34,7%) e o Índice de Massa Corpórea correspondente a sobrepeso em 60,4%. Outro aspecto importante é o pequeno número de horas de sono em decorrência do trabalho, relatadas pelos feirantes, pois 66,7% referiram até seis horas de sono/noite.

Mesmo diante do desgaste físico e mental observado, os feirantes, que em sua maioria são proprietários de seu negócio, relataram gostar da atividade como feirantes, principalmente devido às relações interpessoais que dela advém. Sato (2007) também mencionou as relações interpessoais desdobradas entre os feirantes e clientes como algo característico desse ambiente, sendo esse um diferencial positivo para feirantes e clientes.

Foi possível constatar problemas de infraestrutura das feiras, que não possuíam banheiros próprios para os feirantes e em relação à segurança,

já que algumas feiras contam com seguranças pagos pelos próprios feirantes para circular à paisana.

Além destes aspectos, notou-se o que Sato (2007) relata: a feira livre como espaço de trabalho cheio de beleza, da brincadeira e move-se num mundo ritual, o que faz sobressair sua dimensão como espaço de convivência social. O vínculo estabelecido entre a primeira autora e os feirantes, que ao lhe verem de longe já a cumprimentavam acenando e chamando-a, contando-lhe sobre suas vidas, experiências e até expondo seus problemas, que lhe ofereciam suas mercadorias e até fizeram-na prometer que quando concluísse sua graduação voltaria às feiras para contar-lhes esse fato, confirmou que essas pessoas, espontâneas e atenciosas em seu modo de mesclar trabalho como fonte de renda e de estabelecimento de relacionamentos, são artistas do comércio que oferecem muito além do que mercadorias ou serviços são trabalhadores que oferecem a amizade no trato sem cobrar-lhes por isso.

Referências

MORENO, C. R. C.; FISCHER, F. M.; ROTENBERG, L. A saúde do trabalhador na sociedade 24 horas. **São Paulo Perspec.** v.17 n.1 São Paulo jan./mar. 2003

MONTEIRO, M. I. Instrumento para coleta de dados sociodemográficos, aspectos de saúde, trabalho e estilo de vida. Campinas, 1996, atualizado em 2006.

SATO, L. Processos cotidianos de organização do trabalho na feira livre. **Psicologia & Sociedade**; 19, Edição Especial 1: 95-102, Porto Alegre, 2007.

SENNA, D. M.; FREITAS, C. U. A mulher em particular. In: ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.; BUSCHINELLI, J. T. P. (orgs). **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil.** Petrópolis, Vozes, 1994. p.359-75.

SERVIÇOS TÉCNICOS GERAIS – SETEC.

http://www.campinas.sp.gov.br/setec/solo_publico/feiras. Acesso em 01 de julho de 2008.

STÜLP, V. J. Efeitos dos setores econômicos e da escolaridade sobre o rendimento do trabalho no Rio Grande do Sul. **RER**, v. 44, n 1, p. 099-118, Rio de Janeiro jan/mar 2006.

VICTORIA MORI, F. M. L. Feiras livres: um espaço para o gerenciamento social de enfermagem: um estudo comparado entre Rio de Janeiro/ Brasil e Trujillo/ Peru. **Tese (doutorado).** Escola de Enfermagem Anna Nery para a obtenção do grau de doutor. Rio de Janeiro; dez. 2001. 246 p.

Entrepreneurship: micro, small and medium-sized enterprises in Brazil and Nordic countries

Inês Monteiro

Simo Kaleva

André Felipe Monteiro Cocco

Helena Palmgren

In this chapter we will present data from part of the Nordic countries – Norway, Sweden, Denmark and Finland, and about Brazil concerning the small and medium-sized enterprises – SMEs.

Micro, small and medium-sized enterprises are essential to promote “economic growth, innovation, job creation, and social integration in the EU”¹ (European Union) and the same is true for Brazil.

Furthermore, it is an important way to fight against the economic crisis and to improve work inclusion.

The European Commission - EC is the “executive body of the European Union. It represents the interests of the European Union as a whole”².

The EC takes in consideration two factors to define the company category: staff account and turnover or balance sheet total³.

Figure 1. Company's category according to the European Commission.

Company category	Staff headcount	Turnover or	Balance sheet total
Medium-sized	50 to <250	> € 10 m and ≤ € 50 m	≤ € 43 m
Small	10 to <50	> € 2 m and ≤ € 10 m	≤ € 10 m
Micro	< 10	≤ € 2 m	≤ € 2 m

Source: European Commission ³.

The number of small and medium sized enterprises stands for 99.8% of total number of enterprises in the European Union; for 99.7% in Denmark and Finland, for 99.8% in Sweden ⁴; and 98.8% in Norway⁵.

The European Commission has a formal infrastructure to give support for SMEs and the following actions are provided by the EU for SMEs:

creates a business friendly environment; promotes entrepreneurship; improves access to new markets and internationalisation; facilitates access to finance; supports SME competitiveness and innovation and provides key support networks and information for SMEs ⁶.

The access to finance is essential to the creation and maintenance of the small and medium-sized enterprises.

In Denmark, the Danish Growth Fund and the Export Credit Fund are the main suppliers of financing schemes for SMEs. They provide so-called get-started loans, subordinated loans and equity capital. [...] In Finland, policy initiatives regarding access to finance for SMEs has mainly been through the state-owned financing company and export credit agency Finnvera.

[...] the Norwegian Innovation Norway supports the SMEs [...] by providing small loans and guarantees. The Swedish government targets the country's SMEs through the state-owned self-financed agency Almi Företagspartner that offers project and innovation loans and export financing, often in cooperation with local banks ⁷.

The Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas – SEBRAE (Brazilian Micro and Small Business Support Service), in Brazil, classify the company's category as follow ^{4a} and through the balance sheet total:

Figure 2. Company's category according to the Brazilian Micro and Small Business Support Service.

Enterprise category	Commerce and Service sectors (number of employees)	Industry (number of employees)
Micro	up to 9	up to 19
small	10 - 49	20 - 99
medium	50 - 99	100 - 499
large	≥ 100	≥ 500

Source: Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. 2015 ⁸.

The number of SMEs in Brazil stands for 99% of the total number of enterprises (6.6 million of enterprises), in 2013 ⁹.

In São Paulo state, the most developed in Brazil, the SMEs were responsible for 48% of the total number of jobs, and for 27% of the Gross Domestic Product – GDP. The distribution of the SMEs according to the activity sector is: service sector – 40%; commerce – 38%, agribusiness 9%, industry – 9% and construction industry – 4%. The survival rate for enterprises

was 78.1%, and two enterprises in ten close the door in two years of functioning ¹⁰.

Have access to information from different countries about SMEs and entrepreneurship is an important tool for spreading knowledge and encourage action.

One important fact to highlight is that “entrepreneurship is a skill that can be learnt. [...] You can become one by developing an entrepreneurial mind set and skills” ¹¹.

References

1 European Risk Observatory. Contexts and arrangements for occupational safety and health in micro and small enterprises in the EU – SESAME project. Available from

<https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/contexts-and-arrangements-occupational-safety-and-health-micro>

2 European Commission. About the European Commission. Available from http://ec.europa.eu/about/index_en.htm

3 European Commission. What is an SME? Available from http://ec.europa.eu/growth/smes/business-friendly-environment/sme-definition_en

4 European Commission. Interactive SME database. Available from https://ec.europa.eu/growth/smes/business-friendly-environment/performance-review_en#t_0_0

5 European Commission. Enterprise and Industry. 2014 SBA Fact sheet – Norway. Available from

http://www.google.co.uk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwih5siop4zQAhXGkZAKHWpdC4sQFggBMAA&url=http%3A%2F%2Fec.europa.eu%2FDocsRoom%2Fdocuments%2F16121%2Fattachments%2F28%2Ftranslations%2Fen%2Frenditions%2Fnative&usq=AFQjCNGxqNpvNQyqlpCdt4p_ehzRgihQOQ

6 European Commission. Entrepreneurship and Small and medium-sized enterprises (SMEs).

Available from < http://ec.europa.eu/growth/smes_en

7 Nordic Investment Bank. Well-being of SMEs key for Nordic Baltic Competitiveness. Available from http://www.nib.int/news_publications/interviews_and_opinions/1290/researcher_well-being_of_smes_key_for_nordic_baltic_competitiveness

8 Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. Participação das micro e pequenas empresas na economia brasileira. Relatório executivo. [Brazilian Micro and Small Business Support Service. Participation of the SMEs in the Brazilian economy. Executive report]. February, 2015. Available from <https://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/Estudos%20e%20Pesquisas/Participacao%20das%20micro%20e%20pequenas%20empresas.pdf>

9 Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas; Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. Anuário do trabalho na micro e pequena empresa: 2015 [Brazilian Micro and Small Business Support Service. Inter-union Department of Statistics and Socio-economic Studies. Directory of work in micro and small enterprise: 2015]. Available from <https://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/Anexos/Anuario-do%20trabalho-na%20micro-e-pequena%20empresa-2014.pdf>

10 Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas – São Paulo. Panorama das MPEs paulistas- 2016. [Brazilian Micro and Small Business Support Service. Outlook of SMEs in São Paulo state - 2016]. Available from http://www.sebraesp.com.br/arquivos_site/biblioteca/EstudosPesquisas/mpes_numeros/book_pesquisa_sobre_mpes_paulistas_fe_2016.pdf

11 European Commission. Entrepreneurship education. Available from <https://ec.europa.eu/growth/smes/promoting-entrepreneurship/support/education_en>

