

TERCEIRIZAÇÃO E SAÚDE



TERCEIRIZAÇÃO E SAÚDE

Ivone Martini de Oliveira

Enfermeira do Trabalho

Desde 2008 Comendadora de Honra em Segurança e Saúde no Trabalho

Colaboradora e Representante do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN

Diretora da Associação Nacional de Enfermagem do Trabalho – ANENT

Membro convidada da bancada dos trabalhadores do GTTNR-32

Membro da bancada dos trabalhadores da CTPN-NR32 e da CTPR-NR32

Conselheira do Conselho Federal de Enfermagem 2008/2012

Conselheira do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo 2003/2007

The background of the slide features three interlocking gray gears. The gears are rendered with a 3D effect, showing highlights and shadows on their teeth. They are arranged in a triangular pattern, with one gear at the top and two below it, all meshing together.

TERCEIRIZAÇÃO



Terceirização : Processo de transferência da execução de serviços de uma empresa para outra empresa.

- Principal objetivo é a redução de custos e maior flexibilidade da gestão do trabalho em termos de contratação e demissão. O resultado é um intenso processo de precarização do trabalho;
- Consequências para os trabalhadores: rebaixamento de salários e de direitos; instabilidade; incremento das situações de riscos e aumento de doenças e acidentes de trabalho, inclusive fatais.

- Ao parcelar o processo de trabalho e suas situações de riscos entre várias empresas, a terceirização modifica a própria natureza do trabalho;
- dilui a responsabilidade pelas obrigações trabalhistas entre vários empregadores, com capacidades tecnológicas e financeiras distintas, assim como condições de trabalho também desiguais;
- **riscos passam a ser negligenciados em cadeia, pelas redes de empresas que compõem os processos produtivos, contribuindo para invisibilizar ainda mais os acidentes e doenças do trabalho (FRANCO & DRUCK :2007),**

Condições de trabalho e terceirização, 2013

Condições de trabalho	Setores tipicamente contratantes	Setores tipicamente terceirizados	Diferença Terceirizados/Contratante
Remuneração média (R\$)	2.361,15	1.776,78	-24,7
Jornada semanal contratada (horas)	40	43	7,5
Tempo de emprego (anos)	5,8	2,7	-53,5
Taxa Rotatividade	33	64,4	Dobro

Fonte: Rais 2013. Elaboração: DIEESE/CUT Nacional, 2014.

Nota: setores agregados segundo Class/CNAE2.0. Não estão contidos os setores da agricultura.

Remuneração média em dezembro.

Trabalhadores terceirizados em condição análoga à trabalho escravo no Brasil – informações dos dez maiores resgates em cada ano 2010 a 2013

Ano,	Nº de casos (entre os dez) envolveram terceirizados	Terceirizados resgatados	Contratados diretos resgatados	Total de resgatados
2010	9	891	47	938
2011	9	554	368	922
2012	10	947	0	947
2013	8	606	140	746
TOTAL	36	2.998	555	3.553

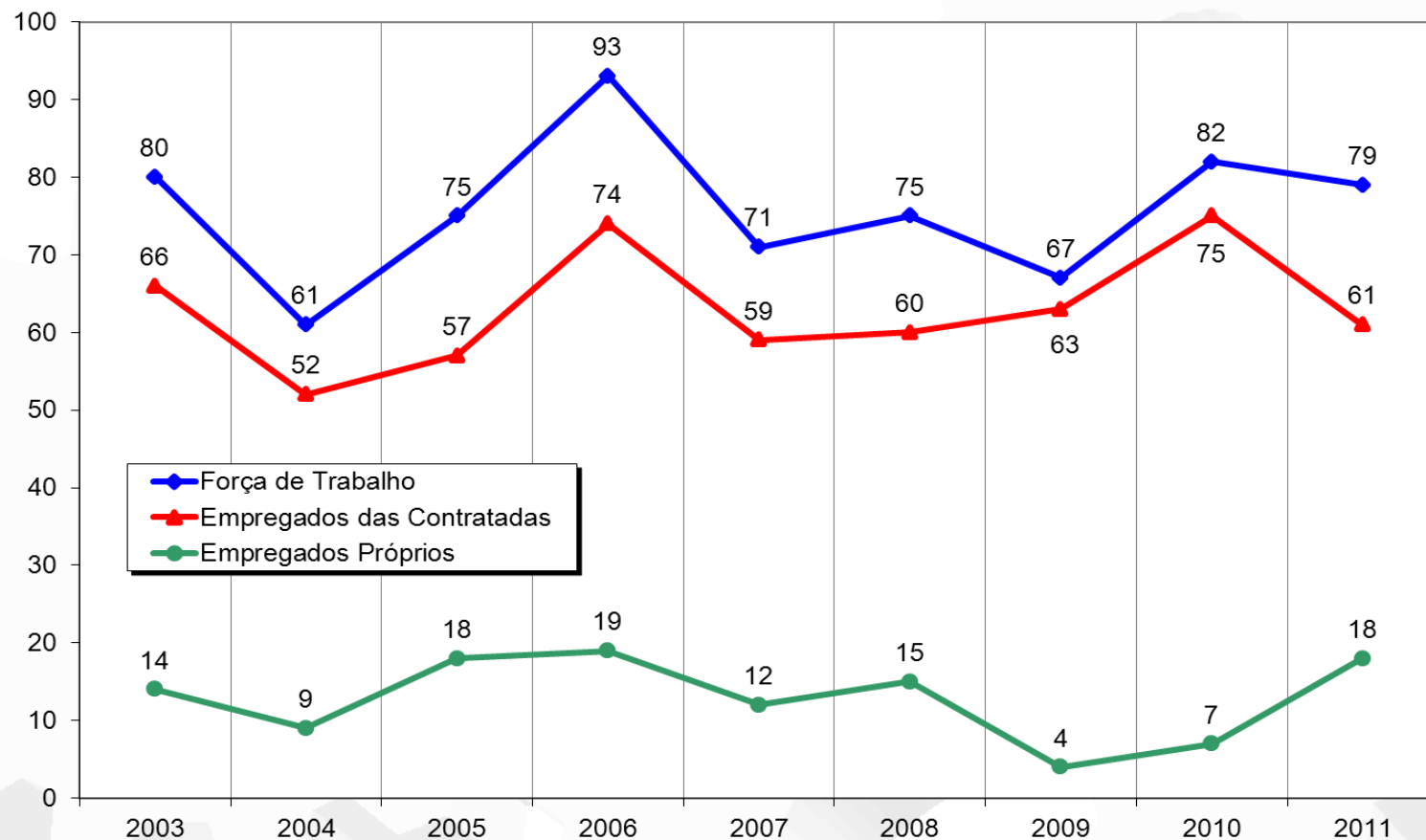
Fonte: Artigo – Terceirização e os limites da relação de emprego de Vítor Araújo Filgueiras – Auditor Fiscal do Trabalho

Terceirização e acidentes fatais no setor da construção por segmentos selecionados – Brasil 2013

Segmento do setor da Construção	Nº de óbitos	Nº de óbitos entre trabalhadores terceirizados	Nº de óbitos entre trabalhadores contratados diretamente
Construção de Edifícios	135	75	60
Obras de acabamento	20	18	2
Obras de terraplanagem	19	18	1
Serviços especializados não especificados e obras de fundação	34	30	4

Fonte: Artigo – Terceirização e os limites da relação de emprego de Vítor Araújo Filgueiras – Auditor Fiscal do Trabalho

Nº de Acidentados Fatais do Setor Elétrico Brasileiro



Fonte: Fundação COGE (Comitê de Gestão Empresarial)

CRESCIMENTO DA TERCEIRIZAÇÃO NO SISTEMA PETROBRÁS



TERCEIRIZAÇÃO E SAÚDE

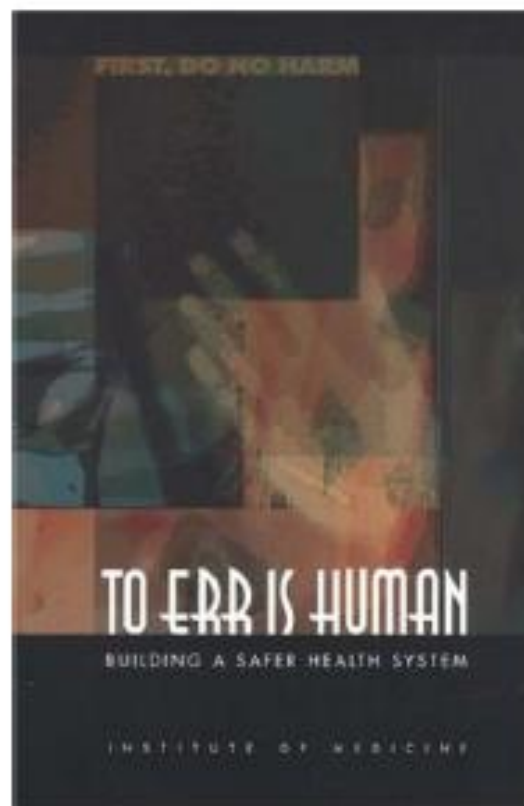


**SEM TRABALHO NÃO
HÁ LUCRO.**



**TRABALHADOR NÃO É
CUSTO
É INVESTIMENTO.**





- Somente 59% dos pacientes recebem o cuidado necessário e em tempo.
- 1 em cada 7 pacientes hospitalizados tiveram pelo menos um evento adverso
- 4% dos pacientes internados sofrem lesões advindas do tratamento que devia curar
- As mortes advindas de eventos adversos médicos e hospitalares são comparáveis às taxas de mortalidade por acidentes com veículos automotores, câncer de mama e AIDS, combinados
- Mais pessoas morrem por ano por eventos adversos medicamentosos do que acidentes de trabalho.
- 8% dos pacientes hospitalizados apresentam desfechos desfavoráveis, que seriam preveníveis
- Mais de 32,000 pacientes desenvolvem infecção P.O. e outras complicações preveníveis



Diagnóstico

A maior parte destas ocorrências poderia ser evitada com medidas para ampliar a segurança do paciente no hospital

País	Incidência (%)	Evitáveis (%)
Brasil	7,6	66,7
Nova Zelândia	11,3	61,6
Austrália	16,6	50
Dinamarca	9	40,4
França	14,5	27,6
Espanha	14,5	42,8
Canadá	7,5	37

**Fonte: Fiocruz - Revisão dos estudos de avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospitais -
Mendes, W. et al. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(4): 393-406*



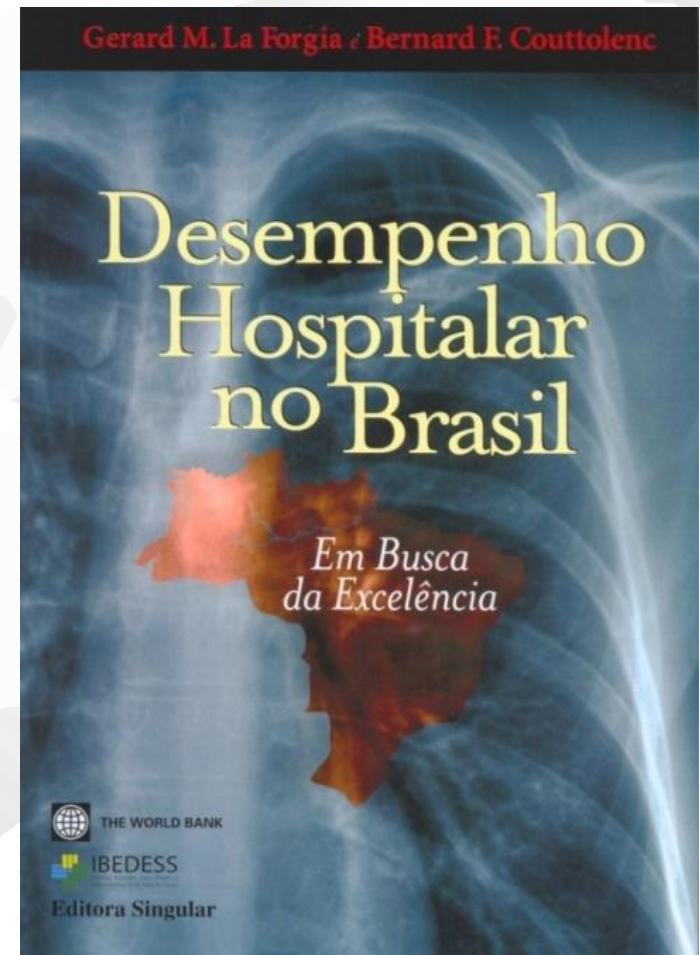
Melhorar a sua vida é nosso compromisso



Ministério da
Saúde



- Serviços hospitalares absorvem 70% do gasto com saúde.
- Mas o hospital brasileiro típico é de pequeno porte, de baixa complexidade e tem apenas 34% da eficiência se comparado aos melhores hospitais do País.
- Mesmo entre os grandes hospitais, são raros os hospitais com gestão profissionalizada,



Banco Mundial: Consolidação de 11 pesquisas sobre o setor, realizadas entre 2003 e 2007. Estudo de eficiência baseado na comparação, entre si, de 488 hospitais.

Trabalhos relevantes sobre erros de medicação

1º

- Em 1991 *Harvard Medical Practice Study*, primeiro estudo relevante, com 30.195 pacientes de hospitais do Estado de Nova York.
- 3,7% dos pacientes hospitalizados sofreram efeitos iatrogênicos derivados das atuações médicas durante sua permanência hospitalar, dos quais 19,4% foram causados por medicamentos.
- 45% dos casos detectados foram considerados preveníveis, ou seja, causados por erros.

2º

Estudo: 1995 o *ADE Prevention Study*, realizado nos hospitais Brigham Women's e Massachusetts General Hospital de Boston.

6,5% dos pacientes hospitalizados sofreram um acontecimento adverso por medicamentos durante sua estadia e que aproximadamente um terço deles (28%) eram consequência de erros de medicação.

Estes acontecimentos adversos aumentavam o custo médio em 4.700 dólares por paciente e representavam um custo de 2,8 milhões de dólares para um hospital de 700 leitos.

3º

Estudo: 1999 Committee on Quality of Health Care in America do Institute of Medicine (IOM)

Erros assistenciais ocasionam entre 44.000 e 98.000 mortes ao ano nos E.U.A, mortalidade maior que a causada pelos acidentes de trânsito, câncer de mama ou AIDS.

Neste estudo verificou-se que os erros de medicação são os de maior magnitude e os mais conhecidos e destaca que ocasionam mais de 7.000 mortes anuais, superando as causadas por acidentes de trabalho.

São responsáveis por uma em cada 854 mortes em pacientes hospitalizados e de uma em cada 131 mortes em pacientes não hospitalizados.

4º

Estudo: Institute for Safe Medication Practices (ISMP- Espanha)

Erros de medicação podem motivar 4,7% das entradas em serviços médicos, com um custo médio por leito próximo a 3.000 Euros.

Podem causar acontecimentos adversos em 1,4% dos pacientes hospitalizados.

Outro estudo realizado recentemente em Barcelona demonstrou que os erros de medicação são responsáveis por 5,3% das entradas hospitalares.



Sistemas de Gestión de la Calidad. Necesidad e impacto.

- ♦ **La calidad no mejora sola.**
- ♦ **La mala calidad es ineficiente. Los costos de la mala calidad son enormes.**
- ♦ **La mejora de la calidad precisa de una atención específica, continua y metodológicamente contrastada.**

CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS CNESS

PORTE	Estabelecimentos
< de 20 leitos	21
Pequeno	4.773
Médio	862
Grande	657
Total	6.313

Pequeno porte: possui capacidade normal ou de operação de até 50 leitos.

Hospital de médio porte: possui capacidade normal ou de operação de 50 a 150 leitos.

Hospital de grande porte: possui capacidade normal ou de operação de 150 a 500 leitos.

Acima de 500 leitos considera-se **hospital de capacidade extra**.

Nota: os termos pequeno, médio, grande e extra referem-se unicamente ao número de leitos, não tendo qualquer relação com a qualidade e complexidade da assistência prestada.

- Quantidade de leitos e volume de atendimento influenciam significativamente na eficiência e qualidade do serviço prestado. A evidência internacional é de que o número ideal de leitos varia entre 150 e 250.
- Predominam no Brasil hospitais com menos de 50 leitos. Esses hospitais, em geral, não têm recursos, tampouco conseguem captar no mercado, para fazer os investimentos necessários à melhoria da qualidade.

Um interessante artigo de Lucian Leape, da Universidade de Harvard⁴¹ mostra que nos Estados Unidos da América, cerca de 10% dos médicos têm um problema com a dependência de álcool e cerca de 5% têm problema com drogas ilícitas; 16% das pessoas na sociedade americana sofreram um episódio de depressão, pelo menos uma vez em sua vida. Esse número certamente deve ser verdadeiro também para os médicos. O autor recorre a esses dados para mostrar que essa situação pode atingir o paciente. É mais uma contribuição para mostrar que o profissional da Saúde é um ser humano, sujeito a tudo que qualquer cidadão está sujeito.

A pressão para que o profissional da Saúde produza mais em empresas privadas, em tempo mais curto, para reduzir custos, e as superlotações de serviços de emergência do SUS são exemplos bastante corriqueiros neste País de condições de trabalho que causam intenso sofrimento aos profissionais da Saúde e podem ser responsáveis por eventos adversos.

Muitos artigos têm sido publicados, mostrando a alta frequência da síndrome do esgotamento profissional (*burn out*) em todos os profissionais e em particular entre enfermeiros e cirurgiões. Transtornos que atingem a saúde mental do profissional da Saúde são considerados importantes fatores contribuintes do erro e dos eventos adversos^{42,43}.



O Brasil é um dos países que compõem a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde em 2004.

O principal propósito dessa aliança é instituir medidas que aumentem a segurança do paciente e a qualidade dos serviços de saúde, fomentado pelo comprometimento político dos Estados signatários.

PORTARIA Nº 529, de 1º de ABRIL DE 2013 - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições e Considerando a necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde, resolve:

Art. 1º Fica instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Art. 2º O PNSP tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional

Art. 3º Constituem-se objetivos específicos do PNSP: *VI - gestão de risco:* aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na ***avaliação e controle de riscos e eventos adversos*** que afetam a ***segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.***

SEGURANÇA DO PACIENTE

Portaria MS/GM nº 529/2013 dedicou um espaço para transcrever o conceito de cultura da segurança do paciente da Organização Mundial da Saúde – OMS.

Quadro 3 – Conceitos de cultura de segurança do paciente na Portaria MS/GM nº 529/2013³⁹

Cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares.

Cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais.

Cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança.

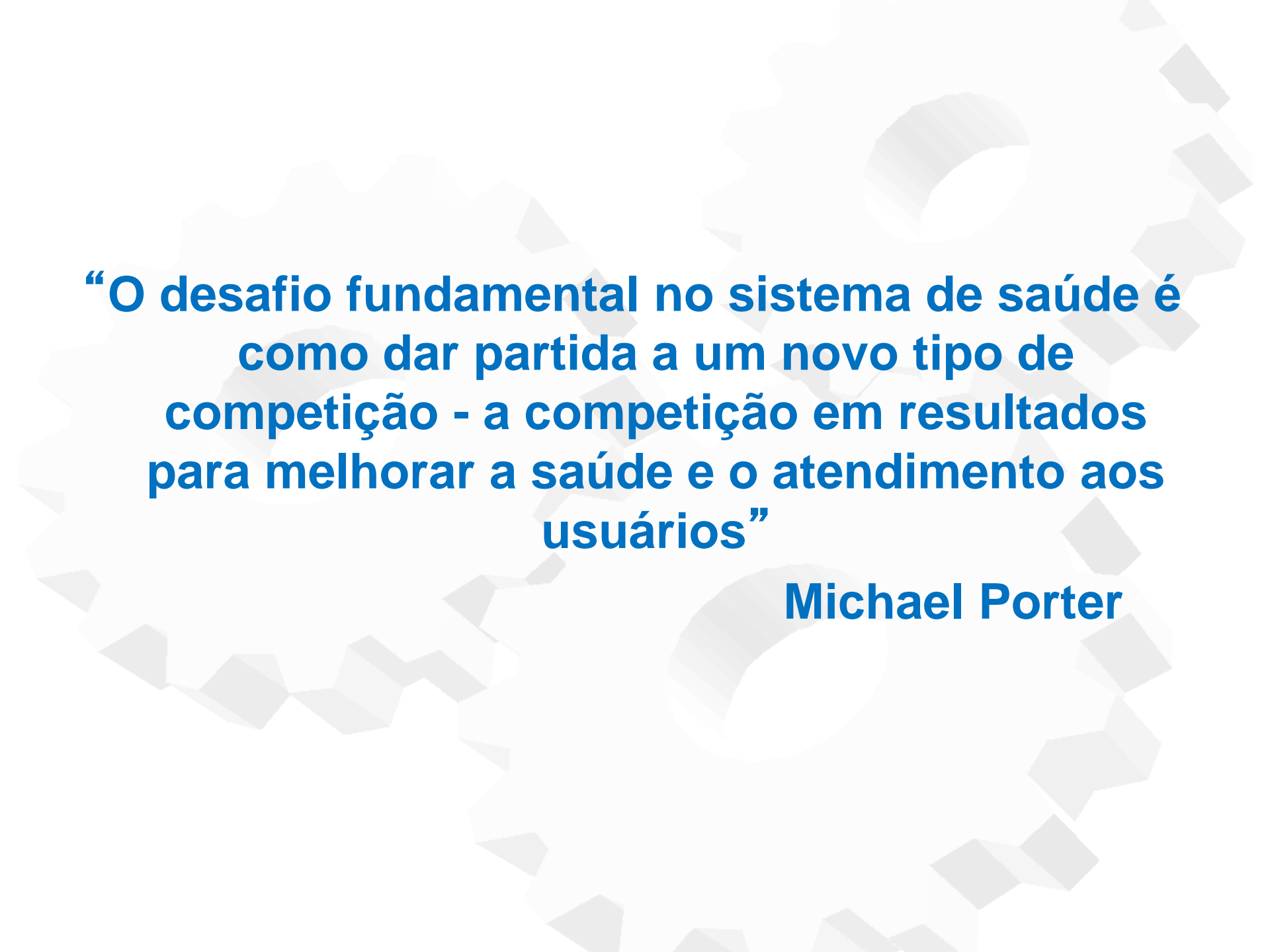
Cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional.

Cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.

PL 4330

Art. 4º É lícito o contrato de terceirização relacionado a parcela de qualquer atividade da contratante que obedeça aos requisitos previstos nesta Lei, não se configurando vínculo de emprego entre a contratante e os empregados da contratada, exceto se verificados os requisitos previstos nos arts. 2º e 3º da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.

§ 3º É vedada a intermediação de mão de obra, salvo as exceções previstas em legislação específica.



**“O desafio fundamental no sistema de saúde é
como dar partida a um novo tipo de
competição - a competição em resultados
para melhorar a saúde e o atendimento aos
usuários”**

Michael Porter



**MUITO
OBRIGADO**

Ivone Martini de Oliveira – ivonemartini@uol.com.br

COFEN: www.portalcofen.gov.br

CNTS: www.cnts.org.br