



Organização
Internacional
do Trabalho

Maternidade segura e o mundo do trabalho



Copyright © Organização Internacional do Trabalho 2008

Publicado em 2008

As publicações do *Bureau* Internacional do Trabalho gozam da protecção dos direitos de autor em virtude do Protocolo 2 anexo à Convenção Universal sobre Direito de Autor. No entanto, breves extractos dessas publicações podem ser reproduzidos sem autorização, desde que mencionada a fonte. Os pedidos para obtenção dos direitos de reprodução ou tradução devem ser dirigidos ao Serviço de Publicações da OIT (Rights and Permissions), International Labour Office, CH-1211 Geneva 22, Switzerland, ou por email: pubdroit@ilo.org. Os pedidos de autorização serão sempre bem vindos.

As bibliotecas, instituições e outros utilizadores registados poderão reproduzir cópias de acordo com as licenças obtidas para esse efeito. Por favor consulte o sítio www.ifro.org para conhecer a entidade reguladora no seu país.

Maternidade segura e o mundo do trabalho

ISBN: 978-972-704-309-5

Também disponível em Inglês: *Safe maternity and the world of work*, (ISBN 9789221204039) Geneva 2007, em Francês: *Maternité sans risques et le monde du travail*, Geneva, 2008, (ISBN 9789222204038) e em Espanhol: *La maternidad sin riesgo y el mundo del trabajo*, (ISBN 9789223204037) Geneva 2008.

Tradução: Tradutec

Edição: **Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social de Portugal**

R. Castilho, n.º 24, 5.º esq. 1250-069 Lisboa - Portugal

Impressão: Palmigráfica, Artes Gráficas, Lda.

Depósito Legal: 283459/08

As designações constantes das publicações da OIT, que estão em conformidade com as normas das Nações Unidas, bem como a forma sob a qual figuram nas obras, não reflectem necessariamente o ponto de vista da Organização Internacional do Trabalho, relativamente à condição jurídica de qualquer país, área ou território ou respectivas autoridades, ou ainda relativamente à delimitação das respectivas fronteiras.

As opiniões expressas em estudos, artigos e outros documentos são da exclusiva responsabilidade dos seus autores, e a publicação dos mesmos não vincula a Organização Internacional do Trabalho às opiniões neles expressas.

A referência a nomes de empresas e produtos comerciais e a processos ou a sua omissão não implica da parte da Organização Internacional do Trabalho qualquer apreciação favorável ou desfavorável.

Informação adicional sobre as publicações do BIT pode ser obtida no Escritório da OIT em Lisboa,

Rua Viriato n.º 7, 7.º, 1050-233 LISBOA-PORTUGAL

Tel. +351 213 173 447, fax +351 213 140 149 ou directamente através da nossa página da internet

www.ilo.org/lisbon

Impresso em Portugal

	Página
Prefácio	v
Introdução	1
Mortalidade materna: Realidades e causas	1
O local de trabalho: Um espaço privilegiado para promover a maternidade segura	2
Melhoria da saúde materna e da protecção da maternidade através do local de trabalho	5
A importância da protecção da maternidade através do local de trabalho para a saúde materna e neonatal e para a igualdade entre homens e mulheres	5
Protecção da maternidade no local de trabalho	5
Fazer da protecção da maternidade uma realidade	6
Educação e serviços no local de trabalho	8
Responder às necessidades das mulheres infectadas pelo VIH durante a gravidez	9
Melhorar a protecção da maternidade e a saúde materna através do local de trabalho: Rumo a seguir	10
Implementação, alargamento e melhoria da protecção social da saúde	11
Assegurar a universalidade da cobertura da protecção social da saúde: Estratégia da OIT para garantir o acesso universal aos cuidados de saúde	12
Regimes de protecção na maternidade	14
Implementar, alargar e melhorar a protecção social da saúde: Rumo a seguir	14
Promoção do trabalho digno para os profissionais de saúde	15
Melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde	15
Impacto da infecção pelo VIH e da SIDA nas condições de trabalho dos profissionais de saúde	16
Migrações	16
Diálogo social: Estabelecer um consenso para encontrar soluções sustentáveis	17
Parcerias	17
Conclusões: Mobilizar apoios, trabalhar em conjunto	19
Referências bibliográficas	21
Anexo: Ratificação das Normas Internacionais do Trabalho relativas à maternidade e aos profissionais de saúde	25



Prefácio

Em 2000, dirigentes de todo o mundo comprometeram-se a implementar a Declaração do Milénio das Nações Unidas e a alcançar um conjunto de objectivos -chave para reduzir a pobreza, melhorar a saúde e promover a paz, os direitos humanos, a igualdade entre homens e mulheres e a sustentabilidade ambiental. Estes Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) trazem novas esperanças à questão do respeito pelos direitos humanos e melhoria das condições de vida das mulheres, homens e crianças em todo o mundo, sendo, actualmente, os objectivos de desenvolvimento em torno dos quais se articulam as actividades de desenvolvimento das Nações Unidas e de outras agências internacionais.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), enquanto agência especializada das Nações Unidas, colabora com os seus parceiros, bem como com outras organizações multilaterais e a sociedade civil em prol da Declaração do Milénio. O objectivo do Trabalho Digno para Todos, promovido pela OIT, está estreitamente ligado aos compromissos assumidos nessa Declaração. Garantir um trabalho digno para todos implica assegurar aos homens e mulheres que querem ou necessitam de trabalhar o acesso a um emprego produtivo em condições de liberdade, dignidade humana e segurança, assumindo-se, num contexto de globalização justa, a Agenda do Trabalho Digno como um elemento essencial para a concretização destes objectivos comuns.

Muitos países têm registado avanços significativos no sentido da concretização até 2015 de alguns dos ODM. Para a maioria dos países, afigura-se, no entanto, difícil alcançar estes objectivos, incluindo aqueles associados à saúde materna. A OIT reitera o seu empenho em trabalhar em parceria em acções que visem a concretização dos ODM e define, neste documento, os contributos que podem ser dados através do local de trabalho, com vista a intensificar os esforços para fazer valer o direito das mulheres à maternidade segura.

É incontestável o facto de que o mundo do trabalho tem um impacto na saúde materna. O trabalho tem um papel central na vida da maioria dos cidadãos, estando o trabalho digno e a segurança económica indiscutivelmente ligados à saúde e bem-estar dos trabalhadores e suas famílias. Os principais objectivos da OIT - promover os direitos no trabalho, promover oportunidades de trabalho digno, reforçar a protecção social e o diálogo social entre governos, empregadores e trabalhadores – contribuem para a situação económica e crescimento equitativo de que depende o bem-estar físico e económico de cada pessoa. A prioridade assumida pela OIT à igualdade entre homens e mulheres em todos os seus objectivos e actividades reforça os fundamentos para o acesso das mulheres não só ao trabalho digno, mas também à saúde, à educação, à participação na vida política e o acesso ao direito e à justiça.

O trabalho digno e a capacitação económica são, sem dúvida, importantes condições para a melhoria da situação e saúde das mulheres, salientando-se neste relatório várias áreas prioritárias de intervenção da OIT que podem contribuir significativamente para os esforços envidados para melhorar a saúde materna. Em primeiro lugar, devem intensificar-se os esforços, em todo o mundo, para melhorar a protecção da maternidade e da saúde materna no local de trabalho, por forma a garantir que o trabalho não coloca em risco a saúde das mulheres grávidas e lactantes ou dos recém-nascidos e que a maternidade e o papel reprodutor das mulheres não comprometem a sua segurança económica. Em segundo lugar, salienta-se a protecção social na saúde como um factor essencial para garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde e assegurar que a escassez de recursos não impede as mulheres de aceder aos cuidados de que necessitem. Em terceiro lugar, importa garantir aos profissionais de saúde um trabalho digno, para fazer face à crise global que atinge actualmente os prestadores de cuidados de saúde.

Honrar os compromissos nacionais e internacionais que decorrem dos ODM, a fim de melhorar a vida e saúde das mulheres e reduzir os riscos de mortalidade associada à gravidez, implica compromissos renovados, soluções inovadoras e o reforço das acções e parcerias. Esperamos que este relatório ajude a alimentar o debate sobre o reforço da cooperação e da coordenação a nível nacional, regional e internacional, contribuindo para tirar partido das experiências e conhecimentos de diferentes protagonistas em vários sectores, em prol da concretização dos objectivos comuns. A OIT está empenhada em desempenhar um papel decisivo neste esforço.

Os nossos agradecimentos a todos aqueles que participaram neste esforço conjunto, em primeiro lugar, à autora deste relatório, Naomi Cassirer, e aos colegas da OIT que contribuíram para esta publicação, Laura Addati, Sameera Al-Tuwaijri, Conor Boyle, Dimitrina Dimitrova, Ros Harvey, Sophia Kisting, Ursula Kulke, Christopher Land-Kazlauskas, Susan Leather, Katherine Magaziner, Philippe Marcadent, Susan Maybud, Henrik Moller, Ina Pietschmann, Emmanuel Reynaud, Xenia Scheil-Adlung, Dorothea Schmidt, Manuela Tomei e Christiane Wiskow. Queremos ainda agradecer a Aviva Ron pelo seu importante contributo e a Kristine Falciole e Claire Piper pelo seu apoio na redacção e coordenação de todo o processo.

Assane Diop

Director Executivo

Sector da Protecção Social

Manuela Tomei

Directora

Programa sobre as Condições de Trabalho e Emprego

A mortalidade materna é um fenómeno trágico e prematuro que tem, muitas vezes, repercussões negativas para a família e a sociedade. Anualmente, cerca de 8 milhões de mulheres sofrem de complicações associadas à gravidez e mais de meio milhão morrem antes, durante ou depois do parto. Cerca de 3 milhões de bebés são nados-mortos e cerca de 4 milhões de crianças morrem na primeira semana de vida. Apesar do consenso mundial favorável à intensificação dos esforços visando a realização do Objectivo de Desenvolvimento do Milénio n.º 5 (ODM 5) – Melhorar a saúde materna e reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna – os progressos têm sido lentos, observando-se, nalguns casos, um agravamento da situação.¹

Os esforços envidados para acelerar os progressos na realização do 5.º ODM concentraram-se no reforço do acesso das mulheres a assistência médica adequada durante o parto e aos cuidados obstétricos de emergência, bem como na melhoria dos sistemas de saúde. Embora estas medidas sejam essenciais para garantir uma maternidade segura, a lentidão dos progressos na consecução do 5.º ODM revela que é necessário prosseguir os esforços e renovar os compromissos para chegar às mulheres que estão fora do alcance dos mecanismos existentes. É necessário desenvolver acções e parcerias inter-sectoriais e entre as várias partes interessadas para resolver os problemas sociais e económicos com que as mulheres se deparam e que negam o seu direito a uma maternidade segura.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) foi fundada com base no princípio da justiça social, promovendo o trabalho digno como meio de reduzir a pobreza e garantir o desenvolvimento sustentável. Neste relatório, a OIT salienta a relação que existe entre trabalho digno e saúde materna, demonstrando que as acções levadas a cabo pela OIT e os seus mandantes podem melhorar a saúde materna, contribuir para uma maternidade segura, bem como para mães e bebés mais saudáveis. Este documento apresenta uma breve perspectiva das preocupações mundiais com a saúde e a mortalidade maternas e analisa o papel que o mundo do trabalho – quadros, instituições, actores e recursos – desempenha na saúde materna. Por último, apresentam-se as três áreas prioritárias

de intervenção da OIT que podem contribuir para melhorar a saúde materna: reforço da protecção da maternidade e da saúde materna através do local de trabalho; implementação, alargamento e melhoria dos sistemas de protecção social da saúde; e promoção do trabalho digno para os profissionais de saúde.

Mortalidade materna: realidades e causas

As grandes disparidades registadas entre países e populações na taxa de mortalidade materna (TMM) confirmam o potencial de redução da taxa de mortalidade materna e as esperanças de a mesma vir um dia a baixar.² Comparada com outros indicadores de saúde, incluindo a mortalidade infantil, a TMM apresenta a variação mais elevada entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento.³ No mundo desenvolvido, a taxa média de mortalidade materna é de 20, contra 830 em África, 330 na Ásia e 190 na América Latina e Caraíbas. Cerca de 85% dos óbitos relacionados com a gravidez ocorrem na África Subsaariana (com uma TMM de 920) e na Ásia do Sul e Central (com uma TMM de 520)⁴. As variações da TMM podem também ser expressas em risco de uma mulher falecer por causas relacionadas com a gravidez, sendo 1 em 6 na Serra Leoa e no Afeganistão, 1 em 16 na África Subsaariana e 1 em 30.000 na Suécia.⁵ As disparidades entre países podem também ser consideráveis, verificando-se que o risco de mortalidade materna é significativamente mais elevado nas camadas mais pobres da população.⁶

As principais causas de morte materna são: parto distóxico, hemorragias, infecções, aborto sem condições de segurança e problemas de hipertensão.⁷ O aborto sem condições de segurança é responsável por um número considerável de óbitos de mulheres.⁸ Por sua vez, nos países subsaarianos, ao vírus

¹ OMS, 2005.

² A TMM corresponde ao número de óbitos de mulheres devidos a qualquer causa relacionada com a gravidez ou o parto ou durante a gravidez ou ocorridos dentro de um período de 42 dias após o seu termo, por 100.000 nados-vivos.

³ Ronsmans e Graham, 2006.

⁴ OMS, 2005 ; www.unfpa.org.

⁵ Ronsmans e Graham, 2006.

⁶ Ibid.

⁷ Khan et al., 2006; Ronsmans e Graham, 2006.

⁸ A nível mundial, anualmente, 19 milhões de mulheres recorrem ao aborto sem condições de segurança, 68.000 das quais morrem por complicações decorrentes do aborto, nos países em desenvolvimento. Vide www.who.int/reproductive-health/unsafe_abortion/maphtml

da SIDA constitui um importante factor de morte materna, que aumenta o risco de mortalidade por complicações relacionadas com a gravidez e a susceptibilidade a infecções oportunistas.⁹ Estes factores são agravados nos países onde se verificam gravidezes demasiado frequentes, seguidas, precoces ou tardias. Os factores culturais e as desigualdades entre homens e mulheres continuam a desempenhar um papel significativo, por exemplo, quando se trata de decidir se uma mulher grávida pode receber cuidados médicos, ou quanto à altura e ao local onde esses cuidados são prestados. As causas e respostas a esses factores extravasam o sector da saúde, estando ligadas à capacitação social e económica e à educação das mulheres, bem como à erradicação dos obstáculos financeiros e culturais que impedem o seu acesso aos cuidados médicos.

Quando se aborda este problema de elevada mortalidade em grande parte evitável, importa assinalar que é possível reduzir as taxas de mortalidade materna independentemente do nível de desenvolvimento e das condições políticas e económicas.¹⁰ Dados recolhidos a nível mundial demonstram que é possível reduzir significativamente a mortalidade materna a baixo custo, até nos países que dispõem de escassos recursos.¹¹ Verifica-se, de facto, por um lado, que nem todos os países com taxas de mortalidade materna muito baixas são países ricos e, por outro, que nem todos os países com uma TMM muito elevada são países pobres. São conhecidas intervenções eficazes que devem ser definidas e levadas a cabo a nível nacional e coordenadas em parceria com vários sectores e a vários níveis das instituições, tirando partido dos respectivos pontos fortes e mandatos por forma contemplar todos os aspectos da vida e saúde das mulheres.

O local de trabalho: um espaço privilegiado para promover a maternidade segura

A OIT está empenhada em promover o trabalho digno em condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade humana. O trabalho digno é fundamental para reduzir a pobreza, estando intimamente ligado à igualdade entre homens e mulheres e à capacitação das mulheres, factores essenciais à edificação de uma sociedade justa e equitativa e à realização do direito das mulheres a uma maternidade segura. A prioridade atribuída pela OIT às questões relativas à igualdade de género no mundo do trabalho contribui para a criação de um quadro jurídico e

A Organização Internacional do Trabalho de relance

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) é uma agência das Nações Unidas com a missão de promover oportunidades para que mulheres e homens tenham acesso a um trabalho digno e produtivo, em condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade. Tem como objectivos principais promover os direitos no trabalho, incentivar a criação de emprego digno, melhorar a protecção social e reforçar o diálogo na procura de soluções para os problemas do mundo do trabalho.

A OIT é a única instituição “tripartida” das Nações Unidas, cujas políticas e programas são elaborados conjuntamente por representantes dos governos, empregadores e trabalhadores.

A OIT é a organização mundial responsável pela elaboração das normas internacionais do trabalho e pelo controlo da respectiva aplicação, intervindo junto dos seus 182 Estados-membros para garantir o respeito das normas na prática e na lei.

institucional abrangendo todos os aspectos da situação e vida das mulheres, incluindo a saúde materna.

O mundo do trabalho oferece muitas oportunidades para melhorar a saúde materna. Está sujeito às **normas internacionais do trabalho** que contemplam todos os aspectos do trabalho e estabelecem quadros para a elaboração da legislação e políticas nacionais e para a acção prática no local de trabalho – seja ele público, privado, formal ou informal. Várias normas assumem particular relevância para a saúde materna.

Protecção da maternidade. A protecção da maternidade está no centro das preocupações dos Estados-membros da OIT desde a sua criação. Ao longo dos anos, foram sucessivamente adoptadas três convenções sobre a protecção da maternidade - (n.º 3), 1919; (n.º 103), 1952, (n.º 183), 2000 - que alargaram progressivamente o âmbito e direitos de protecção da maternidade no trabalho, visando fundamentalmente garantir que o trabalho não coloque em risco a saúde da mulher ou da criança, durante e após a gravidez e que a função reprodutiva da mulher não prejudique a sua segurança económica ou segurança no emprego.¹²

Segurança social. A Convenção (n.º 102), relativa à segurança social (norma mínima), de 1952, estabelece as normas mínimas para o acesso aos cuidados médicos durante a gravidez e as suas sequelas, bem como para a concessão de prestações pecuniárias.

⁹ Van Dillen et al., 2006; McIntyre, 2005.

¹⁰ Ronsmans e Graham, 2006; Pathmanathan et al., 2003.

¹¹ Ibid.

¹² Vide texto completo das convenções relativas à protecção da maternidade em www.ilo.org/standards e uma ficha informativa sobre a história das convenções da OIT relativas à maternidade e as disposições da Convenção (n.º 183), 2000 e da Recomendação n.º 191 que a acompanha em www.ilo.org/travail/infosheets/index.htm

rias, destinadas a compensar a perda de rendimentos da actividade profissional, e para o acesso aos cuidados médicos de carácter preventivo ou curativo em geral.

Saliente-se ainda a Convenção (n.º 149) sobre o pessoal de enfermagem, de 1977, relativa às condições de trabalho e direitos desta categoria profissional e a Convenção (n.º 130) sobre os cuidados médicos e subsídios de doença, de 1969, que define as normas para o acesso aos cuidados médicos de carácter preventivo ou curativo. Os trabalhos perigosos constituem uma ameaça para a saúde reprodutora dos trabalhadores de ambos os sexos. Note-se ainda que várias normas relativas à saúde e segurança no trabalho contribuem para a criação de um ambiente de trabalho seguro, fornecendo orientações sobre políticas de acção, a protecção em sectores de actividade específicos, a protecção contra riscos específicos e medidas adequadas de protecção.

Vários **actores e instituições-chave** do mundo de trabalho podem colaborar na formulação de práticas e políticas para promover o desenvolvimento económico e social, a boa governação, a inclusão social e a redução da pobreza. Os ministérios do trabalho, organizações patronais e sindicatos desempenham um papel essencial para garantir a efectiva formulação e implementação das políticas e práticas aos níveis nacional, local, sectorial ou da empresa. O diálogo social permite reunir estes parceiros com papéis, interesses e preocupações diferentes, para procederem a consultas e negociações e actuarem em áreas prioritárias; promove ainda a obtenção de consensos e a participação democrática dos principais actores do mundo do trabalho e contribui para a resolução de problemas importantes, tendo em conta necessidades e contextos locais específicos, garantindo, assim, melhores hipóteses de sucesso.

O **local de trabalho** é um espaço privilegiado para promover políticas, a educação, serviços e práticas para melhorar a saúde materna. O trabalho ocupa um papel central na vida dos homens e mulheres em qualquer parte do mundo, constituindo o local de trabalho uma comunidade onde as pessoas se reúnem, partilham informações e aprendem. Estas comunidades coexistem lado a lado com a família, a comunidade local e outras comunidades, oferecendo oportunidades para reforçar o impacto dos programas e educação. A experiência partilhada no local de trabalho e o facto de este ser um espaço privilegiado para chegar a homens e mulheres – nas fábricas, nos campos, na rua, nos escritórios ou em casa – constituem oportunidades que podem ser exploradas para mudar a vida das pessoas.



Nesta perspectiva, o mundo do trabalho constitui um bom ponto de partida para reforçar as intervenções visando melhorar a saúde materna. Combater os efeitos da pobreza, as desigualdades entre homens e mulheres e a discriminação em matéria de maternidade segura pode contribuir para complementar os esforços envidados no sector da saúde para garantir os direitos das mulheres a uma gravidez e a um parto seguros e melhorar o seu bem-estar. A capacitação económica e o trabalho digno contribuem para a saúde das mulheres antes, durante e após a gravidez, por diversas razões, nomeadamente:

- O trabalho remunerado gera rendimentos. O acesso das mulheres a um **rendimento** e ao controlo sobre o mesmo reforça a sua autonomia e proporciona-lhes um maior controlo sobre as decisões relativas à sua saúde.
- Num grande número de países, os **direitos à saúde e à segurança social** estão, muitas vezes, ligados ao trabalho remunerado. A segurança social tem um papel fundamental na saúde e segurança das populações, garantindo aos trabalhadores e respectivas famílias o acesso aos cuidados de saúde (incluindo cuidados pré-natais, perinatais e pós-natais), uma compensação da perda de remuneração decorrente do trabalho (incluindo aquando da licença por maternidade) e uma licença de maternidade remunerada para as trabalhadoras grávidas.
- Muitos trabalhadores não beneficiam da segurança social. Para esses trabalhadores, o trabalho remunerado pode contribuir, embora com menor eficácia, para melhorar o seu acesso aos cuidados de saúde, na medida em que aumenta a sua capacidade para pagar estes cuidados ou um seguro de saúde privado ou um microseguro de saúde.

- Muitas trabalhadoras gozam do direito à **protecção na maternidade**, bem como de outros direitos, nomeadamente o direito a condições de trabalho seguras, a uma licença de maternidade remunerada, a cuidados médicos durante a gravidez, a uma licença e à segurança do emprego. A aplicação efectiva desses direitos é ainda desigual, devido às disparidades de cobertura e a deficiências ao nível da implementação da legislação, políticas e regulamentação que garantem esses direitos.
- Por último, o trabalho remunerado pode contribuir para responder às preocupações das mulheres (incluindo as preocupações relacionadas com a protecção da maternidade, cuidados de saúde, etc.), na medida em que o mesmo lhes confere direitos, bem como o **acesso à representação e ao diálogo social**. É através dos representantes dos trabalhadores e dos empregadores, democraticamente escolhidos e independentes, que muitas mulheres podem dar voz às suas preocupações relativamente às questões que lhes dizem respeito, mas também através do diálogo social entre trabalhadores, empregadores e governos que essas preocupações podem ser discutidas, e identificadas as acções e medidas para melhorar a vida das mulheres.

Em todas essas áreas, a situação das mulheres no mundo continua insatisfatória. Muitas mulheres não têm acesso a um trabalho digno que lhes permita sair da pobreza ou trabalhar em condições de segurança; muitas não estão abrangidas pelos mecanismos de protecção jurídica tradicionais, nem por sistemas de protecção social, que reduzem a sua vulnerabilidade

e lhes permitem aceder aos cuidados médicos; muitas são ainda vítimas de discriminação e de despedimento por motivos ligados à gravidez e à maternidade; muitas ainda não têm a possibilidade de se fazerem ouvir ou representar e, assim, contribuir para melhorar as suas condições de vida. A realização do direito das mulheres a uma maternidade segura implica a concretização do seu direito ao trabalho digno e à capacitação económica, bem como dos seus direitos à educação e à igualdade política e jurídica.

O défice de acesso a um trabalho digno constitui uma ameaça para a saúde materna no mundo inteiro. A crise mundial que afecta os profissionais de saúde contribui para agravar essa ameaça. A falta de pessoal de saúde e os desequilíbrios geográficos na distribuição destes profissionais dificulta consideravelmente os progressos no cumprimento dos compromissos de reduzir a mortalidade materna, assumidos pela comunidade internacional. A promoção do trabalho digno para os profissionais de saúde é um elemento essencial da resposta global para que a maternidade segura passe a ser uma realidade. É na encruzilhada dos desafios que se colocam à realização do objectivo do trabalho digno para todos e daqueles que se colocam à realização do direito das mulheres a uma maternidade segura que a OIT e os seus mandantes poderão intervir mais eficientemente, no âmbito de acções levadas a cabo a nível nacional e global, com vista à realização do 5.º ODM. Considerando o seu mandato e as vantagens comparativas, a OIT identificou mais especificamente três áreas de intervenção prioritárias para melhorar a saúde materna através do local de trabalho.

Áreas de intervenção prioritárias para melhorar a saúde materna através do mundo do trabalho.

- **Melhoria da saúde materna e da protecção da maternidade através da intervenção no local de trabalho**

Promover a protecção da maternidade para todas as trabalhadoras durante a gravidez, o parto e o período de aleitamento

Reforçar os serviços e a educação através do local de trabalho para os trabalhadores da economia formal e informal, incluindo a prevenção, aconselhamento e serviços relacionados com a infecção pelo VIH.

- **Implementação, alargamento e melhoria da protecção social da saúde**

Promover o acesso efectivo a cuidados médicos de qualidade e implementar uma cobertura dos custos da saúde

Oferecer a todas as mulheres subsídios de maternidade adequados, incluindo subsídios durante a licença de maternidade, cuidados pré-natais, perinatais e pós-natais, bem como cuidados hospitalares, quando necessário.

- **Promoção do trabalho digno para os profissionais de saúde**

Oferecer aos profissionais de saúde condições de trabalho dignas nos sectores público e privado.

Melhoria da saúde materna e da protecção da maternidade através do local de trabalho

Promover a protecção da maternidade para todas as trabalhadoras durante a gravidez, parto e amamentação

Reforçar os serviços e a educação através do local de trabalho, para os trabalhadores da economia formal e informal, incluindo a prevenção, o aconselhamento e os serviços relacionados com a infecção pelo VIH

O facto de o trabalho remunerado ser uma parte importante da vida da maioria das pessoas é tão válido para as mulheres em idade reprodutiva como para os homens e as mulheres em geral. Em 2006, a nível mundial, quase 60% das mulheres em idade reprodutiva trabalhavam.¹³ Devido à importância do trabalho remunerado na vida de tantas pessoas, a qualidade das condições de trabalho reveste-se de uma importância capital para a saúde reprodutiva das mulheres (e dos homens). Existe um consenso alargado sobre a importância da protecção da maternidade através do local de trabalho por forma a garantir a saúde e a segurança económica das mulheres e dos seus filhos, consenso esse que está reflectido nas normas internacionais do trabalho que estabelecem as condições fundamentais da protecção da maternidade no trabalho. A protecção da maternidade inclui o direito a um período de licença imediatamente antes e depois do parto, a prestações pecuniárias e prestações médicas, à protecção da saúde no trabalho, bem como o direito a dispensas para amamentação, à protecção do emprego e à não-discriminação.

Protecção da maternidade no trabalho

A Convenção (n.º 183), sobre a Protecção da Maternidade, de 2000, estabelece:

- Uma licença por maternidade de 14 semanas, seis das quais a gozar obrigatoriamente a seguir ao parto
- As prestações pecuniárias durante a licença não deverão representar menos de dois terços do ordenado anterior ou da remuneração de referência
- Acesso a prestações médicas, que incluirão os cuidados antes, durante e depois do parto, bem como a hospitalização, quando necessária
- Protecção da saúde: o direito de as mulheres grávidas ou lactantes a não realizarem trabalho que ponha em risco a sua saúde ou a do seu filho
- Dispensas para a amamentação: no mínimo, um período diário, sem perda de remuneração
- Protecção do emprego e não-discriminação

¹³ Baseado nos dados relativos às mulheres com idades compreendidas entre os 15 e 49 anos. Estes dados foram obtidos a partir das seguintes bases de dados: dados da OIT sobre a população activa, EAPES 5ª edição, disponíveis em <http://laborsta.ilo.org/>; dados das Nações Unidas sobre a população, World Population Prospects 2007 (revisão de 2006), disponíveis em <http://esa.un.org/unpp/>

A importância da protecção da maternidade através do local de trabalho para a saúde materna e neonatal e para a igualdade entre homens e mulheres

O trabalho durante a gravidez não é, em si mesmo, um risco. Com efeito, considera-se, em geral, que as mulheres que continuam a trabalhar durante a gravidez, que beneficiam de uma licença por maternidade remunerada e que, após a mesma, regresam ao trabalho, têm menos hipóteses de sofrer de complicações associadas à gravidez. Mas, por todo o mundo, a gravidez continua a colocar sérios riscos à saúde e à segurança económica das mulheres, que continuam a ser vítimas de despedimento e de discriminação na contratação por motivo de maternidade¹⁴. O ambiente de trabalho pode representar um risco (por exemplo, a exposição a pesticidas, solventes e outros produtos químicos); o trabalho pode exigir força física (por exemplo, o levantamento de volumes pesados) e implicar horários longos ou irregulares: todos estes factores podem ter efeitos negativos na saúde das mulheres grávidas e dos nascituros, além de agravarem os riscos de pré-eclampsia e hipertensão, complicações durante a gravidez, aborto espontâneo, morte neonatal, atraso de crescimento intra-uterino e nascimento prematuro entre outros¹⁵.

Protecção da maternidade no local de trabalho

Os efeitos da discriminação e dos riscos potenciais a que estão expostas as trabalhadoras grávidas podem ser minorados através de medidas sociais e jurídicas. A Convenção (n.º 183), sobre a Protecção da Maternidade, de 2000, é o instrumento específico mais recente adoptado pelos Estados-Membros, a qual é acompanhada pela Recomendação (n.º 191), sobre a Protecção da Maternidade, de 2000. As Convenções relativas à protecção da maternidade são tratados internacionais, que estão sujeitos a ratificação pelos Estados-Membros da OIT, enquanto que as Recomendações são instrumentos não vinculativos, que definem a orientação das políticas e acções nacionais. (Vide anexo I sobre as ratificações das Convenções da OIT relativas à Protecção da Maternidade). As normas fundamen-

¹⁴ Vide, por exemplo, Hein, 2005.

¹⁵ Dabrowski et al., 2003; Brender et al., 2002; Mozurkewich et al., 2000; Tuntisaneet et al., 1998; Paul, 2004.

tais de protecção da maternidade no trabalho, estabelecidas na Convenção (n.º 183), sobre a Protecção da Maternidade, de 2000, contribuem para o bem-estar das mulheres durante a maternidade:

Licença por maternidade. O elemento fundamental da protecção da maternidade é o direito da mãe a uma licença por maternidade, incluindo o direito a prestações suficientes para fazer face às suas necessidades e às da sua família e de retomar o seu posto de trabalho após o termo da licença. O objectivo da licença por maternidade é proteger a saúde da mulher e a do seu filho durante o período perinatal, considerando as alterações fisiológicas associadas à gravidez e ao parto.

Protecção do emprego. A garantia para as mulheres grávidas e puérperas de que não perderão o seu emprego por motivo de gravidez, ausência por licença de maternidade ou porque acabaram de ter um filho é essencial para evitar que a maternidade seja uma fonte de discriminação contra as mulheres no emprego. A gravidez e a maternidade não devem ter qualquer impacto negativo no emprego das mulheres ou nos seus direitos previstos no contrato de trabalho, nomeadamente no que se refere à antiguidade (como o direito a subsídio de férias) ou ao tempo de serviço (como o direito às prestações de reforma).

Prestações pecuniárias e prestações médicas. O direito de receber prestações pecuniárias durante a licença por maternidade e cuidados médicos ao longo da maternidade foi consagrado em todas as Convenções da OIT sobre a Protecção da Maternidade e nas Convenções relativas à Segurança Social e Cuidados Médicos. As prestações pecuniárias destinam-se a substituir parte do rendimento perdido devido à interrupção da actividade económica da mulher, sendo essenciais para garantir a efectividade prática do direito à licença. Sem esta substituição do rendimento, a ausência do trabalho por motivo de licença por maternidade e o aumento das despesas associado à gravidez e ao parto podem colocar graves problemas financeiros a muitas famílias. Confrontadas com a pobreza ou dificuldades financeiras, as mulheres vêem-se obrigadas a regressar precocemente ao trabalho, contra a indicação médica. A Convenção (n.º 183) prevê igualmente serviços de saúde durante a maternidade e estabelece o acesso a prestações médicas que incluirão os cuidados antes, durante e depois do parto, bem como a hospitalização, quando necessária (Artigo 6.º).

Protecção da saúde. A gravidez, o parto e o período pós-natal são três fases da vida reprodutiva da mulher que comportam riscos especiais para a saúde, pelo que é necessária uma protecção especial para as mulheres no local de trabalho. O acompanhamento médico e, se necessário, a adaptação das condições de trabalho das mulheres em conformidade com o seu estado podem reduzir significativamente os riscos específicos para a sua saúde, aumentar as hipóteses de levar a gravidez a termo e contribuir para o desenvolvimento saudável da criança.

A Convenção (n.º 183) consagra o direito à protecção da saúde e estabelece a adopção de medidas para que as trabalhadoras grávidas e lactantes não sejam obrigadas a realizar um trabalho que ponha em risco a sua saúde ou a do seu filho, ou quando uma avaliação tenha revelado que o trabalho comporta um risco significativo para a saúde da mãe ou do seu filho (Artigo 3.º). A Recomendação (n.º 191) prevê a adaptação das condições de trabalho das mulheres grávidas ou lactantes, com vista a minorar os riscos específicos que o local de trabalho pode comportar para a sua segurança e saúde e para a dos seus filhos, e estabelece ainda que as mulheres têm o direito de retomar o seu posto de trabalho ou um posto de trabalho equivalente, sem perda de remuneração, contanto que o seu regresso ao trabalho não comporte riscos para a sua saúde.

Amamentação. O direito de amamentação após o regresso ao trabalho tem importantes benefícios para a saúde da mãe e da criança. A Organização Mundial de Saúde recomenda a amamentação exclusiva até aos 6 meses de idade, no caso de mães que não sejam seropositivas para o VIH, e a amamentação acompanhada de outros alimentos até aos dois anos de idade. Como as licenças por maternidade geralmente terminam antes de a criança atingir os seis meses de idade, as disposições que permitem às mulheres continuarem a amamentar os seus filhos após o regresso ao trabalho são importantes, não só para o cumprimento das recomendações internacionais relativas à amamentação, mas principalmente para a saúde da mãe e da criança. A Convenção (n.º 183) reconhece o direito das mulheres a serem dispensadas em cada dia de trabalho, por um ou mais períodos, ou a uma redução do horário de trabalho, para amamentação. Os referidos períodos de dispensa e redução do horário de trabalho devem ser considerados como tempo de trabalho efectivo e ser remunerados como tal.

Fazer da protecção da maternidade uma realidade

As disposições das Convenções da OIT sobre a protecção da maternidade têm vindo a ser universalmente adoptadas ao longo dos anos, tendo pelo menos alguns dos princípios fundamentais da protecção da maternidade sido introduzidos na legislação de quase todos os países do mundo, independentemente de estes terem ratificado as referidas Convenções. Até à data, 62 países ratificaram, pelo menos, uma das três Convenções sobre a protecção da maternidade (vide Anexo I). Paralelamente a outras disposições de protecção social, os Estados-Membros reconhecem a importância da protecção da maternidade para o bem-estar das pessoas, das famílias e das comunidades, bem como o seu papel na promoção da dignidade humana, equidade e justiça social. Contudo, há ainda muito por fazer no que diz respeito à protecção jurídica da maternidade e à aplicação efectiva desses direitos.

A OIT, em concertação com os seus parceiros, trabalha com vista a melhorar a adopção e a aplicação dos princípios de protecção da maternidade. A promoção da ratificação da Convenção sobre a protecção da maternidade é um passo importante. As disposições das normas internacionais do trabalho, independentemente de serem ratificadas, são muito importantes para a elaboração das leis, das políticas e das decisões judiciais nacionais e para as negociações das convenções colectivas. A OIT esforça-se por disseminar informação e conhecimento sobre a forma como os países traduzem os princípios das normas na legislação nacional através da recolha de informação sobre as principais disposições jurídicas relativas à protecção da maternidade no trabalho adoptadas pelos Estados-Membros, a nível mundial.¹⁶ Enquanto repositório internacional de informação sobre a situação da protecção jurídica, esta base de dados é um instrumento importante para a identificação das disposições nacionais destinadas a promover a protecção da maternidade no trabalho e para a comparação das disposições nacionais com aquelas de outros países e das normas internacionais.

Protecção da maternidade: uma prioridade dos sindicatos

Em 2007, a Confederação Sindical Internacional (CSI) reafirmou o seu empenho em enviar esforços no sentido de fazer da protecção da maternidade uma realidade em mais países, tendo salientado que uma grande parte das trabalhadoras continua ainda a ser discriminada no emprego em virtude da sua função reprodutiva e que as mulheres que trabalham na economia informal e em empregos atípicos são as mais vulneráveis. Na sua campanha a favor da protecção da maternidade, a CSI defende normas sólidas em matéria de protecção da maternidade para todas as trabalhadoras; apela a novos esforços para ratificar e aplicar a Convenção (n.º 183) e a Recomendação (n.º 191) da OIT; e insta os sindicatos a darem prioridade à questão da protecção da maternidade com vista a promover a incorporação da Convenção (n.º 183) e da Recomendação (n.º 191) da OIT nas convenções colectivas e na legislação laboral. A CSI insta ainda os sindicatos a “organizar acções colectivas nos respectivos países com vista a sensibilizar os decisores políticos, os empregadores e a sociedade em geral para a importância crucial da protecção da maternidade e da licença por maternidade remunerada.

Fonte: CSI: Declaração a favor da protecção da maternidade, 8 de Março de 2007. http://www.ituc-csi.org/IMG/pdf/Declaration_8_mars_FR.pdf

Um relatório da OIT, elaborado a partir da base de dados sobre a protecção da maternidade, apresenta uma análise das disposições jurídicas nacionais relativamente às disposições da Convenção (n.º 183), sobre a Protecção da Maternidade, de 2000.¹⁷ Todos os 166 Estados-Membros analisados adoptaram disposições jurídicas em matéria de protecção

da maternidade. Quase metade dos mesmos (48%) prevê uma licença por maternidade de, pelo menos, 14 semanas, enquanto 38% instituíram o pagamento de prestações pecuniárias, de pelo menos dois terços do ordenado anterior, durante a licença. Vários países abandonaram os mecanismos de financiamento que faziam repercutir os custos directos da maternidade nos empregadores – um encargo pesado para os empregadores e um factor de discriminação das mulheres – optando pelas vantagens da segurança social obrigatória, dos fundos públicos ou dos sistemas mistos que repartem a responsabilidade entre os empregadores e os sistemas de segurança social. A maioria dos países adoptou medidas específicas de protecção contra a discriminação por motivo de maternidade, sendo o direito de amamentação após o regresso ao trabalho reconhecido em 92 países. Por todo o mundo, encontram-se exemplos de protecção contra os riscos do local de trabalho.

Com vista a sensibilizar os governos, empregadores e sindicatos para a importância e a necessidade de proteger a maternidade, a OIT ministra formação e presta apoio técnico sobre as normas internacionais do trabalho e questões específicas relativas à implementação dos princípios da protecção da maternidade. Refira-se, a título de exemplo, o trabalho desenvolvido pela OIT em estreita colaboração com o governo e com as organizações patronais e sindicais da Jordânia, visando determinar a viabilidade de implementar um regime de prestações pecuniárias de maternidade e prestar aconselhamento sobre a criação de um sistema de protecção da maternidade justo, equitativo e acessível. A OIT dispõe de ferramentas de formação destinadas a ajudar os empregadores e os trabalhadores a avaliar os riscos para a segurança e a saúde das trabalhadoras grávidas/saúde materna no local de trabalho. *Healthy beginnings: Guidance on safe maternity at work* (2005) analisa os riscos profissionais específicos de diversos sectores¹⁸ e recomenda ferramentas para identificar e eliminar esses riscos, salientando a importância de se tomarem medidas preventivas. A OIT também contribui com a sua experiência em actividades associadas à educação e à geração de rendimentos na economia informal e de colaboração com grupos vulneráveis em situações de trabalho informal. No âmbito do programa WISE^{NT}, foram desenvolvidas ferramentas com vista a melhorar as condições de trabalho nas pequenas e médias empresas, enquanto o programa WIND^{NT} propõe ferramentas para melhorar as condições de trabalho dos agricultores de subsistência e dos trabalhadores da economia informal. Estas ferramentas de formação abordam diferentes aspectos das

¹⁸ Designadamente: a agricultura, centros de atendimento de chamadas, sectores químico e farmacêutico, limpeza, eliminação de resíduos, lavandarias, sectores extractivo, da transformação e construção, cuidados de saúde, sociais e residenciais, hotelaria e turismo, comércio retalhista e de distribuição.

^{NT} WISE Work Improvement in Small Enterprises.

^{WIND} Work Improvement in Neighbourhood Development.

¹⁶ A base de dados sobre as Condições de Trabalho e de Emprego relativas à protecção da maternidade está disponível em www.ilo.org/travail/database.

¹⁷ Öun et Trujillo, 2005.

condições de trabalho, designadamente a protecção da maternidade. A OIT está ainda a elaborar módulos de formação com vista a reforçar a capacidade das organizações patronais para que estas possam ajudar as empresas a criar e a implementar iniciativas no local de trabalho com vista a melhorar a protecção da maternidade no trabalho.

Educação e serviços no local de trabalho

O local de trabalho é um espaço privilegiado para promover a educação sobre uma diversidade de questões, designadamente as questões da saúde. Os governos, os empregadores e os trabalhadores podem colaborar no sentido de promover acções conjuntas de sensibilização para as questões da saúde materna, elaborar políticas e programas com vista a melhorar a saúde materna e implementar programas educativos que incentivem a procura de cuidados médicos. Muitos locais de trabalho já dispõem de programas e estruturas – programas de recursos humanos e de formação, serviços de segurança e saúde no local de trabalho, comissões de trabalhadores – que podem constituir um ponto de partida para a acção. A disponibilização de serviços de aconselhamento e formação aos responsáveis governamentais, empregadores e trabalhadores da economia formal e informal pode reforçar a capacidade de elaboração de programas eficazes que tenham em conta as necessidades específicas dos diferentes contextos: economia formal ou informal; pequenas, médias e grandes empresas; regiões urbanas e rurais.

Os actuais programas que visam melhorar a saúde materna através do local de trabalho parecem indicar que estas abordagens são promissoras. O projecto da OIT *Better Factories Cambodia* visa melhorar as condições de trabalho no sector têxtil do Camboja. Neste país, a grande maioria dos trabalhadores têxteis é composta por mulheres, muitas das quais jovens, em idade reprodutiva, solteiras, provenientes de regiões rurais e com baixos níveis de habilitações.¹⁹ O projecto centrou-se nos direitos de licença por maternidade e amamentação devido ao desconhecimento destes direitos da parte dos trabalhadores e dos empregadores, tendo sido referidos alguns casos de despedimento de trabalhadoras grávidas e de violação do direito das trabalhadoras à dispensa para amamentação dos seus filhos até aos seis meses de idade.²⁰ O projecto

envolveu a sensibilização dos dirigentes das empresas e dos trabalhadores para as disposições relativas à protecção da maternidade, designadamente a licença por maternidade, prestações e dispensas para amamentação, através de acções de formação na empresa, da disponibilização de materiais informativos (vide figura abaixo apresentada) e de um episódio sobre a protecção da maternidade no trabalho, mostrado numa telenovela transmitida a nível nacional, visan-



Fonte: *Better Factories Cambodia*, OIT, sem data.

do informar os trabalhadores sobre os seus direitos e obrigações através da dramatização de situações que têm lugar numa fábrica cambojana.

No Camboja, foi implementado um projecto da RACHA (Reproductive and Child Health Alliance) com vista a melhorar a saúde materna e incentivar o recurso aos serviços de cuidados pré-natais através da educação para uma maternidade segura nas fábricas de têxteis.²¹ As mulheres participaram em acções de formação sobre saúde materna e as vantagens dos cuidados pré-natais; planeamento familiar; precauções a tomar durante e após a gravidez e sinais de alerta; cuidados pós-natais, incluindo a higiene e a amamentação; e receberam ainda conselhos sobre suplementos nutricionais incluindo o molho de peixe enriquecido com ferro e o sal iodado. Estes programas implementados no local de trabalho têm múltiplas vantagens: para os indivíduos, porque contribuem para melhorar a sua saúde e permitem-lhes tomar decisões médicas informadas; para os empregadores, porque contribuem para trabalhadores mais saudáveis, menos absentismo por doença e menos desgaste dos trabalhadores; para as nações, porque contribuem para a concretização dos objectivos nacionais de saúde.

¹⁹ BIT, 2006a; RACHA, 2007.

²⁰ BIT, 2006a; BIT 2005a.

²¹ RACHA, 2007.

Responder às necessidades das mulheres infectadas pelo VIH durante a gravidez

Tendo em conta que muitas mulheres só recorrem aos serviços de saúde durante a gravidez, os serviços de saúde materna são um espaço privilegiado de intervenção em matéria de VIH adaptada às necessidades das mulheres grávidas e puérperas. Contudo, pouco esforços têm sido desenvolvidos para responder às necessidades das mulheres grávidas e puérperas em matéria de prevenção do VIH, designadamente as que são seronegativas ou que desconhecem se estão ou não infectadas com o vírus. Esta necessidade assume particular relevância face à igualmente imperativa necessidade de prevenir a transmissão vertical e de prestar tratamento, cuidados e apoio a mães seropositivas e às suas famílias.

A epidemia do VIH/SIDA agravou os riscos para a saúde das grávidas e recém-nascidos. Actualmente, o VIH/SIDA é a principal causa de morte materna nas regiões com elevada prevalência de VIH.²² As mulheres seropositivas correm ainda o risco de transmitir a infecção aos seus filhos – a transmissão materno-infantil (TMI). O tratamento e as opções de alimentação adequadas podem reduzir para metade o risco de transmissão materno-infantil²³, enquanto a melhoria do acesso das mulheres ao diagnóstico, cuidados, tratamento e suplementos nutricionais pode reduzir significativamente os riscos associados ao VIH durante a gravidez. Porém, só uma minoria das mulheres tem acesso à informação e aos serviços no que se refere a medidas de prevenção adequadas e ao tratamento com antiretrovirais (ARV), mesmo quando este tratamento é prestado gratuitamente pelos governos²⁴. A desigualdade entre homens e mulheres agrava a vulnerabilidade das mulheres ao VIH/IST e pode afectar a forma como as mulheres capacitadas e os seus filhos se devem proteger contra o VIH. Para ser eficaz, a prevenção do VIH deve ter em conta a capacitação das mulheres, através do reconhecimento dos seus direitos, e promover a participação dos homens na protecção da saúde das suas parceiras e dos seus filhos.

A OIT coordena, a nível nacional e internacional, o desenvolvimento de quadros de referência, políticas e medidas no local de trabalho que visam responder à epidemia do VIH/SIDA. A OIT, em colaboração com os governos, empregadores e trabalhadores, promove a sensibilização para o VIH/SIDA no mundo do trabalho, a luta contra a discriminação e a estigmatização, e a luta contra o VIH/SIDA através de acções de formação e aconselhamento sobre a prevenção, cuidados e protecção. As actividades do programa e a acção dos parceiros, baseadas na Colectânea das Directivas Práticas sobre o VIH/SIDA no Mundo do Trabalho, incluem programas de edu-

Colectânea de Directivas Práticas sobre o VIH/SIDA no Mundo do Trabalho ^{NT}

A Colectânea das Directivas Práticas sobre o VIH/SIDA no Mundo do Trabalho é o quadro de acção para a luta contra o VIH/SIDA no local de trabalho. O documento enuncia os princípios básicos para a elaboração de políticas, bem como directrizes práticas para a elaboração de programas ao nível das empresas, da comunidade e ao nível nacional; e tem como principais áreas de acção as seguintes:

- Prevenção do VIH/SIDA;
- Gestão e atenuação do seu impacto no mundo do trabalho;
- Cuidados e apoio aos trabalhadores infectados ou afectados pelo VIH/SIDA;
- Eliminação da estigmatização e discriminação com base numa real ou suposta infecção por VIH.

O documento sublinha o princípio da igualdade entre homens e mulheres, salientando que a eficácia da prevenção e atenuação do impacto dependerão de “uma maior igualdade entre homens e mulheres e da capacitação das mulheres”. Os instrumentos normativos e a Colectânea da OIT constituem a base para a promoção da prestação de cuidados de saúde a todos os trabalhadores, incluindo as trabalhadoras grávidas.

cação sobre a infecção pelo VIH realizados durante as horas de trabalho, bem como a disponibilização de preservativos, informações e de testes de despistagem confidenciais, com vista a permitir às pessoas tomar decisões informadas sobre a sua situação, comportamento e saúde.

Os programas de luta contra o VIH/SIDA no local de trabalho são particularmente adequados para atender às necessidades das mulheres seropositivas durante a gravidez que podem ser vítimas de estigmatização e discriminação, situação que pode dissuadi-las de recorrerem aos serviços de saúde reprodutiva. Os empregadores devem ter um papel importante na eliminação da estigmatização e discriminação no local de trabalho e na comunidade, promovendo um ambiente favorável e sensibilizando os trabalhadores – de ambos os sexos – para que as mulheres possam exercer os seus direitos reprodutivos e sexuais, independentemente de serem ou não seropositivas. As acções dirigidas para promoção de acções de sensibilização no local de trabalho e as políticas e programas através do local de trabalho podem contribuir para atenuar o impacto da epidemia. As ferramentas e as práticas existentes podem dar maior destaque à saúde materna quando necessário, disponibilizando informação, educação e aconselhamento sobre a prevenção da infecção pela infecção pelo VIH e sobre o VIH/SIDA e a gravidez, facilitando o acesso a testes de despistagem voluntários e confidenciais, melhorando o acesso ao tratamento com vista a prevenir a transmissão materno-infantil e disponibilizar informação sobre as opções das mulheres seropositivas relativamente à alimentação dos seus filhos.

²² Ronsmans et Graham, 2006; McIntyre, 2005.

²³ Vide ONUSIDA em <http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/Prevention/PMTCT/> (último acesso em Fevereiro de 2008)

²⁴ ibid

^{NT} Está disponível para consulta em português em: <http://www.ilo.org/lisbon/pdf/hiv/sida.pdf>

Melhorar a protecção da maternidade e a saúde materna através do local de trabalho: Rumo a seguir

A importância do trabalho remunerado para a vida da maioria dos adultos da sociedade faz do trabalho/local de trabalho um espaço privilegiado para melhorar a saúde materna, por ser um espaço que permite a abordagem das condições de trabalho, direitos e obrigações, bem como a realização de acções de informação e sensibilização. A adopção das convenções internacionais sobre a protecção da maternidade, a revisão das disposições legislativas e a aplicação efectiva dessas disposições constituem importantes pontos de partida para a protecção da maternidade. Mobilizar as vastas redes dos governos, empregadores e trabalhadores para o diálogo e a acção, com vista à elaboração e implementação de políticas e medidas relativas ao local de trabalho, pode contribuir para fazer chegar, a um grande número de dirigentes de empresas e trabalhadores, informações importantes e conselhos práticos para melhorar a saúde materna. As intervenções dirigidas – a sectores económicos ou profissões, sectores geográficos ou empresas específicas – podem abordar determinados problemas, necessidades e riscos através de políticas e programas específicos destinados a complementar acções no sector da saúde e noutros sectores com vista a melhorar a saúde materna.

10



Implementação, Alargamento e Melhoria da Protecção Social da Saúde

Promover o acesso efectivo a cuidados médicos de qualidade e garantir uma protecção financeira em relação aos custos com os cuidados de saúde.²⁵

Proporcionar a todas as mulheres subsídios de maternidade adequados, incluindo subsídios durante a licença de maternidade, cuidados pré-natais, perinatais e pós-natais, bem como cuidados hospitalares, quando necessário

Actualmente, mais de metade da população mundial não é abrangida por qualquer forma de protecção social, embora a segurança social seja reconhecida como um direito humano fundamental pelas convenções da OIT e instrumentos das Nações Unidas²⁶. Na África Subsaariana, e na Ásia do Sul, apenas 5 a 10% da população activa está coberta por um esquema de protecção social²⁷. A protecção social contribui para o bem-estar e saúde dos trabalhadores, garantindo-lhes, a eles e às suas famílias, o acesso aos cuidados médicos e a uma protecção destinada a compensar a perda de rendimentos do trabalho. A protecção social contribui ainda para a coesão social, bem como para o crescimento e desenvolvimento económicos ao proteger o nível de vida dos trabalhadores e das suas famílias e ao atenuar as consequências das alterações das circunstâncias económicas.

A ausência de protecção social adequada constitui uma ameaça para a saúde, não só das mulheres grávidas, mas também para a saúde geral das mulheres, homens e crianças ao longo de toda a sua vida. Quando a cobertura de segurança social e o financiamento público dos serviços médicos são insuficientes, a maioria dos custos com cuidados médicos são suportados directamente pelo orçamento familiar. Por exemplo, na República Democrática do Congo, 81,7% das despesas de saúde são financiadas através dos pagamentos directos das famílias, percentagem que atinge 52,2% no Burkina Faso, 58% no Bangladesh, 69,9% no Camboja²⁸. Nos países de baixos rendimentos, os pagamentos directos contribuem para agravar a pobreza. A ausência de protecção social pode gerar situações de despesas de saúde catastróficas e longos períodos de interrupção de rendimentos, devido à venda de bens ou recurso

ao crédito. Todos os anos, as despesas com saúde contribuem para arrastar para a pobreza mais de 100 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo nalguns países o principal factor que contribui para a pobreza das famílias²⁹.

Durante a gravidez, os pagamentos directos e custos indirectos (por exemplo, de transporte) imputáveis aos cuidados de saúde materna e obstetrícia, implicam que muitas mulheres não tenham ainda acesso a esses cuidados. Além de serem dispendiosos para as famílias pobres, estes cuidados podem não ser considerados como uma prioridade, principalmente em países de escassos recursos. A pessoa que na família autoriza as despesas directas, em particular quando os custos são elevados e imprevisíveis, é outro factor que constitui um entrave ao acesso atempado aos cuidados de saúde materna. Sem um acesso eficaz a cuidados médicos de qualidade e acessíveis ou a uma protecção abrangendo os encargos que os mesmos acarretam, ou seja, uma protecção social da saúde, as mulheres e suas famílias vêem-se impedidas de recorrer aos cuidados de que necessitam³⁰.

Obstáculos financeiros no acesso aos cuidados maternos

As despesas em cuidados maternos e obstetrícia representam um peso considerável no orçamento das famílias, impedindo ou atrasando o acesso das mulheres e suas famílias a estes serviços. Não beneficiando de qualquer protecção social da saúde, muitas famílias, devem fazer face a despesas de saúde catastróficas que contribuem para as arrastar para a pobreza.

- No Benim, os custos com um parto normal no hospital representam 1/20 do rendimento familiar anual. Em caso de complicações, como anemia, hipertensão ou hemorragia pós-parto, os custos podem ascender a 1/3 desse rendimento.
- Para as famílias mais pobres, no Nepal, os custos com um parto normal no hospital podem ser superiores a 3 meses de rendimento familiar. Por sua vez, um parto em casa absorve até 36% dos rendimentos mensais. Mais de uma em cada cinco mulheres que optou por ter o parto em casa, declarou que os custos foram um factor decisivo nesta opção.

²⁵ Por protecção financeira entende-se que cada família ou agregado dedica apenas uma percentagem razoável dos respectivos rendimentos ao financiamento de um sistema de protecção social e/ou a um serviço de saúde específico.

²⁶ Vários instrumentos internacionais reconhecem o direito de todos os indivíduos à segurança social, nomeadamente, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948; o Pacto Internacional relativo aos Direitos Económicos, Sociais e Culturais, 1966; a Declaração de Filadélfia da OIT, 1944, e a Recomendação (n.º 67) relativa à segurança do rendimento, 1944. vide, por exemplo Reynaud, 2006.

²⁷ Vide <http://www.ilo.org/public/english/protectio/seccsoc/downloads/events/factsheet.pdf>

²⁸ BIT, 2007, Quadro 1b.

²⁹ OMS, 2006.

³⁰ Vide BIT, 2007.

- No Bangladesh, os custos com um parto normal no hospital representam um salário médio mensal. Por sua vez, para 75% das famílias neste país, uma cesariana representa cinco salários médios mensais.
- Para 72,4% das famílias mais pobres do Estado de Gujarat, na Índia, os custos com um parto no hospital são considerados catastróficos, representando, em média 25,5% do seu rendimento anual.

Fonte: Borghi et al., 2003; Borghi et al., 2006; Afsana, 2004; Ranson, 2002.

Alguns países optaram por tornar gratuitos os cuidados de saúde materna, numa tentativa de aumentar a procura desses serviços. Esta medida revelou-se, no entanto, insuficiente, pois apesar da eliminação das taxas, outras despesas relacionadas podem constituir um obstáculo no acesso aos cuidados ³¹. Nas situações em que a perda de receitas e o aumento da procura destes serviços de saúde não são devidamente compensados pelos governo ou por outra fonte, pode levar à penúria de medicamentos e de material médico, sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde, subfinanciamento, redução da qualidade dos cuidados e, em última análise, redução da procura dos serviços gratuitos ³². Note-se, também, que o financiamento a longo prazo dos serviços gratuitos pode revelar-se um grave problema.

A universalidade da protecção social da saúde é fundamental para garantir um acesso efectivo aos cuidados de saúde básicos a todas as pessoas que deles necessitem. Trata-se de um direito humano e de uma condição essencial para alcançar os objectivos de saúde, bem-estar, trabalho digno e redução da pobreza. O acesso à protecção social da saúde está no cerne da Agenda do Trabalho Digno promovida pela OIT, que reúne o consenso de governos e organizações sindicais e patronais, os quais acordaram na Conferência Internacional do Trabalho de 2001 atribuir prioridade máxima às políticas e iniciativas que permitam a todas as pessoas excluídas da segurança social beneficiar da mesma ³³. No contexto da saúde materna, o desafio consiste, não só em garantir a todos, a protecção social da saúde, mas também em incluir as prestações médicas e pecuniárias por maternidade no conjunto de prestações asseguradas. Trata-se de um desafio importante, sendo que muitos países já registaram grandes progressos em ambas as áreas ³⁴.

Assegurar a universalidade da cobertura da protecção social da saúde: Estratégia da OIT para garantir o acesso universal aos cuidados de saúde

Assegurar a universalidade da cobertura da protecção social da saúde - definida como o acesso efectivo a cuidados de saúde de qualidade acessíveis e à protecção financeira na doença - é um objectivo central da OIT. A protecção social da saúde envolve várias modalidades de financiamento e formas de organização, destinadas a assegurar uma série de prestações adequadas, para garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a protecção em relação aos custos que decorrem dos problemas de saúde. Em muitos países em desenvolvimento, o desafio consiste em alargar a protecção social da saúde à maioria da população excluída dessa protecção. Os trabalhadores das pequenas empresas e micro-empresas e os trabalhadores independentes, principalmente no sector da economia informal, que vivem geralmente num clima de insegurança económica, vendo-se confrontados com situações de pobreza, não têm acesso a regimes de protecção social (quer porque não existem regimes de protecção eficazes, quer porque não podem pagar as contribuições para um regime de segurança social).

O financiamento da protecção social da saúde é uma questão importante. Os mecanismos de financiamento abrangem, desde sistemas de segurança social financiados através dos impostos, a regimes obrigatórios de segurança social financiados por contribuições dos trabalhadores e empregadores, incluindo ainda, regimes de seguro de doença privados e sem fins lucrativos, obrigatórios ou regulamentados, e regimes de seguro de doença sem fins lucrativos, assegurados por organizações mutualistas ou comunitárias. Todos estes mecanismos de financiamento implicam geralmente a repartição dos riscos entre todas as pessoas abrangidas, envolvendo muitos deles, explicitamente, sistemas de solidariedade, ou seja, um elemento-chave dos sistemas de protecção social da saúde, que contribui para garantir a universalidade do acesso.

Na publicação *La protection sociale de la santé: Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé* ³⁵, são definidos os princípios básicos e enquadramento para uma abordagem assente no direito à protecção social da saúde, com o objectivo explícito de assegurar a cobertura das camadas da população ainda não abrangidas por qualquer sistema de protecção, de acordo com as suas necessidades e possibilidades. São analisadas as diferentes estruturas de financiamento e cobertura a nível mundial e avaliado o défice global no acesso

saúde e reforma, que passou de 60%, em 1989, para 84% em 1999. Por sua vez, o Egipto, o Gana e o Quênia estão a desenvolver esforços para garantir a universalidade da cobertura da protecção social. Vide <http://www.ilo.org/public/english/protection/seccsoc/downloads/events/factsheet.pdf>, para mais informações sobre a segurança social.

³⁵ Este documento está disponível em formato electrónico no site: <http://www.ilo.org/public/french/protection>

³¹ Parkhurst et al., 2005.

³² Gilson e McIntyre, 2005; Borghi et al., 2006; Witter e Adjei, 2007.

³³ Vide BIT, 2001.

³⁴ Vide BIT, 2007. A Tunísia, por exemplo, alargou a cobertura de

aos cuidados de saúde. A estratégia inclui princípios orientadores e instrumentos para alargar a protecção social da saúde através de planos de cobertura nacionais que contribuem para melhorar os mecanismos de financiamento da saúde, como os serviços nacionais de saúde, o seguro social de saúde, o seguro de doença privado e assistência social. Note-se, ainda, que os planos de cobertura visam garantir regimes de prestações adequados e reforçar a eficiência administrativa e institucional. Preconiza ainda o reforço da capacitação nacional – estruturas e procedimentos eficientes, capacidade administrativa e técnica –, considerada um elemento fundamental para garantir a viabilidade dos planos nacionais.

Praticamente todos os países dispõem de sistemas assentes em vários mecanismos de financiamento, incluindo duas ou mais das referidas modalidades de financiamento. A experiência da OIT demonstra que a forma mais pragmática de garantir a universalidade do acesso aos cuidados de saúde não consiste em criar novos regimes, mas antes em aproveitar os esquemas existentes e integra-los num sistema nacional pluralista. O apoio prestado pela OIT aos diferentes países baseia-se nesta abordagem para racionalizar os regimes pluralistas, com vista a alargar o acesso e a cobertura da protecção social da saúde, mantendo a cobertura e acordos de financiamento em vigor e tendo em conta os contextos económicos e sociais específicos de cada país. No âmbito desta abordagem pluralista para alargar a protecção social da saúde, referem-se dois instrumentos que sofreram um considerável desenvolvimento na última década: os sistemas de micro-seguro e as transferências em dinheiro.

Nos países de baixos rendimentos onde a mortalidade materna é mais elevada, os sistemas de micro-seguro demonstraram que podem contribuir para atingir grupos excluídos dos regimes de segurança social obrigatórios, mas também para mobilizar recursos adicionais (financeiros, humanos, etc.) que beneficiam globalmente o sector da protecção social. Contribuem ainda para a participação na sociedade civil e capacitação de determinados grupos socio-profissionais, incluindo as mulheres. Os sistemas de micro-seguro, autónomos e auto-financiados têm, no entanto, grandes limitações, nomeadamente em termos da sua sustentabilidade e capacidade para desenvolver mecanismos eficientes, capazes de abranger vastos segmentos de populações excluídas, em particular as mais desfavorecidas. O seu impacto deveria ser reforçado através do estabelecimento de ligações funcionais (como a subvenção dos prémios pagos pelos contribuintes de baixos rendimentos, subsídio ou financiamento de esquemas de micro-seguro ou prestação de assistência técnica no domínio da gestão), com sistemas de segurança social nacionais alargados e sustentáveis, contribuindo desta forma para melhorar a equidade e a eficácia das políticas nacionais de protecção social.

As transferências em dinheiro têm vindo a ganhar

importância crescente desde os anos 1990, em particular na América Latina e, mais recentemente, na Ásia e em África. Paralelamente, estes esquemas sofreram uma transformação profunda, nomeadamente no que concerne à sua relação com as políticas do mercado de trabalho. Tradicionalmente, a principal preocupação nesta área prendia-se com a identificação e minimização do impacto dos programas de transferências em dinheiro na oferta de mão-de-obra. Todavia, as novas abordagens implementadas actualmente nos países em desenvolvimento promovem ligações mais sólidas, múltiplas e positivas com o mercado de trabalho. Veja-se, por exemplo, as abordagens que aliam transferências, em dinheiro e em géneros, para satisfazer as necessidades fundamentais imediatas dos mais pobres, e um apoio activo ao acesso às oportunidades económicas e serviços sociais básicos e o seu importante contributo para a redução da pobreza extrema e promoção da inclusão social. Muitos esquemas de transferências em dinheiro, sujeitos ou não a condições, incluem ainda medidas para melhorar o acesso dos respectivos beneficiários aos cuidados de saúde, em particular, aos cuidados de saúde materno-infantis.

A experiência da OIT na área do desenvolvimento de modelos de transferências sociais, demonstra que um esquema de prestações sociais, relativamente básico e modesto, incluindo a saúde materno-infantil, seria acessível para a maioria dos países africanos, se

Programa STEP da OIT

O Programa STEP (*Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty Programme*), de luta contra a exclusão social e a pobreza, desenvolve estratégias e mecanismos inovadores com vista a garantir a cobertura das camadas da população excluídas dos regimes de protecção existentes. O programa STEP constitui um importante instrumento para a Campanha Global sobre Segurança Social e Cobertura para Todos, lançada pela OIT em 2003. O STEP tem contribuído para o desenvolvimento em todo o mundo de uma vasta base de conhecimentos e experiências no terreno no domínio dos regimes de protecção social ao nível da comunidade (em particular, de protecção da saúde), concentrando-se, actualmente, nos mecanismos não contributivos que visam garantir uma protecção social a todos. O STEP pretende ainda associar as transferências sociais às políticas de emprego e às medidas destinadas a garantir um melhor acesso aos serviços sociais básicos.

os governos se comprometessem a investir uma percentagem razoável dos meios orçamentais disponíveis na protecção social, investimento que deverá ser complementado com algum apoio da comunidade internacional ³⁶. De natureza temporária, estes programas podem incentivar o recurso aos cuidados médicos, no âmbito dos esforços a mais longo prazo para alargar e melhorar a protecção social da saúde.

A OIT colabora com outras agências com vista a alargar a cobertura da protecção social da saúde nos países em desenvolvimento. Em 2004, a OIT, a GTZ,

³⁶ Gassman e Behrendt, 2006.

Agência Alemã de Cooperação Técnica, e a Organização Mundial da Saúde (OMS) assinaram um acordo de cooperação para a protecção social da saúde, sistemas de financiamento da saúde sustentáveis e sub-contratação eficiente. O Consórcio GTZ-OIT-OMS visa melhorar a qualidade e a cobertura de sistemas de financiamento dos cuidados de saúde, sustentáveis e globais, nos países parceiros, reforçar o apoio técnico, colocando em comum os recursos disponíveis e criar sinergias e gerar economias através de actividades complementares. O Consórcio tem-se dedicado à concepção de políticas e instrumentos, cooperação técnica a nível nacional, diálogo sobre as estratégias a adoptar a nível nacional e internacional e desenvolvimento de recursos humanos através de seminários, *workshops* e conferências internacionais ³⁷.

Regimes de protecção na maternidade

Além do alargamento da protecção social da saúde, é ainda necessário reforçar os esforços para melhorar os sistemas de segurança social recém-criados, por forma a incluírem prestações pecuniárias de maternidade. Os cuidados médicos durante a gravidez, o parto e período perinatal e a compensação da perda de rendimentos durante a licença por maternidade são fundamentais para a saúde materna, sendo reconhecidos como tal pelas convenções da OIT relativas à protecção da maternidade, bem como pela Convenção (n.º 102), relativa à segurança social (norma mínima), de 1952, a Recomendação (n.º 67), relativa à segurança do rendimento, de 1944, e a Recomendação (n.º 69), relativa aos cuidados médicos, de 1944. As prestações pecuniárias são importantes para compensar a perda de rendimentos resultante da interrupção da actividade profissional, contribuindo para proteger as mulheres e as suas famílias das dificuldades financeiras associadas à maternidade. A Convenção (n.º 183) preconiza que o montante das prestações pecuniárias seja suficiente para garantir à mulher e ao filho boas condições de saúde e um nível de vida adequado. Em conformidade com esta convenção, o montante destas prestações não deve ser inferior a dois terços do ordenado anterior ou da remuneração de referência, devendo ser financiado por um seguro social, fundos públicos ou como o determinar a legislação ou a prática nacional. A Convenção prevê também o acesso a prestações médicas, incluindo os cuidados antes, durante e depois do parto, bem como a hospitalização, quando necessária (Artigo 6º).

É necessário envidar mais esforços nestas áreas para melhorar o acesso das mulheres às prestações de maternidade. Os projectos em curso têm permitido identificar boas práticas. Entre essas boas práticas, incluem-se o apoio técnico prestado pela OIT à Jordânia, com vista a implementar um regime de prestações pecuniárias por maternidade no âmbito do sistema nacional de segurança social, os esforços

Subsídios de maternidade: Os sindicatos defendem a licença por maternidade para as trabalhadoras da economia informal

Salissa trabalha na horticultura em Loubila, uma pequena aldeia situada na periferia de Uagadugu, no Burkina Faso.

Acaba de ter o segundo filho. Estava de volta aos campos, 10 dias após o parto, trabalhando 10 horas por dia para alimentar a família.

No Burkina Faso, a licença por maternidade é um luxo reservado a uma minoria de mulheres assalariadas que beneficiam da segurança social.

Contudo, uma campanha de sindicalização dos trabalhadores e das trabalhadoras da economia informal está actualmente em curso para apoiar as trabalhadoras puérperas, com vista a garantir-lhes uma licença de maternidade remunerada, através do Fundo de Previdência Social dos Trabalhadores Informais (MUPRESSI), criado com o apoio da OIT e do programa DANIDA, a fim de alargar a cobertura dos cuidados médicos e doenças profissionais.

Fonte: ITUC, 2007. See <http://www.ituc-csi.org>.

de um fundo de previdência social no Burkina Faso, apoiado pelo programa DANIDA e pela OIT, para garantir às mulheres um subsídio de maternidade, e o apoio prestado pela GTZ, OMS e OIT, para implantar um regime de seguro de doença comunitário no Camboja, incluindo um programa para a maternidade segura e uma prestação pecuniária por maternidade.

Implementar, alargar e melhorar a protecção social da saúde: rumo a seguir

Para garantir às mulheres e suas famílias uma protecção financeira em relação aos custos inerentes aos cuidados de saúde, é fundamental, não só melhorar o seu acesso aos serviços de saúde, mas também aumentar a procura de cuidados médicos. Para atingir este objectivo, é necessário implementar sistemas de protecção social da saúde, alargá-los a todas as pessoas que se encontram excluídos dos mesmos e melhorar os programas de prestações de base, por forma a incluírem também prestações por maternidade. Tendo em conta o papel assumido, há já longos anos, de mais importante fórum internacional de debate para as questões sobre a protecção social da saúde, a sua acção normativa e a sua colaboração com os governos nacionais e locais e organizações patronais e sindicais, a OIT dispõe de sólidos conhecimentos e de importantes instrumentos políticos para implementar, alargar e melhorar a protecção social da saúde. Os esforços da OIT para garantir a universalidade do acesso aos cuidados médicos através da protecção social da saúde — que beneficiam da estrutura tripartida da organização, bem como da sua cooperação com outros parceiros sociais e internacionais — complementam os esforços desenvolvidos no sector da saúde para melhorar a oferta e a aceitação dos serviços de saúde.

³⁷ Para mais informações sobre o Consórcio GTZ-OIT-OMS e respectivas actividades, vide <http://www.socialprotectionhealth.org>.

Promoção do Trabalho Digno para os Profissionais de Saúde

Promover condições de trabalho dignas para os profissionais de saúde nos sectores público e privado

Os profissionais de saúde são uma componente essencial na prestação dos cuidados de saúde. Segundo as estatísticas oficiais, o número de profissionais de saúde a trabalhar a tempo inteiro atinge os 59,2 milhões³⁸. Este número ascende, no entanto, aos 100 milhões, se se contabilizarem também os trabalhadores de saúde informais, tradicionais e comunitários³⁹. Verifica-se, todavia, que para responder às necessidades de saúde da população mundial, faltam ainda cerca de 4,3 milhões de profissionais de saúde. Actualmente 57 países conhecem uma dramática penúria de profissionais de saúde⁴⁰. A falta de pessoal, deficientes condições de trabalho e falta de oportunidades de formação têm contribuído para a deterioração dos serviços de saúde. Se por um lado, a globalização do mercado de trabalho na saúde deu a quem trabalha neste sector a oportunidade de procurar melhores condições de trabalho noutros países, por outro lado a sua emigração tem contribuído para agravar os problemas nos países confrontados com a falta de pessoal na saúde. A migração interna também é responsável por graves desequilíbrios na distribuição destes profissionais, entre regiões rurais e urbanas⁴¹. O investimento no pessoal de saúde e a melhoria da qualidade do emprego destes profissionais são factores essenciais de sucesso da acção para melhorar a saúde materna.

Melhores condições de trabalho para os profissionais de saúde

As condições de trabalho dos profissionais de saúde constituem um grave problema na prestação de cuidados de saúde em muitos países. Os salários baixos e os atrasos no pagamento dos mesmos são factores que desmotivam os trabalhadores da saúde e que podem forçá-los a aceitar pagamentos não oficiais, orientar os doentes para o sector privado ou emigrar para mercados de trabalho mais atractivos, ou seja, factores que, em última análise, afectam o acesso das mulheres a cuidados de saúde materna de qualidade⁴². O recurso às horas extraordinárias, devido à falta de pessoal, ou a medidas de contenção das despesas são também um problema importante para os profissionais de saúde

de que se tem vindo a agravar em muitos países⁴³. A falta de oportunidades de formação contínua, educação e perspectivas de carreira são outros factores que levam os profissionais de saúde a procurar emprego no estrangeiro, como uma forma de garantir o desenvolvimento da sua carreira profissional⁴⁴.

Profissionais de saúde falam sobre as suas condições de trabalho

“Chegávamos, às vezes, ao fim do mês sem receber o salário e, assim, sucessivamente durante dois, três meses. A dívida acumulava-se. São três meses sem salário, como é que sobrevivem aqueles que não têm outra fonte de rendimentos? É uma situação extremamente desmotivante, declara Jane O. Shihemi, enfermeira e parteira diplomada no Quénia, Enfermeira Chefe e Parteira do Hospital, City Council Local Authority de Nairobi.

“A carga de trabalho é excessiva. Há semanas em que fazemos muitas horas extraordinárias. Normalmente, trabalhamos seis horas por dia, sete dias por semana, ou seja, 42 horas semanais. Mas há dias em que chegamos a trabalhar 12 horas e até 14 horas. É uma vida muito difícil, e isso afecta a qualidade dos cuidados de saúde prestados”. Ramya Karunanayaka, enfermeira diplomada, Colombo, Sri Lanka.

Fonte: Van Eyck, 2006

A segurança no local de trabalho é uma grande preocupação para quem trabalha na saúde, que é confrontado com vários níveis de violência no local de trabalho. Cerca de 25% dos actos de violência no trabalho ocorrem no sector da saúde e 50% dos profissionais de saúde já foram vítimas de violência no trabalho⁴⁵. A violência tem um impacto nas organizações e indivíduos que se traduz na redução da qualidade dos cuidados prestados, aumento dos riscos profissionais, desgaste do pessoal de saúde e aumento dos custos⁴⁶. Na África do Sul, por exemplo, as enfermeiras referem o receio pela sua segurança no local de trabalho como principal motivo para a emigração⁴⁷. Os horários de trabalho excessivos, baixos salários e insegurança no local de trabalho têm consequências negativas nos níveis de morbilidade

³⁸ OMS, 2006, p. 5.

³⁹ Joint Learning Initiative, 2004.

⁴⁰ *ibid*, p. 12.

⁴¹ Bach, 2003.

⁴² OMS, 2006, pp. 77.

⁴³ BIT, 1998.

⁴⁴ Bach, 2003.

⁴⁵ BIT/CII/OMS/ISP, 2002.

⁴⁶ Di Martino, 2002.

⁴⁷ Bach, 2003.

e mortalidade dos doentes, contribuindo ainda para aumentar os níveis de violência no local de trabalho, níveis de insatisfação no trabalho, factores que levam à demissão e ao êxodo dos profissionais de saúde para melhores ambientes de trabalho. Todos estes factores agravam os desequilíbrios na distribuição dos trabalhadores de saúde, bem como a prestação de cuidados de saúde materna, entre outros ⁴⁸.

Para fazer face à falta de profissionais de saúde, ou seja, a principal causa da insuficiência da oferta de cuidados e baixa qualidade dos mesmos, são necessárias medidas urgentes para melhorar as suas condições de trabalho, com vista a atrair e reter estes profissionais. A penúria de pessoal de enfermagem que se faz sentir há mais de 30 anos, levou a OIT a desenvolver juntamente com OMS um conjunto de normas para a definição de políticas e condições de trabalho adequadas para estes trabalhadores. A Convenção (n.º 149) e a Recomendação (n.º 157), relativas ao pessoal de enfermagem, são tão pertinentes agora, quanto nos anos 1970. A Convenção preconiza:

- Uma educação e uma formação adequadas ao exercício das suas funções;
- Condições de emprego e de trabalho, incluindo perspectivas de carreira e remuneração;
- Adaptação das disposições legislativas existentes relativamente à higiene e à segurança no trabalho às características especiais do trabalho do pessoal de enfermagem;
- Participação do pessoal de enfermagem no planeamento dos serviços de enfermagem;
- Consulta do pessoal de enfermagem na determinação das respectivas condições de emprego e de trabalho;
- Mecanismos de resolução de conflitos ⁴⁹.

Até à data, 38 países ratificaram esta Convenção ⁵⁰. No entanto, as disposições da Convenção e da Recomendação têm ajudado muitos governos, empregadores e organizações sindicais, bem como associações profissionais em todo o mundo a garantir a satisfação das necessidades do pessoal de enfermagem e a encontrar soluções para os seus problemas. É necessário continuar a promover a ratificação e implementação da Convenção, contribuindo assim para a realização dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio no domínio da saúde, a saber, melhorar a saúde materna, reduzir a mortalidade infantil e combater o VIH/SIDA, malária e outras doenças.

Impacto da infecção pelo VIH e da SIDA nas condições de trabalho dos profissionais de saúde

Além da falta de pessoal, longas horas de trabalho e violência no local de trabalho, nos países mais afectados pela epidemia, estes trabalhadores estão sujeitos a uma ainda maior carga de trabalho, maiores riscos de infecção pela doença, mais stress, verificando-se ainda uma falta de formação e disposições adequadas para fazer face ao VIH/SIDA ⁵¹. Alguns países que registam taxas muito elevadas, vêem-se confrontados com elevados níveis de desgaste profissional dos trabalhadores da saúde, devido às doenças e óbitos imputáveis ao VIH/SIDA.

Em 2005, a Organização Internacional do Trabalho e a Organização Mundial da Saúde, elaboraram em conjunto a publicação “Directrizes Conjuntas OIT/OMS sobre os Serviços de Saúde e a Infecção VIH/SIDA” ^{NT}, que contou também com a colaboração de vários especialistas na área do VIH/SIDA, bem como de trabalhadores de saúde e representantes dos trabalhadores, empregadores e governos. Estas directrizes propõem várias abordagens práticas relativas à protecção, formação, despistagem, tratamento, confidencialidade, prevenção, minimização dos riscos profissionais e prestação de cuidados e de apoio aos profissionais de saúde. Aborda ainda o papel essencial do diálogo social entre governos, empregadores e trabalhadores para enfrentar os desafios colocados pela epidemia do VIH/SIDA no sector.

Migrações

Se a migração internacional é considerada uma característica de mercados de trabalho globalizados no sector da saúde, os efeitos da migração de profissionais de saúde nos países fornecedores de mão-de-obra, constituem um motivo de preocupação. Os sistemas nacionais que efectuaram investimentos significativos na educação e formação do pessoal de saúde, registam uma fuga do seu pessoal mais qualificado e experiente. Na África Subsaariana, os sistemas de saúde, já bastante afectados pelos óbitos e casos de invalidez imputáveis ao VIH/SIDA, vêem ainda mais reduzidos os seus efectivos devido à emigração dos seus profissionais. Em Março de 2005, o Conselho de Administração do BIT aprovou o lançamento de um programa de acção intitulado “A migração internacional dos profissionais de saúde: o lado da oferta”. Este programa visa globalmente elaborar e divulgar estratégias e boas práticas para a gestão da migração no sector da saúde do ponto de vista dos países fornecedores de mão-de-obra. O programa conta com a colaboração da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Interna-

⁴⁸ BIT, 2005b.

⁴⁹ Para mais informações, vide BIT, 2005b.

⁵⁰ Vide lista das ratificações no Anexo I.

⁵¹ OMS e BIT, 2005; Joint Learning Initiative, 2004.

^{NT} Traduzido para português, disponível em www.ilo.org/lisbon

cional para as Migrações (OIM). Seis países participam no programa: Costa Rica, Quênia, Roménia, Senegal, Sri Lanka e Trindade e Tobago. O programa contribui para promover o diálogo social e avalia os efeitos da migração de profissionais de saúde nesses países, analisando as políticas e práticas em vigor em matéria de migração e identificando as melhores práticas com vista a orientar a definição de políticas eficientes. O programa promove ainda o reforço das capacidades de recolha e análise de dados, para melhorar a qualidade da informação sobre a migração do pessoal da saúde e apoia investigação específica num número de países para apoiar o diálogo social e a formulação de políticas, com especial relevo para as questões do recrutamento e retenção dos trabalhadores.

Diálogo social: Estabelecer um consenso para encontrar soluções sustentáveis

As preocupações com a qualidade e desempenho dos sistemas de saúde conduziram a uma série de reformas, verificando-se, no entanto, que os profissionais de saúde são raramente consultados sobre as políticas que afectam directamente a sua via profissional. A sua participação no planeamento e elaboração das reformas dos sistemas de saúde pode trazer enormes vantagens, nomeadamente contribui para conseguir o empenho e apoio reforçados destes profissionais e aproveitar seus vastos conhecimentos e experiência no sector ⁵². O facto de as reformas terem maiores probabilidades de sucesso quando os parceiros sociais participam no planeamento e na elaboração das mesmas tem contribuído para realçar a importância e potencialidades do diálogo social para fazer progredir e apoiar os processos de reforma. Reforçar o diálogo social e o tripartismo é um dos objectivos estratégicos da OIT, essencial à concretização do objectivo do trabalho digno. A OIT está empenhada na promoção do diálogo social e no reforço das instituições de diálogo social, bem como das capacidades das partes para participar eficientemente no diálogo social.

Para garantir a qualidade dos serviços médicos, a OIT está empenhada em reforçar as capacidades e as instituições para o diálogo social no sector da saúde. Os mandantes da OIT salientaram a necessidade de uma acção concertada, bem como de orientações práticas e instrumentos para fomentar o diálogo social ⁵³, o que levou à elaboração de uma publicação intitulada *Social dialogue in the health services: A tool for practical guidance*. Esta publicação destina-se aos decisores e outros intervenientes responsáveis pelo planeamento e organização dos processos de diálogo social nos serviços de saúde. Fornece instrumentos para gerir e facilitar os processos de diálogo social, bem como orientações sobre as questões a considerar. É complementada com a publicação *Handbook for Practitioners* ⁵⁴, que fornece orientação prática aos facilitadores e organizadores dos mandantes da OIT e outras partes interessadas nos serviços de saúde, para os ajudar a oferecer cursos de formação aos participantes no diálogo social ou a implementar processos de diálogo social.

Parcerias

A OIT colabora com os seus parceiros e no âmbito de vastas alianças globais para dar resposta às preocupações dos trabalhadores de saúde. A OIT é um dos parceiros da Aliança Global dos Trabalhadores da Saúde, lançada em Maio de 2006 pela OMS. A Aliança é uma parceria que visa identificar e implementar soluções para a crise dos recursos humanos no sector da saúde. Reúne um grande número de actores, incluindo representantes dos governos nacionais, sociedade civil, trabalhadores, agências internacionais, instituições financeiras, associações profissionais e instituições académicas. Enquanto membro da Iniciativa Estratégica sobre a Migração dos Trabalhadores da Saúde, lançada no âmbito da Aliança Global dos Trabalhadores da Saúde, a OIT contribui com as suas competências técnicas no domínio da migração dos recursos humanos no sector da saúde, na procura de soluções práticas para o problema da crescente migração destes profissionais dos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Os esforços envidados para atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, relacionados com a saúde materna, saúde infantil e combate ao VIH/SIDA e outras doenças, são significativamente prejudicados pela crise dos recursos humanos no sector da saúde. Para resolver os problemas de falta de pessoal e desequilíbrios geográficos na distribuição dos profissionais de saúde são necessárias respostas nacionais e globais. A OIT e os seus parceiros estão empenhados em melhorar a qualidade do emprego destes profissionais, tendo em conta os problemas

⁵³ BIT, 2006c “Résolution concernant le tripartisme et le dialogue social: Un recueil de directives pratiques”, adoptada pela 90ª Conferência do Trabalho, Genebra, Junho de 2002. Vide <http://www.ilo.org/public/french/standards/relm/ilc/ilc90/pdf/pr-21res.pdf>.

⁵⁴ BIT, 2005c.

Impacto das reformas realizadas no sector da saúde nos anos 1990 na República dos Camarões

- Redução dos salários em 50% e perda dos subsídios
- Congelamento do recrutamento e redução dos efectivos, o que levou a uma falta de pessoal
- Deficientes condições de trabalho
- Redução da qualidade dos cuidados
- Diminuição do recurso aos serviços de saúde pelas populações rurais e suburbanas
- Desmoralização, demissão e emigração do pessoal médico

Fonte: OIT, 2000^a

⁵² BIT, 2002a; Ssengooba et al., 2007; Boussen et al., 2002.

Trabalhadores defendem serviços públicos de qualidade

Os sindicatos dos serviços públicos, sob a égide da Internacional dos Serviços Públicos (PSI), lançaram uma campanha para promover o investimento público em serviços públicos de qualidade, investimento que deverá traduzir-se no financiamento adequado dos serviços, gestão mais transparente, melhores empregos e serviços acessíveis, a preços abordáveis e adaptados às necessidades da população.

- Assegurar o financiamento adequado dos serviços, para garantir a prestação de serviços de qualidade por pessoal competente e dotado dos recursos necessários, à população ou àqueles que os pretendam utilizar;
- Desenvolver a capacidade dos serviços públicos para atingir objectivos sociais, em particular a erradicação da pobreza e a capacitação das pessoas;
- Garantir o cumprimento dos objectivos de qualidade por parte dos serviços públicos, incluindo elevados padrões de comportamento ético que contribuem para o desenvolvimento efectivo e equitativo das economias nacionais e global e;
- Garantir boas condições de trabalho aos trabalhadores da função pública e o respeito de todos os seus direitos.

Fonte: www.world-psi.org

interligados com que os mesmos se confrontam, nomeadamente, deficientes condições de trabalho, violência no local de trabalho, falta de oportunidades de formação, VIH/SIDA e migração, problemas que são, por sua vez subjacentes às dificuldades de recrutamento e retenção do pessoal no sector. Em todos os esforços desenvolvidos para melhorar os serviços de saúde, a consulta e participação dos trabalhadores da saúde, através do diálogo social e da negociação colectiva, são fundamentais para conciliar as diferentes posições, conhecimentos e experiências em prol de soluções e políticas eficientes.



Conclusões: Mobilizar apoios, trabalhar em conjunto

Ao ritmo actual do desenvolvimento, o ODM5 que visa reduzir em três quartos a mortalidade materna até 2015 não será atingido. Enquanto quadro unificador para as actividades do sistema multilateral das Nações Unidas, os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio apelam a todos os países e parceiros do desenvolvimento no mundo a partilhar responsabilidades para dar cumprimento aos compromissos assumidos a nível internacional. No domínio da saúde materna, como no dos ODM, para traduzir as metas e os objectivos em resultados, é indispensável coerência política e uma melhor colaboração entre as agências das Nações Unidas, os governos a nível nacional e outros parceiros de desenvolvimento.

A OIT trabalha em estreita colaboração com os seus mandantes, outras organizações multilaterais e outros parceiros de desenvolvimento a nível nacional, regional e internacional, no quadro da Declaração do Milénio. A Agenda do Trabalho Digno da OIT promove o desenvolvimento económico equitativo através do emprego, dos direitos, da protecção social e do diálogo – elementos fundamentais para a segurança, saúde e bem-estar de todas as pessoas, e uma componente importante dos esforços para abordar os factores económicos e sociais mais vastos, responsáveis pela deficiente saúde materna e pela mortalidade materna. Com efeito, a capacitação económica das mulheres e o seu acesso ao trabalho digno, bem como as suas oportunidades educativas, direitos políticos e acesso a serviços de cuidados médicos e de saúde reprodutiva de qualidade são dimensões indissociáveis da saúde materna e da saúde em geral.

A OIT destaca várias áreas específicas do seu mandato que têm potencial para apoiar e contribuir para reforçar os esforços com vista a uma gravidez segura. Em primeiro lugar, devem intensificar-se os esforços para melhorar a protecção da maternidade e a saúde materna através do local de trabalho. O trabalho é essencial na vida de cada pessoa. Devemos garantir que o mesmo não constitua um risco para a saúde das mulheres grávidas e lactantes e para a dos seus filhos. Também é importante que a maternidade e o papel reprodutivo das mulheres não comprometam a sua segurança económica. Já existem quadros internacionais comuns que garantem estes direitos: as Convenções sobre a protecção da maternidade. É necessário, no entanto, um maior empenho para assegurar uma efectiva aplicação prática dos princípios.

Em segundo lugar, a protecção social da saúde é essencial para garantir o acesso universal aos cuidados de saúde. As iniciativas isoladas não serão suficientes:

o objectivo central – e o desafio – consiste em tirar partido dos regimes nacionais e locais existentes e integrá-los num sistema nacional universal que garanta o acesso eficaz a cuidados de saúde de qualidade e a protecção financeira em relação aos custos inerentes à saúde. Deverá, ainda, incluir-se as prestações de maternidade na cobertura para garantir às mulheres o acesso efectivo a uma maternidade segura.

Desde há muito uma prioridade da OIT, os governos, as organizações patronais e sindicais chegaram a um novo consenso, na Conferência Internacional do Trabalho, em 2001: atribuir prioridade máxima à elaboração de políticas e iniciativas que permitam a todos os excluídos da segurança social beneficiar da mesma.

Em terceiro lugar, as iniciativas que visam melhorar a saúde materna devem encontrar respostas eficazes, a nível nacional e internacional, para a crise dos recursos humanos no sector da saúde. A qualidade dos serviços de saúde depende inteiramente dos profissionais de saúde. Contudo, muitos destes profissionais debatem-se actualmente, em muitos países, com a falta de recursos humanos, condições de trabalho deficientes e a inexistência de oportunidades de promoção na carreira ou de formação, resultantes de vários anos de aumento dos custos de saúde, políticas de ajustamento estrutural e medidas de contenção das despesas. A promoção do trabalho digno para o pessoal de saúde e do diálogo social deve estar no topo da agenda de todas as intervenções que visem responder à crise dos serviços de saúde.

O trabalho da OIT incide fundamentalmente nas normas internacionais do trabalho, universalmente aceites, que visam orientar a elaboração de leis, políticas e práticas nacionais relativas à protecção da maternidade, segurança social e condições de emprego no sector da saúde. A OIT contribui com a sua experiência no aconselhamento de políticas, apoio técnico e reforço de capacidades em todos estes domínios, no âmbito de parcerias nacionais e internacionais que visam reduzir a mortalidade materna. O principal ponto forte da OIT reside na sua estrutura tripartida – governos, organizações patronais e sindicais – que contribuem com o seu empenho, as suas redes e o seu engenho para gerar a acção, o dinamismo e a capacidade de organização necessários, a todos os níveis da sociedade. É essencial promover o diálogo construtivo, a nível nacional e internacional, entre os sectores e partes interessadas, para tirar partido das oportunidades chave de alinhar as estratégias das políticas e iniciativas no mundo do trabalho com vista a melhorar a saúde materna.

É com este espírito que a OIT se empenha activamente na criação de parcerias internacionais, trabalha na harmonização dos objectivos do trabalho digno e reforça a coordenação para concretizar as prioridades nacionais expressas nos planos de desenvolvimento nacional e nos quadros de programação internacionais, designadamente o CCA-UNDAF, Estratégias de Redução da Pobreza e projectos piloto “One UN”. Em Julho de 2006, o Conselho Económico e Social (ECOSOC) apelou ao sistema das Nações Unidas para continuar a desenvolver esforços no sentido de integrar os objectivos do pleno emprego produtivo e do trabalho digno em todas as políticas, programas e actividades. A OIT está a reforçar as suas capacidades e ferramentas para ajudar as agências das Nações Unidas e os seus mandantes tripartidos a integrar a Agenda do Trabalho Digno nas suas actividades. Concebidos para serem o principal veículo do apoio da OIT aos países, os programas nacionais para o trabalho digno têm dois objectivos fundamentais: promover o trabalho digno como componente chave das estratégias nacionais de desenvolvimento; e simultaneamente colocar os conhecimentos, os instrumentos, as acções de sensibilização e a cooperação da OIT ao serviço dos mandantes tripartidos, num quadro baseado nos resultados, com vista a contribuir para a concretização dos objectivos do trabalho digno nas áreas onde a organização tem uma vantagem comparativa. O tripartismo e o diálogo social são indispensáveis para o planeamento e a implementação de um programa da OIT integrado e coerente com vista a ajudar os mandantes dos Estados-Membros. A OIT apela ao reforço da promoção da cooperação e da coordenação ao nível nacional, regional e internacional, com vista a tirar partido dos esforços colectivos para a concretização dos objectivos comuns.

O grande número de mulheres que morre desnecessariamente, todos os anos, por causas em grande parte evitáveis, associadas à gravidez, faz ressaltar a necessidade urgente de medidas eficazes, baseadas em abordagens comuns coerentes ao nível nacional e internacional. Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio instam os vários actores e partes interessadas a cumprir os seus compromissos, a colaborar e a unir esforços com vista à concretização de um conjunto de objectivos comuns. A lentidão dos progressos na consecução do ODM 5 revela que é necessário reiterar os compromissos e encontrar soluções inovadoras. A OIT está empenhada em desempenhar um papel decisivo, em reforçar as parcerias e em encontrar novas abordagens para construir um mundo mais pacífico, mais próspero e mais justo, tal como o imaginaram os signatários da Declaração do Milénio.



Referências Bibliográficas

- Afsana, K. (2004): “The tremendous cost of seeking hospital obstetric care in Bangladesh”, em *Reproductive Health Matters*, Vol. 12, No. 24, pp. 171-180.
- Bach, S. (2003): *International migration of health workers: Labour and social issues*, OIT. Documento de trabalho sobre as actividades sectoriais (Geneva, BIT).
- Bureau international do Trabalho Travail (1998): *Conditions d’emploi et de travail dans les réformes du secteur de la santé* (Genève).
- (2000a): *La réforme du service public et son impact sur le personnel de santé* (Genève).
- (2000b): *Learning from experience: A gendered approach to social protection for workers in the informal economy* (Geneva).
- (2001): *Sécurité sociale : Un nouveau consensus* (Genève).
- (2002a): *Social dialogue in the health services: Institutions, capacity and effectiveness* (Geneva).
- (2002b): *Towards decent work: Social protection in health for all workers and their families* (Geneva, STEP).
- (2002c): *Réunion paritaire sur le dialogue social dans les services de santé: Institutions, capacité et efficacité* (Genève).
- (2003a): *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail* (Genève).
- (2003b): *La Déclaration du Millénaire, les OMD et l’Agenda pour un travail décent : Vue d’ensemble* (Genève).
- (2004): *Protection de la maternité. Note d’information sur les conditions de travail et l’emploi n° WF-4* (Genève).
- (2005a): *Fourteenth synthesis report on working conditions in Cambodia’s garment sector* (Phnom Penh).
- (2005b): *Convention (n° 149) de l’OIT sur le personnel infirmier. Reconnaître leur contribution et répondre à leurs besoins* (Genève).
- (2005c): *Social dialogue in the health services: A tool for practical guidance. The handbook for practitioners* (Geneva).
- (2006a): *Women and work in the garment industry* (Phnom Penh).
- (2006b): *Mise en oeuvre des programmes de promotion du travail décent par pays: Liste récapitulative de domaines d’action en matière de protection sociale* (Genève).
- (2006c): *Social protection and inclusion: Experiences and policy issues* (Geneva).
- (2007): *Social health protection: An ILO strategy towards universal access to health care, projet pour consultation* (Geneva).
- BIT, GTZ et OMS (2007): *Extending social protection in health: Developing countries’ experiences, lessons learnt and recommendations* (Francfort, GTZ).
- BIT/CII/OMS/ISP (2002): *Framework guidelines on health services and HIV/AIDS* (Geneva).
- BIT e OMS (2005): *Directives Conjointes OIT/OMS sur les services de santé et le VIH/SIDA* (Genève).

- Borghi, J., T. Ensor, B. Dev Neupane e S. Tiwari (2006a): “Financial implications of skilled attendance at delivery in Nepal”, *Tropical Medicine and International Health*, Vol. 11, No. 2, pp. 228-237.
- Borghi, J., T. Ensor, A. Somanathan, C. Lissner et A. Mills (2006b): “Mobilizing financial resources for maternal health”, *The Lancet Maternal Survival Series*, Vol. 368, No. 9545, pp. 1457-1465.
- Borghi, J., K. Hanson, C. Adjei Acquah, G. Ekanmian, V. Filippi, C. Ronsmans, R. Brugha, E. Browne e E. Alihonou (2003): “Costs of near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana”, *Health Policy and Planning*, Vol. 18, No. 4, pp. 383-390.
- Boussen, C.R. e Salammbo Group (2002): “Collaborative planning to improve women’s health: Experiences from Egypt”, dans A. Cornwall and A. Welbourn (eds.): *Realising rights: Transforming approaches to sexual and reproductive well-being* (New York, Zed Books), pp. 297-306.
- Brender, J., L. Suarez, K. Hendricks, R.A. Baetz e R. Larsen (2002): “Parental occupation and neural tube defect-affected pregnancies among Mexican-Americans”, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 44, No. 7, pp. 650-656.
- CSI (2007): “Burkina Faso: Informal economy at the centre of new solidarity initiatives”, *Union View*, Issue 3 (Bruxelles).
- Dabrowski, S., W. Hanke, K. Polanska, T. Makowiec-Dabrowska e W. Sobala (2003): “Pesticide exposure and birthweight: An epidemiological study in central Poland”, *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, Vol. 16, No. 1, pp. 31-39.
- Di Martino, V. (2002): *Workplace violence in the health sector — Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, plus an additional Australian study*, relatório de síntese elaborado no âmbito do Programa comum OIT/CII/OMS/ISP sobre a violência no trabalho no sector da saúde. (Geneva).
- Gassmann, F. e C. Behrendt (2006): *Les prestations en espèces dans les pays à faible revenu: Simulation des effets sur la réduction de la pauvreté au Sénégal et en Tanzanie*, Document de réflexion n° 15 (Genève, BIT, Département de la Sécurité Sociale).
- Gilson, L. e D. McIntyre (2005): “Removing user fees for primary care in Africa: The need for careful action”, *British Medical Journal*, Vol. 331, p. 762.
- Hein, C. (2005): *Reconciling work and family responsibilities: Practical ideas from global experience* (Geneva, BIT).
- ILO-Better Factories Cambodia (sem data): *An introduction to the garment industry: What you need to know* (Phnom Penh).
- Joint Learning Initiative (2004): *Human resources for health: Overcoming the crisis* (Cambridge, MA, Harvard University Press).
- Khan, K.S., D. Wojdyla, L. Say, A.M. Gulmezoglu e P. Van Look (2006): “WHO systematic review of causes of maternal deaths”, *The Lancet*, Vol. 367, pp. 1066-1074.
- McIntyre, J. (2005): “Maternal health and HIV”, *Reproductive Health Matters*, Vol. 13, No. 25, pp. 129-135.
- Mozurkewich, E., B. Luke, M. Avni e F. Wolf (2000): “Working conditions and adverse pregnancy outcome: A meta-analysis”, *Obstetrics & Gynaecology*, Vol. 95, No. 4, pp. 623-635.
- Olukoya, P. (2004): “Reducing maternal mortality from unsafe abortion among adolescents in Africa”, *African Journal of Reproductive Health*, Vol. 8, No. 1, pp. 57-62.
- WHO e UNFPA (2006): *Pregnant adolescents: Delivering on global promises of hope* (Geneva, WHO).
- OMS (2005): *Rapport sur la santé dans le monde 2005: Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant* (Genève).
- (2006): *Rapport sur la santé dans le monde 2006: Travailler ensemble pour la santé* (Genève).

- Öun, I. e G. Pardo Trujillo (2005): *Maternity at work: A review of national legislation* (Geneva, ILO).
- Parkhurst, J., L. Penn-Kekana, D. Blaauw, D. Balabanova, K. Danishevski, S. Rahman, V. Onama e F. Ssengooba (2005): “Health systems factors influencing maternal health services: A four-country comparison”, *Health Policy*, Vol. 73, No. 2, pp. 127-138.
- Pathmanathan, I., J. Liljestrand, J.M. Martins, L. Rajapaksa, C. Lissner, A. de Silva, S. Selvaraju e P.J. Singh (2003): *Investing in maternal health: Learning from Malaysia and Sri Lanka* (Washington, DC, World Bank).
- Paul, J. (2004): *Healthy beginnings: Guidance on safe maternity at work* (Geneva, ILO).
- RACHA (2007): *Project report for training of garment factory workers* (Phnom Penh).
- Ranson, M.K. (2002): “Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: Current experiences and challenges”, *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 80, pp. 613-621.
- Reynaud, E. (2006): “Social security for all: Global trends and challenges”, *Comparative Labour Law and Policy Journal*, Vol. 27, No. 2, pp. 123-150.
- Ronsmans, C. e W. Graham (2006): “Maternal mortality: Who, when, where, and why”, *The Lancet*, Vol. 368, pp. 1189-1200.
- Ssengooba, F., S. Rahman, C. Hongoro, E. Rutebemberwa, A. Mustafa, T. Kielmann e B. McPake (2007): “Health sector reforms and human resources for health in Uganda and Bangladesh: Mechanisms of effect”, *Human Resources for Health*, Vol. 5, No. 3.
- Tuntiseranee, P., A. Geater, V. Chongsuvivatwong e O. Kor-anantakul (1998): “The effect of heavy maternal workload on fetal growth retardation and preterm delivery: A study among Southern Thai women”, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 40, No. 11, pp. 1013-1021.
- Van Dillen, J., T. Meguid e J. Van Roosmalen (2006): “Maternal mortality audit in a hospital in Northern Namibia: The impact of HIV/AIDS”, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, Vol. 85, pp. 499-500.
- Van Eyck, K. (2006): *Who cares? Women health workers in the global labour market* (Ferney-Voltaire, France, International des Services Publics).
- Witter, S. e S. Adjei (2007): “Start-stop funding, its causes and consequences: A case study of the delivery exemptions policy in Ghana”, *The International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 22, No. 2, pp. 133-143.



Mulher empregada numa mina de ouro a amamentar o filho depois do trabalho,
Perma, Benim, Julho de 2001.



Anexo I: Ratificação das Normas Internacionais do Trabalho relativas à maternidade e aos profissionais de saúde

	Convenção sobre a Protecção da Maternidade, de 1919 (n.º 3)	Convenção sobre a Protecção da Maternidade, de 1952 (n.º 103)	Convenção sobre a Protecção da Maternidade, de 2000 (n.º 183)	Segurança Social (Norma Mínima), de 1952 (n.º 102)	Convenção sobre o Emprego e Condições de Trabalho e de Vida do Pessoal de Enfermagem, de 1977 (n.º 149)
África	N.º 3	N.º 103	No. 183	N.º 102	N.º 149
Argélia	✓				
Burkina Faso	✓				
Camarões	✓				
Costa do Marfim	✓				
Egipto					✓
Gabão	✓				
Gana		✓			✓
Guiné	✓				✓
Guiné Equatorial		✓			
Líbia	✓	✓		✓	
Mali			✓		
Malavi					✓
Mauritânia	✓			✓	
Níger				✓	
Quénia					✓
República Centro-Africana	✓				
República Democrática do Congo				✓	
República do Congo					✓
Seicheles					✓
Senegal				✓	
Tanzânia					✓
Zâmbia		✓			✓

	Convenção sobre a Protecção da Maternidade, de 1919 (n.º 3)	Convenção sobre a Protecção da Maternidade, de 1952 (n.º 103)	Convenção sobre a Protecção da Maternidade, de 2000 (n.º 183)	Segurança Social (Norma Mínima), de 1952 (n.º 102)	Convenção sobre o Emprego e Condições de Trabalho e de Vida do Pessoal de Enfermagem, de 1977 (n.º 149)
Americas	N.º 3	N.º 103	N.º 183	N.º 102	N.º 149
Argentina	✓				
Baamas		✓			
Barbados				✓	
Belize		D**	✓		
Bolívia		✓		✓	
Brasil	D*	✓			
Chile	D*	✓			
Colômbia	✓				
Costa Rica				✓	
Cuba	✓	D**	✓		
Equador		✓		✓	✓
Guatemala		✓			✓
Guiana					✓
Jamaica					✓
México				✓	
Nicarágua	✓				
Panamá	✓				
Peru				✓	
Uruguai	D*	✓			✓
Venezuela	✓	D		✓	✓

	Convenção sobre a Protecção da Maternidade, de 1919 (n.º 3)	Convenção sobre a Protecção da Maternidade, de 1952 (n.º 103)	Convenção sobre a Protecção da Maternidade, de 2000 (n.º 183)	Segurança Social (Norma Mínima), de 1952 (n.º 102)	Convenção sobre o Emprego e Condições de Trabalho e de Vida do Pessoal de Enfermagem, de 1977 (n.º 149)
Estados Árabes	N.º 3	N.º 103	N.º 183	N.º 102	N.º 149
Iraque					✓

	Convenção sobre a Protecção da Maternidade, de 1919 (n.º 3)	Convenção sobre a Protecção da Maternidade, de 1952 (n.º 103)	Convenção sobre a Protecção da Maternidade, de 2000 (n.º 183)	Segurança Social (Norma Mínima), de 1952 (n.º 102)	Convenção sobre o Emprego e Condições de Trabalho e de Vida do Pessoal de Enfermagem, de 1977 (n.º 149)
Ásia e Pacífico	N.º 3	N.º 103	N.º 183	N.º 102	N.º 149
Bangladesh					✓
Filipinas					✓
Japão				✓	
Mongólia		✓			
Papuásia-Nova Guiné		✓			
Sri Lanka		✓			

	Convenção sobre a Protecção da Maternidade, de 1919 (n.º 3)	Convenção sobre a Protecção da Maternidade, de 1952 (n.º 103)	Convenção sobre a Protecção da Maternidade, de 2000 (n.º 183)	Segurança Social (Norma Mínima), de 1952 (n.º 102)	Convenção sobre o Emprego e Condições de Trabalho e de Vida do Pessoal de Enfermagem, de 1977 (n.º 149)
Europa	N.º 3	N.º 103	N.º 183	N.º 102	N.º 149
Albânia			✓	✓	
Alemanha	✓			✓	
ARJ da Macedónia	✓	✓		✓	
Áustria		D**	✓	✓	
Azerbaijão		✓			✓
Bielorrússia		D**	✓		✓
Bélgica				✓	✓
Bósnia e Herzegovina	✓	✓		✓	
Bulgária	✓		✓		
Chipre			✓	✓	
Croácia	✓	✓		✓	
Dinamarca				✓	✓
Eslováquia			✓	✓	
Eslovénia	✓	✓		✓	✓
Espanha	✓	✓		✓	
Federação da Rússia		✓			✓
Finlândia					✓
França	✓			✓	✓
Grécia	✓	✓		✓	✓
Hungria	✓	D**	✓		
Irlanda				✓	
Islândia				✓	
Israel				✓	
Itália	✓	D**	✓	✓	✓
Letónia	✓				✓
Lituânia			✓		✓
Luxemburgo	✓	✓	✓	✓	
Malta					✓
Moldávia		D**	✓		
Montenegro	✓	✓		✓	
Noruega				✓	✓
Usbequistão		✓			
Países Baixos		✓		✓	
Polónia		✓		✓	✓
Portugal		✓		✓	✓
Quirguizistão		✓			✓
República Checa				✓	
Roménia	✓		✓		
Reino Unido				✓	
São Marino		✓			
Sérvia	✓	✓		✓	
Suécia				✓	✓
Suíça				✓	
Tajiquistão		✓			✓
Turquia				✓	
Ucrânia		✓			✓
Usbequistão		✓			

D = Denunciou, D* = Denunciou, C.103 ratificada, D** = Denunciou, C. 183 ratificada

