UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

EMILIANA MARIA GRANDO GAIOTTO

SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA INSTRUMENTALIZAR A FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE FORTALECIMENTO DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

EMILIANA MARIA GRANDO GAIOTTO

SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA INSTRUMENTALIZAR A FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE FORTALECIMENTO DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Versão corrigida da tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr^a. Cassia Baldini Soares

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: Data: / /				
	Assinatura:	Data:	/	/

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação 33 de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Catalogação na Publicação (CIP) Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta" Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Gaiotto, Emiliana Maria Grando

Síntese de evidências para instrumentalizar a formulação de políticas públicas de fortalecimento dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde / Emiliana Maria Grando Gaiotto. São Paulo, 2021. 144 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cássia Baldini Soares

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi (CRB-8: 7257)

Nome: Emiliana Maria Grando Gaiotto

Título: Síntese de evidências para instrumentalizar a formulação de políticas públicas de fortalecimento dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em:	/ /	/

Banca Examinadora

Orientadora: Profa. Dra. Cassia Baldini Soares				
Instituição: Universidade de São Paul	lo Assinatura:			
Profa. Dra. Cassia Baldini Soares	Instituição:			
Julgamento:	_Assinatura:			
Prof. Dr	Instituição:			
Julgamento:	_Assinatura:			
Prof. Dr	Instituição:			
Julgamento:	Assinatura:			

DEDICATÓRIA

Ao meu pai Eraldo José Grando, de quem não tive a oportunidade de me despedir, por estar realizando o doutorado sanduíche.

À minha mãe Yolanda Provazi Grando, que me esperou chegar do Canadá para, depois de uma semana, partir ao encontro do meu pai.

Ao meu marido Alexandre Roberto Gaiotto, que sempre esteve ao meu lado. Que enfrentou um ano de pandemia sozinho, devido às fronteiras fechadas entre Brasil e Canadá. Esteve com minha família nos momentos difíceis. Eu amo muito você e muito obrigada por você existir na minha vida.

Ao meu filho Gabriel Ehieh Gaiotto, que foi a principal fonte inspiradora para iniciar este projeto e me apoiou muito enquanto estivemos no Canadá em meio à pandemia e problemas familiares.

Aos Trabalhadores do SUS (Sistema Único de Saúde), que dedicam suas vidas diariamente para melhorar a saúde de todos os brasileiros e que muitas vezes se arriscam, devido à precarização do trabalho.

À minha orientadora Cassia Baldini Soares, que sempre lutou e ainda luta para que haja mais justiça social neste país. Parabéns pela bela contribuição que dá ao Brasil.

AGRADECIMENTOS

À Providência Divina.

Ao meu companheiro e amado Alexandre Roberto Gaiotto, pelo apoio constante, especialmente no doutorado sanduíche e nos momentos turbulentos.

Ao meu amado filho Gabriel Ehieh Gaiotto, que aceitou ficar distante para que eu pudesse trabalhar em São Paulo e que foi meu grande companheiro no doutorado sanduíche.

À minha orientadora Cassia Baldini Soares, que me aceitou como orientanda, e me ensinou sobre as teorias de saúde coletiva e como são importantes as lutas sociais.

À ex-coordenadora de Enfermagem da FAESB Ana Claudia Leite Monéia (em 2018), à atual Márcia Féldreman (em 2021) e à diretora acadêmica Carla Barreto, por me proporcionarem oportunidades na área acadêmica.

À gerente Fabiana Mendes Santos, que me acolheu na UBS Sacomã e sempre apoiou a realização do doutorado, com a reconfiguração do cronograma de trabalho, para permitir as atividades presenciais.

Aos meus amigos da UBS Sacomã Leandro Wilson de Souza, Gilvana Dantas Santana, Welder Ferreira de Souza, que sempre me apoiaram nas escalas do acolhimento e na vigilância, para eu poder realizar as atividades do doutorado.

Às minhas irmãs Izabel, Vera e Lucília, pelo apoio emocional, bênçãos e cuidados alimentares que proporcionaram, em face ao acúmulo de trabalho/doutorado/família e cuidados da minha mãe. Como também à mantenedora do Convento da Santa Paulina (Luciana) onde estive por um semestre.

Ao radialista Fabio Teruel, por suas mensagens motivacionais, durante a ida ao trabalho, e que me deram forças para persistir em fazer a prova do TOEFL.

À professora de inglês Ana Clara Fischer Abramides, que me ajudou a ser aprovada na prova do TOEFL ITP (para mim, foi o meu maior desafio no doutorado), como também Kazuho Yamashita Murai, pelo resgate da autoestima.

Aos familiares que me apoiaram nos momentos turbulentos: meus pais Eraldo José Grando (*in memoriam*) e Yolanda Provazi Grando (*in memoriam*), meus sogros Terezinha Salvador, Nilton Luiz Gaiotto e Alessandra Aparecida Alencar Gaiotto, meus irmãos Edílio Grando (*in memoriam*), Izabel Celina Grando Borzi, Vera Lúcia Grando, Lucília Grando, Izael Grando, Alessandro Grando e minha prima-irmã Cristiane Grando; meus cunhados Nelson A. O. Borzi, Patrícia S. Grando, Gisele M. Grando, Marcos Antônio Melo, Daniela Fátima da Mota, Rodrigo D. Gaiotto, Andressa Brunheroto, Cristiane R. G. Caldana, Luís Carlos Caldana, Juliane Renata Gaiotto e Nicole Gaiotto; meus adorados sobrinhos Carolina Grando, Lucas S. Grando, Rayra F. G. Borzi, Nyara R. G. Borzi, Norieli G. Caldana, Letícia M. Grando, Enzo G. Caldana e Miguel M. Grando.

Aos meus primos Marilda Provazi e Sidnei Provazi, que sempre enviaram mensagens de apoio enquanto estive no Canadá. Como também meus queridos amigos Juraci de Oliveira, Maria da Trindade Lara Camargos (minha segunda mãe), Joedi da Silva Santos, Andresa de Oliveira Ignácio de Araújo, Anne Carolina de Oliveira, Ana Cristina Furlan Reverendo, minhas tias Angela Provazi Pedrozo, Maria Helena Provazi Tirabassi e minha tia-madrinha Maria Aparecida Zanetti Grando.

Aos amigos que fiz na USP e que contribuíram com meu trajeto no PPGE, fornecendo informações da pós-graduação, Luciane Simões Duarte, Giovanna Mariah Orlandi e Thiago Roberto Manttuane Alves de Almeida. Em especial à Aline Godoy-Vieira, que foi minha parceira em vários projetos e foi a segunda revisora na síntese de evidências.

Aos alunos de mestrado, com quem pude colaborar e aprender: Aline Marion Moreira Kolle, Lucas Modesto Pinheiro da Silva, Mariana de Sales Dias, Suellen Mariane Rios Vicente, Ana Paula Turin Rouiller.

A todos os professores do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e ministrantes das disciplinas que frequentei, que ampliaram o meu conhecimento e me transformaram. Ana Luiza Vilela Borges (PAE), Anna Maria Chiesa, Célia Maria Sivalli Campos, Elizabeth Fujimori, Emiko Yoshikawa Egry, Lislaine Aparecida Fracolli, Lucia Yasuko Isumi Nichiata, Maria Clara Padoveze, Maria Rita Bertolozzi, Maria de La Ó Ramallo Veríssimo, Vilanice Alves de Araújo Püschel e a muito querida Carla Andrea Trapé.

Aos trabalhadores da Escola de Enfermagem, que sempre me apoiaram: as especialistas Eloá Otrenti, Erica Gomes Pereira, Karen Namie Sakata So, Vânia Ferreira Gomes Dias; as secretárias Valéria Olmos e Maria do Socorro de Lima Moura, do ENS; e Edivaldo Joaquim Ferreira, do Setor de Pesquisa, as bibliotecárias Fabiana Gulin Longhi Palácio e Juliana Akie Takahashi e a equipe técnica da secretaria de pós-graduação Edivan Timóteo, Paulo Onitsuka, Vanessa Azevedo de Morais, Lívia Musse e Mara Nubia Lópes.

À equipe do Núcleo de Evidências (Nev-IS), do Instituto de Saúde, SES/SP, Maritsa Carla de Bortoli, Sonia Isoyama Venâncio e Tereza Setsuko Toma, pelo apoio emocional e carinho, e pelas orações, nos momentos de turbulência.

Aos gestores que fizeram parte da reunião para equacionamento do problema: Maria Auxiliadora A. Dias (gerente UBS SECONCI), Maria Angélica Crevelim (Enfermeira SMS), Cassia Liberato Muniz Ribeiro (SMS), Nadia Regina Ravani Gurgel (SMS), Marta Lopes de Paula Cipriano (SMS) e Emílio Telesi (SMS) e o representante do SINTUSP, Felipe Tomasi Cavalheri, e do COREN/SP, Viviane Camargo Santos.

Aos integrantes do grupo de trabalho: Edward T. Midorikawa (CRST/SMS/SP), Katia R. dos Santos Narciso (EE-USP), Francisco A. de Castro Lacaz (UNIFESP), Leonardo Mello e Silva (FFLCH/USP), Maria do Perpétuo Socorro de S. Nóbrega (EE-USP e ABEN/SP), Mariana S. Dias (EE-USP), Tereza S. Toma (IS/SES/SP) e Maritsa C. de Bortoli (IS/SES/SP).

Aos responsáveis pelos seminários, que compuseram a primeira etapa do estudo: Francisco A. de Castro Lacaz (UNIFESP), Mario Bonciani (Sindicato dos Trabalhadores da Saúde de São Paulo), Julia Lenzi Silva (Direito do Trabalho e da Seguridade Social/USP), Felipe Tomasi Cavalheri (Sindicato dos Trabalhadores da USP), Leonardo Mello e Silva (Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da USP).

Aos orientadores do McMaster Health Forum, da Universidade McMaster - Canadá, John Lavis e Kaelan Moat, e à equipe de trabalho Paula Voorheis, Mike Wilson, Steave Lott. Brittany Dinallo, Ileana Ciurea, James McKinlay, Julie Baird, Sarah Holden, pelo acolhimento e aprendizado.

Ao grupo formado para a síntese rápida intitulada "Síntese rápida para enfrentamento do sofrimento psíquico de universitários: é tempo de uma política" que foi um produto do

doutorado sanduíche, com orientação do supervisor do McMaster Health Forum, Kaelan Moat: Carla Andrea Trapé; Celia Maria Sivalli Campos; Elizabeth Fujimori; Eloá Otrenti; Fernanda Campos de Almeida Carrer; Jorge Otávio Maia Barreto; Lucia Yasuko Izumi Nichiata; Luciana Cordeiro; Maritsa Carla de Bortoli; Tatiana Yonekura; Tereza Setsuko Toma e Cassia Baldini Soares.

Ao programa de bolsa CAPES (mar./2018-set./2018) e ao programa CAPES/PRINT/USP (jan.20/dez./20), que me proporcionaram a oportunidade de iniciar o doutorado e fazer o doutorado sanduíche.

Aos participantes do Diálogo Deliberativo que muito contribuíram para o aprimoramento desta tese: Maria Maeno (Pesquisadora da Fundacentro), René Mendes (Docente e Pesquisador colaborador do Instituto de Estudos Avançados da USP), Carla Andrea Trapé (Docente da EE-USP), Virgínia Junqueira (Docente do Departamento de Ciências da Vida - Campus Santos – Unifesp), Pompeu de Miranda Sarmento Neto (Coordenador do CRST de Campo Limpo), Sandra Cobellis Secanechia Saraiva (Coordenadora da Supervisão de Campo Limpo- AB), Daniel Silveira Machado (Coordenador da UVIS Campo Limpo), Rodrigo Biasetto (Coordenador SESMT da OSS Albert Einstein), Mario Bonciani (SINSAUDESP), Iara de Oliveira Lopes (Enfermeira - UBS Vila Borges), Vânia Ferreira Gomes Dias (Especialista da EE-USP), Mariangela Rosa de Oliveira (Gerente da UBS Jardim Mitsutani e Daniela Okuma (Rerapeuta ocupacional de NASF-AB) e o mediador Nathan Mendes de Souza.

A todos que, de alguma forma, apoiaram-me direta ou indiretamente e um agradecimento especial para um profissional da área de saúde do trabalhador, pelo apoio no início do projeto e que infelizmente não pôde continuar.

APRESENTAÇÃO

Minha escolha por desenvolver pesquisa participativa decorre tanto da experiência profissional de desenvolver trabalhos em equipe, como da experiência que tive no mestrado profissional.

A Enfermagem como profissão veio de influências desde a infância, do meu pai (um pequeno agricultor), que aplicava as injeções nas crianças da área rural, e de minha irmã, a quem ajudei durante a coleta de dados da sua dissertação de mestrado em uma área rural com plantadores de cebola (Piedade/SP).

Fiz minha graduação na Universidade Estadual de Londrina (Londrina -PR). Foi um período de grande aprendizagem e desde o primeiro ano já realizamos ações multiprofissionais (metodologia ativa), em algumas disciplinas, o que fortaleceu sempre a discussão e tomadas de decisões de forma participativa.

Depois de minha formação como enfermeira, no ano de 2000, fui trabalhar na minha cidade natal, Cerquilho/SP, município de pequeno porte. Trabalhei como fiscal de vigilância sanitária e coordenadora do Programa Saúde da Família. Em municípios de pequeno porte, é escasso o número de profissionais para desenvolvimento dos programas, ou seja, um único profissional realiza todas as funções. Nesse período, tive a minha primeira oportunidade de participar de discussão sobre a Saúde do trabalhador, na cidade. O programa contava com apenas um profissional médico, que mostrava muita dificuldade com a atenção básica, pois o programa ainda estava se iniciando na cidade e o profissional designado, não tinha experiência.

Em 2001, para dar continuidade aos estudos, mudei-me para São Paulo. Fui trabalhar na região sul, ainda no início da implantação da Estratégia de Saúde da Família (naquele momento Programa Saúde da Família- QUALIS), na cidade de São Paulo. No início as equipes tinham que "dar conta" apenas das prioridades: gestantes, crianças menores de dois anos, hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase. Assim, fazíamos consulta de criança e gestante de 30 minutos e não havia metas estabelecidas. A importância era dada para a qualidade na assistência.

Desde então, realizei as especializações em Saúde Pública pela Universidade São Camilo e em Saúde da Família pela Universidade de São Paulo (USP). Trabalhei também como docente em Enfermagem na Universidade Nove de Julho (UNINOVE). As especializações e o exercício da docência aprimoraram meus conhecimentos e direcionaram para novas atuações e percepções do trabalho. Além da graduação, tive também a oportunidade de trabalhar com docência de nível técnico, e pós-graduação. O Mestrado Profissional que realizei no Instituto de Saúde foi

um divisor de águas, estava como secretária de saúde da cidade de Jumirim e essa formação me ajudou a desenvolver várias atividades naquela cidade (inclusive, implantar saúde do trabalhador no município). Após a cassação do mandato do prefeito, não pude desenvolver a pesquisa planejada. Porto Feliz- SP se interessou em realizar a pesquisa com metodologia participativa.

A pesquisa proporcionou mudanças no local. Trabalhamos com mortalidade infantil, utilizando a metodologia proposta pela EVIPNet (Rede de Políticas Informadas por Evidência). Infelizmente, na troca de gestão, a maioria dos funcionários foram trocados também e o grupo se desfez. Após 11 anos, voltei para São Paulo para trabalhar na Atenção Básica, encontrei serviços de saúde mais estruturados, com programas que vão além das prioridades já mencionadas, como: Programa Saúde na Escola, Saúde Mental, diversidades, acamados, programas de insumo de fralda, curativos, controle de diabetes, alto custo, visita domiciliar para laudos, acolhimento, entre outros. Foram criadas metas de produção e o tempo de consulta foi reduzido tanto para médicos, como para enfermeiros. Pude observar como os funcionários estavam desenvolvendo doenças relacionadas ao trabalho, e nenhuma assistência era dada; sequer se observam programas de prevenção, sendo que as poucas ações são direcionadas ao acidente de trabalho biológico. Muitos funcionários ficam desgastados e são desligados. Com as tecnologias em nossas mãos, os smartphones, estamos fazendo a cada dia mais extensão do trabalho; recebemos mensagens o tempo todo, e mesmo em dias de folga, às vezes, temos que responder às nossas chefias.

Após presenciar diversas situações de desgaste do trabalhador e atuando como docente em instituições privadas (na capital e interior), me inscrevi no doutorado para desenvolver o tema da saúde do trabalhador com a metodologia proposta pela EVIPNet. Fora do planejamento inicial, tive que retornar ao trabalho na APS na capital, apesar da carga ser pesada em realizar o doutorado e trabalhar, a oportunidade de discutir com as equipes de saúde às questões de saúde do trabalhador foi muito interessante. Receber notificações de doenças relacionadas ao trabalho (estava como responsável da vigilância na UBS) me incentivava na continuidade desta investigação desta temática. O privilégio de ter tido a Cássia como minha orientadora me fez crescer na parte teórica da Saúde Coletiva, como também, por intermédio dela tive a oportunidade de conhecer pessoas da área de saúde do trabalhador que puderam nas discussões enriquecer o meu trabalho e ampliar minha visão sobre a temática.

No doutorado sanduíche, além da beleza da neve e dos lagos no Canadá, pude conhecer a equipe que foi pioneira na metodologia das redes de políticas informadas por evidências. Apesar da turbulência da pandemia, tive a oportunidade de aprender e desenvolver uma síntese rápida

sobre saúde mental para estudantes universitários. Foi um trabalho com um grupo grande de Professores do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem, da equipe do Núcleo de Evidência do Instituto de Saúde, do Núcleo de Evidência da Faculdade de Odontologia da USP, Universidade Federal de Pelotas, FIOCRUZ e INCOR em parceria com meu supervisor do exterior Kaelan Moat.

Com a mudança dos Diálogos Deliberativos (DD) via on-line, pudemos antecipar o evento, e o resultado foi emocionante e fortalecedor nesse momento tão sem esperança que nos encontrávamos. A implementação das opções após o DD está sendo realizada por outra pesquisadora em um projeto piloto em uma UBS do Campo Limpo.

O tempo passa rápido e é com muita satisfação que finalizo meu trabalho de doutorado com minha grande mestra Cassia Baldini Soares. Obrigada por tudo.

Gaiotto EMG. Síntese de evidências para instrumentalizar a formulação de políticas públicas de fortalecimento dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2021.

RESUMO

Introdução: O objeto deste estudo são as evidências que podem apoiar a elaboração de políticas de fortalecimento dos trabalhadores inseridos na Atenção Primária à Saúde (APS). Insere-se no campo da Saúde do Trabalhador de origem latino-americano. Esse campo se fundamenta na teoria da determinação social da saúde, distinguindo-se da Saúde Ocupacional, cuja base é multicausal. Objetivo: Propor diretrizes para uma política pública de fortalecimento dos trabalhadores inseridos na APS, no contexto do município de São Paulo. Método: Partiu-se do referencial Materialista Histórico-Dialético e se operacionalizou a pesquisa com apoio das ferramentas SUPPORT para elaboração de políticas informadas por evidência (SUPporting POlicy relevant Reviews and Trials Tools for evidence-informed health policymaking). As etapas adaptadas e desenvolvidas neste estudo foram: 1) constituição de grupo de trabalho para análise e equacionamento do problema; 2) elaboração de síntese de evidências, a partir de revisão da literatura, para amparar a elaboração de opções para enfrentamento do problema; 3) diálogo deliberativo, com a participação de especialistas, trabalhadores da APS, representantes da sociedade civil organizada e gestores da supervisão de saúde do Campo Limpo do Município de São Paulo, para discutir e deliberar sobre as opções e outros elementos da síntese. **Resultados:** A etapa inicial mostrou que a formação do grupo de trabalho foi estratégica para entender os problemas que afetam a saúde dos trabalhadores da APS, direcionar a pergunta de pesquisa e as buscas na literatura. Por meio de oficinas, o grupo trocou experiências e se instrumentalizou para compreender o campo e a natureza de intervenções de fortalecimento dos trabalhadores. A etapa de síntese da literatura reuniu revisões sistemáticas que avaliaram intervenções na área, o que permitiu a elaboração de três opções para o enfrentamento do problema. As duas primeiras se baseiam na Saúde Ocupacional, campo majoritário das intervenções reunidas: 1) Estabelecer programa multiprofissional de prevenção e monitoramento de problemas de saúde para trabalhadores da APS; e 2) Adotar protocolo de gestão e acompanhamento de trabalhadores que retornam para o trabalho, após afastamento por problema de saúde. A terceira opção, minoritária, é coerente com o campo da Saúde do Trabalhador: Desenvolver práticas em saúde voltadas para a organização do trabalho, tendo como finalidade o fortalecimento dos trabalhadores. O diálogo deliberativo mostrou que a proposta do campo da Saúde do Trabalhador, representada pela terceira opção, é crucial para o fortalecimento dos trabalhadores e deve estar no comando das demais, direcionando a implementação de uma política na área. Conclusão: Uma política de fortalecimento dos trabalhadores requer: ações que incidam sobre a organização, os processos e as condições de trabalho na APS; participação plena e radical dos trabalhadores nas decisões sobre o trabalho; práticas críticas à alienação, ao produtivismo e ao sistema de tutela dos trabalhadores. A construção de observatórios em saúde do trabalhador no âmbito das Supervisões Técnicas de Saúde possibilitará o monitoramento dos potenciais de desgaste e do desgaste dos trabalhadores e a construção coletiva de conhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde, Saúde do Trabalhador, Sistema Único de Saúde, Política Informada por Evidências, Enfermagem

Gaiotto EMG. Synthesis of evidence to instrumentalize the formulation of public policies to strengthen for Primary Health Care workers [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2021.

ABSTRACT

Introduction: The object of this study is the evidence that can support the development of policies to strengthen the workers in Primary Health Care (PHC). It is affiliated with the Latin American Workers' Health field. This field is based on the theory of the social determination of health, distinguished from Occupational Health, whose basis is multicausal. Objective: To propose guidelines for a public policy to strengthen PHC workers in the context of the municipality of São Paulo. Method: The research was based on the Dialectical Historical Materialism referential and was operationalized with support from SUPPORT tools for evidence-informed health policymaking (SUPporting POlicy relevant Reviews and Trials Tools for evidence-informed health policymaking). The adapted and developed steps in this study were: 1) constitution of a working group for analysis and equating the problem; 2) elaboration of evidence synthesis, from literature review, to support the elaboration of options to face the problem; 3) deliberative dialogue, with the participation of experts, PHC workers, representatives of organized civil society, and managers of the health supervision of Campo Limpo of the Municipality of São Paulo, to discuss and deliberate on the options and other elements of the synthesis. Results: The initial stage showed that the formation of the working group was strategic to understand the problems affecting the health of PHC workers, to direct the research question and the literature searches. Through workshops, the group exchanged experiences and became instrumentalized in understanding the field and nature of interventions to empower workers. The literature synthesis step gathered systematic reviews that evaluated interventions in the field, which allowed the development of three options for addressing the problem. The first two are based on Occupational Health, the majority field of the interventions gathered: 1) Establish a multidisciplinary program of prevention and monitoring of health problems for PHC workers; and 2) Adopt a protocol for management and monitoring of workers who return to work after leaving for health problems. The third option, in the minority, is consistent with the field of Worker's Health: to develop health practices focused on work organization to empower workers. The deliberative dialog showed that the proposal of the Occupational Health field, represented by the third option, is crucial to the strengthening of workers and should be in command of the others, directing the implementation of a policy in the area. Conclusions: A policy to strengthen workers requires: actions that affect the organization, processes and working conditions in PHC; full and radical participation of workers in decisions about work; critical practices to alienation, productivism and the system of worker tutelage. The construction of observatories in worker health in the scope of the Technical Supervisions of Health will make it possible to monitor the potential for wear and tear on workers and the collective construction of knowledge.

KEYWORDS: Primary Health Care, Occupational Health, Unified Health System, Evidence-Informed Policy, Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção das revisões para análise, atualizado em 2020	66
Figura 2 - Representação gráfica das opções a serem implementadas após o diálogo deliberativo.	98

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distinção entre os campos da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador. São Paulo	Э,
2021.	37
Quadro 2 - Instituição de origem dos participantes da etapa de constituição do grupo de trabalho e	
definição do problema em 23/05/2018, São Paulo.	47
Quadro 3 – Fontes de dados, estratégias de busca e resultados, atualizado em 2019	49
Quadro 4 - Datas e temas principais das oficinas iniciais que configuraram o grupo de trabalho. São	О
Paulo, 2018.	57
Quadro 5 - Potenciais de Desgastes dos trabalhadores da saúde da APS levantados nas oficinas de	
problematização em 23/05/18, 19/06/18 e 04/07/18.	59
Quadro 6 - Temas das oficinas de problematização e instrumentalização em saúde dos trabalhadores	es
da AB	63
Quadro 7 - Opções, mensagens-chave, considerações para implementação e equidade da Síntese de	;
evidências para políticas de saúde do trabalhador da APS: opções para supervisões de saúde,	
atualizado em 2021.	67
Quadro 8 - Temas e subtemas da análise de conteúdo realizada	72
Quadro 9 - Considerações sobre a implementação da Opção 1.	86
Quadro 10 - Considerações sobre a implementação da Opção 2	88
Quadro 11 - Considerações sobre a implementação da Opção 3.	89
Quadro 12 - Diferenças entre um DD e um debate.	132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Avaliação do Diálogo Deliberativo por participantes e ouvintes. São Paulo, 2020

77

LISTA DE SIGLAS

AB Atenção Básica

ABEN Associação Brasileira de Enfermagem

ACE Agente de Controle de Endemias

ACS Agente Comunitário de Saúde

AIDS Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

AMA Assistência Médica Ambulatorial

AMSTAR A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews

APS Atenção Primária à Saúde.

ATF Acidente de Trabalho Fatais

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPSAD Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPSIJ Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil

CASA SER Centro de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva

CAT Comunicação de Acidente do Trabalho

CCZ Centro de Controle de Zoonoses

CECCO Centro de Convivência e Cooperativa

CEO Centro de Especialidades Odontológicas

CER Centro Especializado de Reabilitação

CEREST Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CID Classificação Internacional de Doenças

CIPA Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CIST Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador

CLT Consolidação das Leis Trabalhistas

CNS Conselho Nacional de Saúde

CNST Conferência Nacional de Saúde do trabalhador

COGEP Coordenadoria de Gestão de Pessoas

COGESS Coordenação de Gestão de Saúde do Servidor

COGest Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada

CONSEST Conselho Estadual de Saúde do Trabalhado

COREN Conselho Regional de Enfermagem

COVISA Coordenadoria de Vigilância em Saúde

CRAS Centro de Referência de Assistência Social

CREAS Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CREN Centro de Recuperação e Educação Nutricional

CRS Coordenadorias Regionais de Saúde

CRST Centro de Referência de Saúde do trabalhador

CTA Centro de testagem e Aconselhamento

CTSST Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho

DATAPREV Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social

DD Diálogo Deliberativo

DO Declaração de óbito

DST Doenças Sexualmente Transmissível

DVISAT Divisão de Vigilância da Saúde do Trabalhador

EBCD Experience-Based-Codesign

EE-USP Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ESF Estratégia de Saúde da Família.

ESTABSUS Banco de dados de estabelecimentos do SUS.

EUA Estados Unidos da América

EU-OSHA Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho

EVIPNet Evidence-Informed Policy NetWork

FUNDACENTRO Fundação Jorge Duprat Figueiredo, de Segurança e Medicina do

Trabalho

HIV Vírus da Imunodeficiência Humana

INSS Instituto Nacional do Seguro Social

IPCA Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

JBI Instituto Joanna Briggs

LGBTQIA+ Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Trans, Queers, Pansexuais,

Agêneros, Pessoas Não Binárias e Intersexo

LMIC Low and Middle Income ountries

MHD Materialismo Histórico-Dialético

MPT Ministério Público do Trabalho

MS Ministério da Saúde

NIR Núcleo Integrado de Reabilitação

NISA Núcleo Integrado de Saúde Auditiva

NOB/RH-SUS Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS

NR Normas Regulamentadoras

OIT Organização Internacional do Trabalho

OMS Organização Mundial da Saúde

ONGs Organizações Não Governamentais

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

OSCIP Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público.

OSS Organizações Sociais de Saúde

PA Pronto Atendimento

PCCS-SUS Plano de Cargo, Carreira e Salários no SUS

PCMSO Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional

PHP Physicians Health Programmes

PICS Pratica Integrativa e Complementares de Saúde

PIE Políticas Informadas por Evidências

PMSP Prefeitura Municipal de São Paulo

PNAB Política Nacional de Atenção Básica

PNSST Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho

PNSTT Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

PPRA Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

PSM Pronto Socorro Médico

RENAST Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RH Recursos Humanos

SAD Serviço de Atendimento Domiciliar

SAE Serviço de Assistência Especializada- DST/AIDS

SESMT Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do

Trabalho

SIM Sistema de Informação de Mortalidade

SINAN Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIPAT Semana Interna de Prevenção de Acidentes no Trabalho

SIVAT Sistema de Vigilância de Acidentes do Trabalho

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SO Saúde Ocupacional

ST Saúde do Trabalhador

STS Supervisão Técnica de Saúde

SUB Sistema Único de Benefícios

SUPPORT Supporting Policy Relevant Reviews and Trials

SUS Sistema Único de Saúde

TB Tuberculose

TECLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS Unidade Básica de Saúde

UPA Unidade de Pronto Atendimento

URSI Unidade de Referência Saúde do Idoso

UVIS Unidade de Vigilância em Saúde

VISAT Vigilância em Saúde do Trabalhador

WHO World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	24
1.1 A POLÍTICA BRASILEIRA DE SAÚDE DOS TRABALHADORES	28
1.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR E SISTEMAS DE INFORMAÇ	
~ /	
2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	
3 PRESSUPOSTOS, OBJETIVOS E FINALIDADE	
3.1 PRESSUPOSTOS	
3.2 OBJETIVOS	
3.2.1 Geral	40
3.2.2 Específicos	40
3.3 FINALIDADE	41
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	42
4.1 TIPO DE ESTUDO	42
4.2 CONTEXTO DO ESTUDO	44
4.3 ETAPA DE CONSTITUIÇÃO DE GRUPO DE TRABALHO E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	47
4.4 ETAPA DE ELABORAÇÃO DE REVISÃO DA LITERATURA E SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS	48
4.5 ETAPA REFERENTE AO DIÁLOGO DELIBERATIVO	53
4.5.1 Participantes do Diálogo Deliberativo	54
4.5.2 Procedimentos éticos	55
5 RESULTADOS	57
5.1 RESULTADOS RELATIVOS À ETAPA DE CONSTITUIÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	57
5.1.1 Oficinas de Problematização	
5.1.2 Instrumentalização teórico-metodológica: seminários temáticos	
5.1.3 Oficina sobre as ferramentas SUPPORT	
5.2 RESULTADOS RELATIVOS À ETAPA DE ELABORAÇÃO DE REVISÃO DA LITERATURA E SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS	
5.3 RESULTADOS RELATIVOS À ETAPA DO DIÁLOGO DELIBERATIVO	
5.3.1 Avaliação do Diálogo Deliberativo	
6 DISCUSSÃO	
6.1 OFICINAS DE PROBLEMATIZAÇÃO	
6.2 SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS	
6.2.1 Considerações para equidade	
6.2.1.1 Considerações para equidade: Opção 1	

6.2.1.2 Considerações para equidade: Opção 2	84
6.2.1.3 Considerações para equidade: Opção 3	84
6.2.2 Considerações para implementação	85
6.2.2.1 Considerações para implementação da Opção 1	85
6.2.2.3 Considerações para implementação da Opção 2	87
6.2.2.3 Considerações para implementação da Opção 3	89
6.3 DIÁLOGO DELIBERATIVO	91
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
8 REFERÊNCIAS	102
APÊNDICES	118
ANEXOS	136

1 INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo são as evidências que podem apoiar a elaboração de políticas públicas de saúde para o fortalecimento dos trabalhadores inseridos na Atenção Primária à Saúde.

As expressões Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) são utilizadas no contexto brasileiro para nomear a porta preferencial¹ de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (Mello, Fontanella, Demarzo, 2009; Gil, Maeda, 2013). A expressão AB encontra-se oficializada pelo Governo Federal Brasileiro, a partir da edição das Normas Operacionais Básicas (Gil, Maeda, 2013), embora em documentos oficiais se utilize também a terminologia APS (Mello, Fontanella, Demarzo, 2009).

Neste trabalho, optou-se por utilizar majoritariamente o termo APS, pois está internacionalmente difundido, ainda que haja críticas de autores da Saúde Coletiva a esta expressão, que remete ao ideário de Alma-Ata, ao preventivismo e à medicina comunitária (Mello, Fontanella, Demarzo, 2009). Neste trabalho, se respeitará também a presença da expressão AB, conforme referida nos documentos governamentais.

AB é definida pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro, na terceira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017, também conhecida como nova PNAB, da seguinte forma:

"O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária" (Brasil, 2017).

Na nova PNAB foram organizadas 2 modalidades de equipe, a da Estratégia Saúde da

¹ Visando a consolidação do SUS, para ter acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde são planejados nas redes de atenção à saúde de forma regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade dos serviços. A APS tem a porta de entrada preferencial, porém não é a única, sendo também porta de entrada a atenção de urgência e emergência, a atenção psicossocial, e as especiais de acesso aberto (CEREST, CTA, Casas de Apoio etc.) (Brasil, 2017).

Família (ESF), em que todos os trabalhadores são de 40 horas semanais² e a da AB³, em que a composição da carga horária mínima por categoria profissional é de 10 horas, com no máximo três profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais. As equipes da AB, podem posteriormente habilitar-se como equipe ESF (Brasil, 2017).

Ainda que a terceira edição tenha sofrido diversas mudanças e recebido um conjunto expressivo de críticas de entidades representativas da Saúde Coletiva, ela preserva a definição de AB da primeira edição e mantém a ESF como o instrumento prioritário de expansão da APS.

Entre as críticas à nova PNAB está a isenção de responsabilidade de coordenação e indução pelo MS. Segundo Morosini, Fonseca e Lima (2018), a relativização da cobertura proposta, associada às diferentes realidades locais e a um processo de descentralização fragilizado pode desencadear descompromisso do gestor com a cobertura universal dos serviços da AB.

Outra mudança criticada é a não obrigatoriedade de carga horária de 40h/semanais para o médico, o que dificulta a permanência do profissional médico no estabelecimento de saúde e pode diminuir o acesso e a resolutividade. Diante da falta de acesso, os usuários do SUS são induzidos a procurar planos privados de saúde, comprometendo a renda familiar e o acesso ao direito à saúde (Morosini, Fonseca, Lima, 2018).

Outra mudança constatada refere-se à desqualificação do trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do Agente de Controle de Endemias (ACE) e a flexibilização da vinculação ao território. A ESF passou a não ter a obrigatoriedade de um número fixo de ACS por equipe, como preconizado pelas versões anteriores da PNAB (Melo et al., 2018). Observa-se a transformação do ACS em um "super servidor", pois além das funções originais na APS, o ACS passou a: coletar dados para Assistência Social, cooperando com o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); monitorar os programas sociais; e, mediante treinamento, realizar procedimentos técnicos como avaliação da pressão arterial e controle de glicemia (Benício,

_

² "Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local" (Brasil, 2017).

³ "As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias.Importante ressaltar que para o funcionamento a equipe deverá contar também com profissionais de nível médio como técnico ou auxiliar de enfermagem" (Brasil, 2017).

2018).

Tais mudanças na PNAB vêm ocorrendo no contexto de tentativa de destruição do SUS, pela adoção de políticas neoliberais. O neoliberalismo está ancorado na relação público-privada, que se expressa pelo subfinanciamento do setor público e pelos mecanismos de subvenção e de apoio ao capital privado, além da privatização da gestão pública. Outro elemento da relação público-privada é a concessão do gerenciamento de estabelecimentos públicos de saúde a grupos privados, sob a "falsa tese de que o setor público é por definição incompetente no gerenciamento de serviços públicos para as necessidades sociais, e que o setor privado é naturalmente competente" (Campos, Viana, Soares, 2015).

Uma das consequências da lógica neoliberal é a Emenda Constitucional 95/2016, que dispõe sobre as despesas primárias da União, com saúde, educação, obras, segurança e previdência, congela os gastos públicos por 20 anos, de forma que o orçamento somente poderá ser reajustado no mesmo percentual de variação verificado pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do ano anterior, o que acarreta a piora da oferta de serviços de saúde, dificulta a implantação de novos serviços, bem como a manutenção dos serviços existentes (Noce, Clark, 2017). Anteriormente, o que comandava as receitas para a saúde era a EC 29/2 000, que permitia calcular os valores percentuais destinados à área com base no PIB anual, acompanhando, portanto, o crescimento do país. Com a EC 95/2016, a porcentagem destinada à saúde passa a ser fixa, por 20 anos, corrigida apenas pela inflação anual. Dessa forma, o crescimento do país deixou de ser parâmetro para o piso destes investimentos (Santos, Funcia, 2019).

É nesse contexto que os profissionais de saúde da APS, que estão na linha de frente da porta de entrada preferencial do SUS, enfrentam a complexidade do trabalho na APS, que vem crescendo, sem que seja acompanhada de preparo adequado dos trabalhadores, dimensionamento de equipes e amplo espectro de medidas importantes de fortalecimento do espaço público. Os trabalhadores de saúde da ESF, assim como os de outros setores públicos e privados, sofrem as consequências dos processos de acumulação vigentes, que determinam as formas de organização do trabalho.

Com metas para serem cumpridas e atenção assistencial fragmentada, a responsabilidade dos trabalhadores da saúde na APS passa a ser cada vez mais multifuncional, com o trabalhador respondendo por diversas tarefas ao mesmo tempo. Conta-se com vários estudos que comprovam que o sistema de saúde, cuja demanda de atendimento é maior que a capacidade de oferta e resolução, vem provocando uma série de desgastes aos trabalhadores da APS. Pode-se citar o trabalho de Santos, Soares e Campos (2007), que avaliou o desgaste e o

fortalecimento dos enfermeiros da AB, e o de Cordeiro e Soares (2015), que mostrou os mecanismos de desgaste dos ACS.

O número de incidentes violentos em ambientes de cuidados de saúde é destacado pela OMS (ILO, 2017). Trabalhar em áreas vulneráveis à violência significa o convívio com situações adversas, o que gera desgaste. O trabalho na APS, no contexto das Organizações Sociais de Saúde (OSS) é marcado pela precarização, que afeta todas as categorias profissionais e, com maior força, os ACSs (Cavalcanti, Lima, 2013).

Estudo realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos mostra que a primeira causa de afastamento entre trabalhadores de saúde, de menos de 15 dias, está relacionada aos agravos codificados como doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (capítulo M da CID 10); em segundo lugar estão as doenças do aparelho respiratório (capítulo J da CID 10) e em terceiro lugar aparecem os transtornos mentais. Dentre os afastamentos superiores a 15 dias, as causas externas (capítulo S da CID 10) assumem o primeiro lugar, seguidas pelas doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; em terceiro lugar, bem próximo às doenças osteomusculares estão os transtornos mentais. Os afastamentos dos auxiliares de enfermagem e dos profissionais de recepção suplantam os de todas as outras categorias da saúde, variando no período de 2011 a 2014 em percentuais próximos a 60%, quando considerados o quantitativo das respectivas categorias profissionais. Em seguida, encontram-se os ACS. Os serviços de AB têm presença marcante nestas estatísticas (Lacaz, Goulart, Junqueira, 2017).

Sato e Bernardo (2005) relacionam problemas de saúde mental dos trabalhadores às profundas mudanças no mundo do trabalho nas últimas décadas, às altas taxas de desemprego e ao discurso da competência, que deposita no indivíduo a responsabilidade por seus problemas. O enfraquecimento da mobilização dos trabalhadores em tempos de hegemonia neoliberal tem reflexo direto na sua capacidade de enfrentamento coletivo dos problemas que afetam sua saúde mental.

A Síndrome de *Burnout* foi reconhecida pela OMS como uma síndrome ocupacional "resultante do estresse crônico no local de trabalho que não foi gerenciado com sucesso" (OPAS, 2019). O psicólogo alemão-americano Herbert Freudenberger reconheceu pela primeira vez o problema do esgotamento profissional na cidade de Nova York, em 1974, avaliando que os voluntários da clínica estavam lutando contra rotina de trabalho intensa que levava muitos a se sentirem desmotivados e emocionalmente esgotados, ainda que considerassem seus trabalhos gratificantes.

O desgaste, com esgotamento emocional em função da exposição contínua a

estressores no local de trabalho, representa risco para o bem-estar dos trabalhadores de serviços humanos (Lizano, 2015). Outro fator importante para o desgaste do trabalhador da APS destacado por Freire (2008) é o assédio moral e, apesar da dificuldade de mensuração das consequências, sabe-se que ocasiona grande impacto sobre a saúde mental dos trabalhadores.

Estudo analítico, que objetivou identificar a percepção dos trabalhadores da ESF sobre os riscos aos quais estão expostos no trabalho, considera que o trabalho neste contexto é bastante intenso e extenso devido às consequências da oferta de serviços de saúde menor que as necessidades da população. Ademais, os trabalhadores, ao criarem vínculo com a comunidade, incorporam em certa medida seu cotidiano de dificuldades, provenientes da situação de carência e muitas vezes de violência (Cezar-Vaz et al., 2009).

O racismo institucional é sem dúvida outra forma de violência. Um estudo mostra por meio de relatos de trabalhadores a ocorrência de racismo entre os dirigentes e o trabalhador (insinuação sobre habilidades de trabalhadores negros), entre os trabalhadores (insinuação e referência à cor) e entre usuários e trabalhadores negros (recusa de ser vacinada por trabalhadores negros) (Kalckmann et al., 2007).

Evangelista et al. (2011) destacam que a sobrecarga de trabalho a que os trabalhadores da APS estão submetidos devido à oferta de serviços de saúde menor que a demanda, e associada ao pouco conhecimento em relação à saúde do trabalhador, não gera motivações para mudanças, mantendo-se a reprodução de práticas já instituídas.

As altas taxas de esgotamento de trabalhadores em vários países de renda baixa e média mostram a necessidade urgente de que os formuladores de políticas de saúde desenvolvam intervenções informadas por evidências para reduzir o desgaste da força de trabalho e dessa forma garantir atendimento de qualidade para a população (Dugani et al., 2018).

A importância de investimentos e implementação de políticas públicas em saúde do trabalhador é destacada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), que vem chamando a atenção há várias décadas para o efeito das condições de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores (ILO, 1985).

1.1 A POLÍTICA BRASILEIRA DE SAÚDE DOS TRABALHADORES

Para entender a política atual brasileira de saúde do trabalhador é importante conhecer sua história. Anteriormente ao SUS, a atenção nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) era predominantemente assistencial (Minayo-Gomez, Vasconcellos,

Machado, 2018). A 1ª Conferência Nacional de Saúde do trabalhador (CNST), de 1986, fez a defesa da saúde do trabalhador como direito universal (Brasil, 1986), o que foi ratificado na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8080/90 (Brasil,1990). Na década de 1990, foi instituída a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 1991). Em 1994, a II CNST estabeleceu a municipalização das ações (Brasil, 1994). Em 1999, foi publicada a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, detalhada em manual publicado em 2001 (Brasil,1999). A CNST produziu ainda uma serie de ações como: o preenchimento de Autorizações de Internação Hospitalar relacionadas com acidente de trabalho (Brasil, 2001) e a Política de Saúde Ocupacional para o Trabalhador do SUS, inserida na NOB/RH-SUS, com os Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, que "caminha na contramão da realidade atual produzida pelo modelo neoliberal" (Brasil, 2005, p.21).

Destaca-se, na história mais recente, a proposta de criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), em 2002, apoiada por profissionais dos CRST e setores do movimento dos trabalhadores, que tinha por base financiamento específico para as ações, que estariam vinculadas a um plano de trabalho elaborado nos âmbitos estadual e municipal (Dias, Hoefel, 2005). Em 2009, a RENAST integrou a rede de serviços do SUS por meio de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (Brasil, 2009). Desde sua implantação até a instituição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) a RENAST desenhou os meios para o fortalecimento de uma política de Estado para a saúde dos trabalhadores e a viabilidade para sua execução. É uma complexa rede que trabalha com ações transversais voltadas para assistência e vigilância, que incluem a produção e gestão do conhecimento (RENAST, 2021).

A PNSTT foi instituída pela portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, com a finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (Brasil, 2012).

Seguindo as diretrizes de saúde do trabalhador nas esferas da gestão SUS, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) (Brasil, 2011) tem a característica de ser transversal, pois conta com a participação de três ministérios, o do Trabalho e Emprego, o da Saúde e o da Previdência Social, como responsáveis pela implementação e execução:

" A gestão participativa da PNSST cabe à Comissão Tripartite de Saúde e Segurança

no Trabalho – CTSST⁴ que é constituída paritariamente por representantes do governo, trabalhadores e empregadores, conforme ato conjunto dos Ministros de Estado do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social" (Brasil, 2011).

A maioria das instituições de saúde no Brasil, sejam elas públicas ou prestadoras de serviços para o setor público, contam com o serviço de saúde ocupacional. Trata-se de serviço voltado para a prevenção de acidentes físicos e biológicos e proteção do empregador, quando ocorrem acidentes de trabalho, ou seja, as práticas na área se direcionam majoritariamente ao controle de doenças e agravos ocupacionais e prescindem de instrumentos de fortalecimento do trabalhador, de modificações das condições de trabalho, filiando-se à SO (Evangelista et al., 2011).

Visando esclarecer elementos relativos ao gerenciamento da saúde dos trabalhadores nas empresas públicas e privadas de saúde serão abordadas as Normas Regulamentadoras (NR) responsáveis pela investigação do acidente/adoecimento do trabalho. As NR foram aprovadas em 1978, por meio da Portaria do Ministério do Trabalho nº. 3214, como adendo ao Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho (Brasil, 1978). Foram instituídas 28 NRs⁵ naquele momento e atualmente estão

⁴ "A Comissão Tripartite Paritária Permanente (CTPP) é o fórum oficial do governo federal responsável por discutir temas referentes à segurança e à saúde no trabalho, em especial as Normas Regulamentadoras (NR), tendo como competência principal estimular o diálogo social com vistas a melhorar as condições e o meio ambiente do trabalho.Instituída originalmente pela Portaria SSST nº 02, de 10 de abril de 1996[1], essa comissão é resultado das primeiras experiências de diálogo social tripartite realizadas a partir da década de 80, destacando-se nesse processo os Grupos Técnicos de Trabalho Tripartites de revisão da Norma Regulamentadora nº 13 (NR-13) -Caldeiras e Vasos de Pressão[2], e da Norma Regulamentadora nº 18 (NR-18) - Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção, com atuação durante a década de 90.A CTPP, hoje sob a égide do Decreto nº 9.944, de 30 de julho de 2019, representa a materialização do processo de diálogo social tripartite previsto nas Convenções nº 144 - Consultas Tripartites sobre Normas Internacionais do Trabalho e nº 155 - Segurança e Saúde dos Trabalhadores da Organização Internacional do Trabalho (OIT). A CTPP é composta de forma tripartite, observada a paridade entre representantes de governo, dos trabalhadores e dos empregadores, com seis representantes por bancada. A representação de governo é formada por cinco membros do Ministério da Economia, sendo três da Secretaria do Trabalho (STRAB), um da Secretaria de Previdência (SPREV), ambas integrantes da Secretaria Especial de Previdência e Trabalho (SEPRT), e um da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (Fundacentro), e um membro do Ministério da Saúde. Os representantes dos empregadores

são indicados pelas confederações empresariais com registro ativo no Cadastro Nacional de Entidades Sindicais e que possuam maior número de sindicatos filiados. Os representantes dos trabalhadores são indicados pelas centrais sindicais que atenderem aos requisitos de representatividade de que trata o art. 2º da Lei nº 11.648, de 31 de março

de 2008, observado também o disposto no art. 3º da referida Lei" (Brasil, 2021).

⁵ NR - 1 - Disposições Gerais; NR - 2 - Inspeção Prévia (Revogada); NR - 3 - Embargo e Interdição; NR - 4 - Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT; NR - 5 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA; NR - 6 - Equipamento de Proteção Individual - EPI;NR - 7 - Exames Médicos; NR - 8 - Edificações;NR - 9 - Riscos Ambientais;NR - 10 - Instalações e Serviços de Eletricidade; NR - 11 - Transporte, Movimentação, Armazenagem e Manuseio de Materiais;NR - 12 - Máquinas e Equipamentos;NR - 13 - Vasos Sob Pressão;NR - 14 - Fornos;NR - 15 - Atividades e Operações Insalubre; NR - 16 - Atividades e Operações Perigosas; NR - 17 - Ergonomia;NR - 18 - Obras de Construção, Demolição, e Reparos;NR - 19 - Explosivos;NR - 20 - Combustíveis Líquidos e Inflamáveis;NR - 21 - Trabalhos a Céu Aberto;NR - 22- Trabalhos Subterrâneos;NR - 23 - Proteção Contra Incêndios;NR - 24 - Condições Sanitárias dos Locais de Trabalho;NR - 25 - Resíduos

vigentes 35 NRs (foram revogadas as NRs 2 e 27) e 5 NR Rurais.

A Norma Regulamentadora 4 (NR4) define que:

"As empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, manterão, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho." (Brasil, 1978).

O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) estabelecido pela Norma Regulamentadora 7 (NR7) e o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) referido à Norma Regulamentadora 9 (NR9) visam respectivamente promover e preservar a saúde e a integridade dos trabalhadores em decorrência dos riscos (físicos e ambientais) existentes nos ambientes de trabalho. O PPRA, de responsabilidade da empresa, envolve participação conjunta do SESMT (quando existente), CIPA e empregados da empresa (Brasil, 1978; Brasil, 1994). A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) "tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador" (Brasil, 1978).

Segundo Vasconcellos e Pignati (2006),O objetivo da NR7 é promoção e preservação da saúde dos trabalhadores. A empresa através do PCMSO exerce o monitoramento dos trabalhadores é realizado por meio de exames médicos.

O papel do médico do trabalho foi discutido por Vasconcellos e Pignati (2006), que afirmam que: "seu ato se restringe a servir como intermediador dos danos infligidos à força de trabalho, estabelecendo critérios, não para o diagnóstico do dano (ou doença) em si, mas para o diagnóstico de aptidão para que o 'paciente' continue trabalhando ou não [...]".

As NRs são tipicamente produtos da concepção do campo da Saúde Ocupacional, que

Industriais;NR - 26 - Sinalização de Segurança;NR - 27 - Registro de Profissionais (Revogada); NR - 28 - Fiscalização e Penalidades (Brasil, 1978). As mais recentes são: NR 29 - Segurança e Saúde no Trabalho Portuário; NR 30 - Segurança e Saúde no Trabalho Aquaviário; NR 31 - Segurança e Saúde no Trabalho na Agricultura, Pecuária Silvicultura, Exploração Florestal e Aquicultura;NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde; NR 33 - Segurança e Saúde no Trabalho em Espaços Confinados; NR 34 - Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção, Reparação e Desmonte Naval; NR 35 - Trabalho em Altura; NR 36 - Segurança e Saúde no Trabalho em Empresas de Abate e Processamento de Carnes e Derivados. A NR 37 - Segurança e Saúde em Plataformas de Petróleo e as Rurais é composta por: NRR 1 - Disposições Gerais (Revogada pela Portaria MTE 191/2008); NRR 2 - Serviço Especializado em Prevenção de Acidentes do Trabalho Rural (Revogada pela Portaria MTE 191/2008); NRR 3 - Comissão Interna De Prevenção De Acidentes Do Trabalho Rural (Revogada pela Portaria MTE 191/2008);NRR 4 - Equipamento De Proteção Individual - EPI(Revogada pela Portaria MTE 191/2008);NRR 5 - Produtos Químicos (Revogada pela Portaria MTE 191/2008) (Guia trabalhista, 2021).

se vale da higiene ocupacional e da toxicologia para definir limites de tolerância ambiental e biológica, dividindo os indivíduos em aqueles que podem tolerar um determinado nível de exposição e aqueles que não podem tolerar esse nível (Lacaz, 2007), como exemplo a NR15 (Brasil, 2021).

O encaminhamento de trabalhadores, com doenças ocupacionais ou que sofreram acidentes de trabalho, para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), no município de São Paulo, pode ser realizado pelos: a) Serviços de Saúde públicos e privados da Rede de Atenção à Saúde instalada; b) Sindicatos de Trabalhadores; c) Qualquer Entidade e Instituição pública e privada, que necessitar encaminhar trabalhadores que morem ou trabalhem no Município de São Paulo para Diagnóstico de Doenças e Intoxicações relacionadas ao trabalho (São Paulo, 2019).

A aposentadoria por invalidez é definida como incapacidade laborativa e consiste na impossibilidade do segurado para a execução de qualquer trabalho, de forma total e permanente, bem como na inviabilidade de reabilitação profissional, sendo tal situação constatada através da perícia médica realizada para esse fim (Souza, 2019).

Com a justificativa de estimular o aumento da produtividade e competitividade das empresas, e que o arcabouço legal que deve ser cumprido pelos empregadores estaria atrapalhando o bom desempenho empresarial, o Governo Federal anunciou mudanças nas NRs .A integração entre academia e serviços podem influenciar as revisões das NRs, porém existem barreiras a serem vencidas ainda (Silva-Junior, 2019).

Entre as políticas públicas voltadas para os trabalhadores da saúde, pode-se encontrar o Plano de Cargo, Carreira e Salários no SUS (PCCS-SUS) e o DesprecarizaSUS. O MS considera a Desprecarização uma política de governo e entende que é necessário buscar alternativas pactuadas entre gestores e trabalhadores para a superação dos problemas decorrentes desse processo de trabalho, vinculados aos serviços do SUS (Brasil, 2006).

Um estudo realizado em três municípios do Estado de São Paulo sobre qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira, destacou que:

"a gratificação ou adicional pela atuação na atenção básica, prevista nas diretrizes, não apareceram nos planos municipais analisados e que a participação democrática dos trabalhadores na gestão do cuidado dentro da atenção básica, foram pouco democráticas no processo de construção e implantação dos PCCS" (Lacaz et al., 2010, p. 261).

1.2 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Segundos ocorre um acidente de trabalho e a cada três horas, 38 minutos e 43 segundos ocorre um acidente fatal. Em 2017, foram contabilizados 574.050 acidentes e 1.989 mortes. O Brasil ocupa o quarto lugar no ranking das nações que mais registram mortes durante atividades laborais, atrás apenas dos Estados Unidos, Tailândia e China. Nos acidentes de trabalho, o Brasil é o quinto colocado, depois de Colômbia, França, Alemanha e, novamente, EUA (Rodrigues, 2018). De cada cinco acidentes de trabalho, quatro vitimam trabalhadores terceirizados.

Zinet (2012) destaca que os dados não representam o total dos acidentes efetivamente ocorridos, pois não estão incluídos os agravos não registrados pelas empresas e os acidentes ocorridos pelo trabalho informal. A área de saúde do trabalhador, embora bem estabelecida, encontra problemas ligados à subnotificação e ausência de dados em notificações de agravos.

A vigilância em saúde do trabalhador tem potencialidade para oferecer dados para orientar decisões de saúde pública, em muitas frentes, incluindo prevenção de doenças, planejamento e gerenciamento de programas de prevenção, promoção da saúde, melhoria da qualidade e alocação de recursos (Groseclose, Buckeridge, 2017). Segundo Oliveira, Oliveira e Campos (2016), o sistema de informação em saúde é uma ferramenta importante para o diagnóstico de situações de saúde, propiciando intervenções mais aproximadas das condições de trabalho e da saúde do trabalhador.

Lorenço e Lacaz (2013) consideram que a construção de um sistema de informação, que possa oferecer um retrato da relação trabalho e saúde, depende das estruturas dos serviços de saúde para diagnosticar, tratar, prevenir e notificar os agravos à saúde dos trabalhadores. Os autores referem que, para acontecer isso, será necessário um processo de educação permanente dos trabalhadores da rede, no sentido de rever a atenção tradicional baseada no modelo médico-assistencial e, sobretudo, reconhecer a determinação social da saúde.

Definido pela OMS, um sistema de vigilância em saúde ocupacional inclui coleta, análise e disseminação de dados relacionados à ocupação, referindo-se a todas as atividades individuais, coletivas, empresariais, comunitárias, regionais e nacionais para detectar e avaliar quaisquer problemas de saúde significativos causados por condições de trabalho e monitorar a saúde dos trabalhadores (ILO,1998).

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) está relacionada à produção e análise de indicadores de mortalidade, incapacidade/incapacidade para o trabalho, doenças ocupacionais e lesões, absenteísmo no trabalho, ocorrência de sintomas, fatores de estilo de

vida, etc. A vigilância em saúde ocupacional abrange a vigilância da saúde dos trabalhadores e a vigilância do ambiente de trabalho. A vigilância do ambiente de trabalho está relacionada à identificação e avaliação de fatores ambientais que devem afetar a saúde dos trabalhadores (Brasil, 2014). A Lei 8080/1990 delega ao SUS a revisão periódica da lista de agravos originados nos processos de trabalho. A VISAT deve ocupar papel central na intervenção sobre os determinantes dos agravos à saúde dos trabalhadores.

O MS instituiu a lista de doenças relacionadas ao trabalho a ser adotada no SUS, para uso clínico e epidemiológico, dentre as quais se destacam: reações ao estresse grave e transtornos de adaptação; estado de estresse pós-traumático; outras dificuldades físicas e mentais relacionadas com o trabalho; reação após acidente de trabalho grave ou catastrófico ou após assalto no trabalho; problemas relacionados com o emprego ou desemprego, dentre os quais mudança de emprego ou ameaça de perda de emprego; ritmo de trabalho penoso; desacordo com patrão e colegas (condições difíceis de trabalho); não adaptação à organização do horário (trabalho noturno/turnos) (Brasil, 1999).

Esta lista é utilizada pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), alimentado pela notificação e investigação de doenças/agravos da lista nacional de doenças de notificação compulsória, sendo facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes na região. É um instrumento para auxiliar o planejamento em saúde, definir prioridades de intervenção, permitindo avaliar seu impacto (Brasil, 2017).

Outro Sistema de Informação de âmbito nacional é o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), que também colabora para investigação, e ajuda no planejamento e na tomada de decisões. Observa-se, no entanto, considerável subnotificação nesse sistema. No caso dos óbitos por causas externas, a Declaração de Óbito (DO) é emitida pelo Instituto Médico Legal e a maior parte dos óbitos que poderiam ser identificados como decorrentes do trabalho não o são. O artigo traz outros problemas de preenchimento do DO de cobertura e fidedignidade, mostrando que com relação aos acidentes de trabalho fatais a erros de registro e falta de preenchimento (Correa, Assunção, 2003).

Quanto aos sistemas de informação que registram os agravos à saúde dos trabalhadores, o Brasil conta com:

"O Sistema Único de Beneficios (SUB) e o Sistema CAT, ambos desenvolvidos pela DATAPREV (Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social) para processar e armazenar as informações da CAT que são cadastradas nas Agências da Previdência Social ou pela Internet. Já o SINAN, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, retrata os danos e agravos gerados no mundo do trabalho nas suas mais diversas facetas — urbana ou rural, pública ou privada, formal ou informal — ao reunir os dados sobre algumas doenças e eventos de notificação compulsória, pelos serviços e profissionais

de saúde, relacionados ao trabalho" (São Paulo, 2020).

Um estudo sobre acidentes de trabalhos fatais (ATF) constatou que os ATF podem ser encontrados em diferentes sistemas de informação governamentais, porém a falta de interligações dos sistemas comprometem as estimativas epidemiológicas. Destaca ainda que a complexidade do registro de dados sobre ATF e a falta de avaliação podem ser intencionais " Contudo, é clara a complexidade da identificação e do registro de dados sobre ATF. Em muitas situações, o seu não reconhecimento pode ser intencional, sendo resultante de interesses pecuniários e/ou relacionados a penalidades legais." Pondera também que dados adequados permitem ações preventivas (Batista, Santana, Ferrite, 2019, p. 693-704).

Para que o sistema de vigilância se efetive alguns conceitos precisam estar claros. Silva (2010) esclarece que: "para a caracterização da doença ocupacional, não há necessidade de que se descubra a verdadeira causa da doença, bastando que haja uma relação de causalidade — ainda que não seja única — entre a doença e o trabalho" e Maeno (2018, p.106) reforça: "que mesmo se desconhecendo exatamente qual ou quais elementos concorrem para um determinado adoecimento, pode-se estabelecer o nexo causal pela presunção".

2 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

Lacaz (2007) conceitua Saúde do Trabalhador como um campo de conhecimentos e práticas cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva Latino-Americana e busca conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho-saúde, tendo como referência central inicialmente a classe operária industrial.

A distinção entre os campos da Saúde do Trabalhador (ST) e Saúde Ocupacional (SO) é necessária para compreender os fundamentos desta tese. Compreende-se por SO o campo de conhecimentos e práticas que, com base na concepção multicausal de saúde, atua dando ênfase ao risco no trabalho, o que corresponde, na prática, a promover mudanças de comportamento de cada trabalhador individualmente. Distintamente, a ST é um campo de conhecimentos e práticas que se baseia na teoria da determinação social da saúde e desenvolve práticas de fortalecimento da classe trabalhadora, envolvendo ações de compreensão da realidade de saúde dos trabalhadores, bem como de reivindicação de melhorias coletivas das condições de trabalho. Ao passo que a SO se ocupa de prevenir, tratar e recuperar a força de trabalho, a partir de problemas de saúde ocupacionais, a ST busca determinar os elementos que se encontram na raiz dos problemas de saúde para transformá-los (Lacaz, 1996: Minayo-Gomez, Thedim-Costa, 1997).

Autores consagrados na área, dentre eles, René Mendes e Elizabeth Costa Dias (Mendes, Dias, 1991), Carlos Minayo-Gomez (Minayo-Gomez, Thedim-Costa, 1997), Sonia Maria da Fonseca Thedim-Costa (Minayo-Gomez, Thedim-Costa, 1997) e Francisco Antônio de Castro Lacaz (Lacaz, 2007) vêm contribuindo para a distinção entre estes dois campos, especialmente no contexto da América Latina. A construção do Quadro 1 se baseou nas diferenças por eles apontadas. Vale-se também do trabalho de Queiroz e Salum (1996), que originalmente define potenciais de desgaste, na relação dialética com potenciais de fortalecimento, construto que é também utilizado no Quadro 1 e neste trabalho como um todo. Potenciais de desgaste e de fortalecimento são definidos a partir da teoria da determinação social da saúde, e referem-se ao que resulta do embate entre os potenciais de fortalecimento, como as lutas por melhores condições de trabalho e vida, e os potenciais de desgaste, como as jornadas de trabalho excessivas ou a insegurança previdenciária (Queiroz, Salum, 1996; Campos, Soares, 2013).

Quadro 1 - Distinção entre os campos da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador. São Paulo, 2021.

Dimensão	Saúde Ocupacional (SO)	Saúde do Trabalhador (ST)
Teórica	 Fatores de risco estão implicados na doença ocupacional. Tais fatores de risco são formulações isoladas entre si e em relação ao contexto que os engendra. Dessa forma, não mostram lógica de conexões entre o adoecimento do trabalhador e as condições de trabalho. Fundamenta-se na teoria multicausal da doença. 	 As condições de trabalho e de vida, que por sua vez dependem da inserção no trabalho, determinam a saúde. Dada a divisão social do trabalho, as diferentes ocupações são submetidas a diferentes condições de trabalho. O desgaste decorre dos potenciais de desgaste inerentes às condições de trabalho que são oferecidas para as diferentes ocupações. Fundamenta-se na teoria da Determinação Social da saúde.
Operacional/ Técnica	Mudanças de comportamento para que cada trabalhador individualmente fique responsável pelo controle dos fatores de risco, modificando seus hábitos. As empresas empregadoras não são responsabilizadas por promover mudanças substanciais nas formas de organização do trabalho.	 Mudanças nas condições de trabalho, nas formas de organização do trabalho e nos processos de trabalho são requeridas para minimizar os potenciais de desgaste e fortalecer os trabalhadores na sua luta contra a exploração. Implica em responsabilizar os empregadores por mudanças substanciais nas condições de trabalho que estão na origem do desgaste dos trabalhadores.
Política	 Incentivo à participação em organismos institucionais de caráter empresarial para manutenção da lógica de exploração/produtividade. 	 Incentivo à participação sindical e nas lutas autônomas por direitos trabalhistas e sociais. Denúncia do controle empresarial dos órgãos técnicos, usados para manutenção do status quo. Denúncia do projeto de privatização da saúde e imposição da lógica privada no espaço público.

Fonte: Conceitos de SO e ST baseados em Mendes, Dias (1991), Minayo-Gomez, Thedim-Costa (1997), Lacaz (2007) e de potenciais de desgaste baseados em Queiroz, Salum (1996).

Os marcos teóricos da ST, historicamente relacionados ao processo saúde-doença dos trabalhadores fabris, necessitam de novos elementos explicativos para os problemas relacionados às diversas mudanças que estão ocorrendo mais recentemente no setor produtivo, com aumento do setor informal e agravamento do desemprego (Minayo-Gomes, Lacaz, 2005).

Neste sentido, Soares et al. (2018) destacam que o trabalho contemporâneo impõe desafios ao entendimento de sua relação com a saúde, pois a dinâmica combina formas arcaicas e tradicionais de exploração do trabalho com o incremento tecnológico e grande mobilização ideológica do capital na conformação de um tipo de trabalhador(a) que seja ativo(a), polivalente, flexível e que corresponda à demanda crescente e complexa de processos e procedimentos. Tais exigências são a constituição de uma identidade do(a) trabalhador(a) nos parâmetros do capital.

Por referência ainda ao campo da ST, Lacaz (2009, p.568), afirma que:

"A abordagem em Saúde do Trabalhador assume que, na análise do processo saúde doença, o trabalho tem um papel fundamental em sua determinação, e trata-se, então, de desvendar esta realidade e buscar a interlocução com os trabalhadores vistos agora como agentes coletivos e portadores de conhecimentos e práticas, que possibilitam pensar-se na humanização do trabalho e no seu etos, mesmo considerando que se atua dentro dos limites e marcos do capitalismo. Trata-se de se pensar táticas e estratégias para avançar na luta pela qualidade no trabalho".

Apesar de alguns avanços conquistados, muitos desafios são postos ao campo, como: o combate ao reducionismo das políticas públicas, aos entraves políticos no âmbito municipal e ao desconhecimento de muitos gestores frente à concepção e às ações da ST (Souza, Virgens, 2013).

Nas formas capitalistas de organização do trabalho, o objeto de trabalho é mais difícil de ser reconhecido pelo trabalhador, pois é previamente definido por outros indivíduos no processo de produção, sendo que o(a) trabalhador(a) fica responsável pela execução, configurando-se dessa forma o trabalho estranhado, característico do modo de produção capitalista (Soares et al., 2018).

Neste campo, o conceito de reprodução social é também fundamental, pois esclarece que as formas de trabalhar e consumir das classes sociais são referidas à totalidade social:

"o conjunto da vida social caracterizado pelas formas de trabalhar e consumir, pelas relações que os seres humanos estabelecem entre si para produzir a vida social, pela forma em que transformam a natureza, pela forma em que realizam a distribuição e o intercâmbio dos bens socialmente produzidos, pelas instituições que geram e pelo nível de consciência e organização que alcançam" (Campaña, 1997, p. 133).

O campo da ST se vale ainda da explicação de que os problemas de saúde dos trabalhadores devem passar pela análise de conflitos referentes à relação capital-trabalho. A classe trabalhadora, no entanto, não tem muitas vezes conhecimento dos processos instauradores de problemas de saúde e de seus direitos e dessa forma apresenta dificuldades

como interlocutora para transformações de base dos locais de trabalho. A literatura na área discute a necessidade de conduzir processos de formação que possibilitem a compreensão dos contextos e das reais possibilidades de ação das condições de trabalho (Pinto, Albertini, Murakami, 2016).

3 PRESSUPOSTOS, OBJETIVOS E FINALIDADE

3.1 PRESSUPOSTOS

Parte-se do pressuposto de que as políticas públicas voltadas à saúde dos trabalhadores se encontram majoritariamente direcionadas ao reconhecimento e controle de doenças ocupacionais, sendo consideradas escassas as políticas sociais que remetem ao âmbito da determinação social da saúde do trabalhador.

Além de que a adoção pelo Estado brasileiro de políticas neoliberais, como as de congelamento dos gastos públicos e de retrocessos na proteção ao trabalhador, constitui novos potenciais de desgaste aos trabalhadores da APS, que já se encontravam sob formas de trabalho desgastantes

A busca por evidências da literatura pode fornecer as bases para a adoção de políticas que incidam sobre as raízes dos problemas de saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. A participação de setores envolvidos no processo de formulação dessas políticas é exigência fundamental na ST.

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 Geral

Propor diretrizes para uma política pública de saúde do trabalhador para trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, no contexto do município de São Paulo.

3.2.2 Específicos

- Compreender os problemas de saúde dos trabalhadores da APS;
- Reunir e analisar as intervenções na área e estabelecer opções para delineamento de políticas;
- Discutir a viabilidade, pertinência e exequibilidade das opções estabelecidas e definir prioridades e diretrizes para implementação de uma política no contexto das Supervisões Técnicas de Saúde.

3.3 FINALIDADE

O estudo poderá contribuir para superar os desafios nas práticas de ST na APS, com potencial para ser implementado em todas as supervisões técnicas do município de São Paulo e outras cidades do país.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa se fundamenta no Materialismo Histórico-Dialético (MHD), vertente de produção de conhecimentos que, fundamentada nos ensinamentos de Marx, desenvolve específico arcabouço epistemológico, teórico e metodológico, para compreender o objeto e também para transformar as contradições sociais em que este objeto se inscreve. A materialidade histórica da realidade é auscultada, sob a luz de teorias já existentes (Soares, Campos, Yonekura, 2013). Particularmente, nesta investigação, adotou-se os fundamentos teóricos do campo da Saúde do Trabalhador, conforme explicitado no capítulo teórico.

A dimensão metodológica do MHD, intrinsecamente ligada às demais, apoia-se fundamentalmente na dialética, para compreender a conexão entre o objeto e a totalidade social, de forma a entendê-lo em sua inteireza, para além da expressão fenomênica. Espera-se produzir uma nova síntese, que exponha a essência do objeto investigado. Dessa forma, é possível propor mudanças que incidam sobre a essência do problema.

Para tanto, são utilizados métodos e técnicas capazes de apreender a realidade de vários ângulos, por sucessivas aproximações, e que pedem o encontro dialógico entre as teorias explicativas e os que vivem a realidade (Soares, Campos, Yonekura, 2013). Especificamente, com esta investigação, procurou-se imprimir os princípios participativos e dialógicos das oficinas emancipatórias (Soares et al., 2018) e a perspectiva analítica, pelo uso de categorias de análise inerentes à teoria (Salum, Queiroz, Soares, 1999).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Do ponto de vista operacional, a pesquisa foi desenvolvida com apoio das ferramentas SUPPORT para elaboração de políticas informadas por evidência (SUPporting POlicy relevant Reviews and Trials Tools for evidence-informed health Policymaking). Tais ferramentas são adotadas globalmente pela EVIPNet¹ (Evidence-Informed Policy NetWork), rede criada para

¹ A EVIPNet Brasil foi criada em 2004 e é coordenada pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). A implementação dessa iniciativa é realizada em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (Bireme), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), dentre outros (Brasil, 2015). O Instituto de Saúde (IS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) é um órgão de ensino em Saúde Coletiva e pesquisa científica e tecnológica, que tem como competência avaliar as políticas de saúde. O Núcleo de Evidências do Instituto de Saúde (NEv-IS), criado em 2014, participa da EVIPNet Brasil, e vem desde então intensificando sua produção científica para subsidiar gestores na tomada de decisão em políticas de saúde (São Paulo, 2021)

responder à necessidade de produzir políticas informadas por evidências, com o objetivo de fortalecer políticas e sistemas de Saúde Pública, mediante o uso sistemático de resultados de pesquisa (Dias, Barreto, Souza, 2014; Brasil, 2020). Trata-se de um conjunto de ferramentas que adota o planejamento participativo com formuladores de políticas, pesquisadores e sociedade civil para utilização da melhor evidência científica em saúde, tomando em consideração o contexto para o qual a síntese de evidências está sendo produzida, contextualizando-a (WHO, 2005).

A necessidade de utilização de evidências científicas para apoiar a tomada de decisões no planejamento e gestão em saúde vem sendo cada vez mais ampliada, com algumas conquistas, principalmente na integração entre a academia e gestão, através da tradução do conhecimento e a priorização dos temas de pesquisa, dos seus princípios éticos e sociais (Bortoli, Freire, Tesser, 2017).

A metodologia original das ferramentas envolve as seguintes etapas: (I) Definição de prioridades para programas/políticas; (II) Busca de evidências; (III) Definição das opções para a abordagem política; (IV) Extração dos dados; e (V) Elaboração da síntese de evidências. A etapa posterior, que dá continuidade à síntese, é constituída por: (I) Diálogo deliberativo; (II) Considerações para a Implementação; e (III) Monitoramento e avaliação (OPAS, 2021).

As ferramentas indicadas no processo de síntese de evidências para políticas (Brasil, 2020), como é o caso das ferramentas SUPPORT, foram submetidas às diretrizes do MHD. Buscou-se, portanto, a operacionalização das etapas de investigação à constante análise teórica, em aproximações sucessivas com a experiência e os conhecimentos acumulados dos que vivenciam e estudam o objeto. Procurou-se garantir a participação radical dos envolvidos no processo, para promover a contraposição crítica dos participantes à síntese da literatura e dessa forma promover uma nova síntese, por meio de processo político dialógico.

No presente trabalho, fez-se uma adaptação das etapas iniciais que compõem o conjunto das ferramentas SUPPORT, estabelecendo-se o processo a partir das seguintes etapas:

- 1) Constituição de grupo de trabalho para análise e equacionamento do problema inicialmente proposto, por meio de oficinas;
- 2) Elaboração de síntese de evidências, a partir de revisão da literatura, para amparar a elaboração de opções para enfrentamento do problema;
- 3) Diálogo deliberativo, com a participação de especialistas na área de saúde do trabalhador, trabalhadores da APS, representantes da sociedade civil organizada e gestores da

supervisão de saúde do Campo Limpo do Município de São Paulo, para discutir e deliberar sobre a síntese de evidências elaborada.

A metodologia SUPPORT é contínua e as etapas finais que constituem as ferramentas SUPPORT poderão ser futuramente utilizadas por outros membros do grupo de pesquisa ao qual este trabalho se filia, para dar continuidade ao processo de implementação, avaliação e monitoramento, que asseguram a aplicação da síntese na prática.

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo se desenvolveu tomando por referência o contexto da cidade de São Paulo, a maior cidade do país e capital do estado, que tem aproximadamente 11.753.659 habitantes (Fundação Seade, 2017). Do ponto de vista administrativo, a Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP) está dividida em 32 subprefeituras². Já a Secretaria Municipal da Saúde (SMS) está operacionalmente dividida em seis coordenadorias regionais de saúde: I – Coordenadoria Regional de Saúde Centro – CRS Centro; II – Coordenadoria Regional de Saúde Leste – CRS Leste; III – Coordenadoria Regional de Saúde Norte – CRS Norte; IV – Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste – CRS Sudeste; VI – Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste – CRS Sudeste

^{2 1)} Aricanduva / Vila Formosa, 2) Butantã. 3) Capela do Socorro. 4) Campo limpo. 5) Casa Verde. 6) Cidade Ademar. 7) Cidade Tiradentes. 8) Ermelino Matarazzo. 9) Freguesia do Ó. 10) Guaianases. 11) Ipiranga. 12) Itaim Paulista. 13) Itaquera. 14) Jabaquara. 15) Jaçanã / Tremembé. 16) Lapa. 17) M'Boi Mirim. 18) Mooca. 19) Parelheiros. 20) Penha. 21) Perus. 22) Pinheiros. 23) Pirituba. 24) Santana/ Tucuruvi. 25) Santo Amaro. 26) São Mateus. 27) São Miguel. 28) Sapopemba. 29) Sé. 30) Vila Maria/Vila Guilherme. 31) Vila Mariana e 32) Vila Prudente (São Paulo, 2010)

³ Os estabelecimentos de saúde municipais da cidade de São Paulo, segundo São Paulo (2018): Rede básica: 372 UBS, 86 UBS integrada (UBS+AMA), 10 AMA 12 horas. Rede de Atenção Especializada Ambulatorial: 12 Ambulatórios de Especialidades, 12 AMAs Especialidades, 16 hospitais Dias (ambulatórios), 7 hospitais Dias (hospitalares). Rede de urgência e emergência:15 (PSM +PA), 16 AMAs 24 horas, 8 UPAs, 26 Hospitais Municipais. Saúde Mental: 25 CAPSAD, 31 CAPS adulto, 28 CAPS IJ, 24 CECCO, 66 Residências Terapêutica e Unidade de Acolhimento, 2 Apoio saúde mental. DST/AIDS: 3 Centros de Referência, 10 CTA, 13 SAE. Saúde Bucal: 30 CEOs, 1 clínica odontológica, 3 Unidades móveis. Reabilitação:21 CER, 10 NIR, 5 NISA. Outros serviços: 45 SAD, 10 URSI, 6 PICS Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapia:7 laboratórios e 1 Centro de Diagnóstico por Imagem. Outros Serviços Especializados: 1 Casa de Parto, 1 Casa SER, 2 CREN, 1CC Vigilância em Saúde:26 UVIS, 1 CCZ, 1 laboratório de Zoonoses e 6 (seis) Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CRST).

A SMS da PMSP tem Contratos de Gestão⁴ com OSS. Tais recursos jurídicos são feitos para representar a concessão da administração pública municipal a entidades privadas ⁵(São Paulo, 2021).

A Saúde do Trabalhador no município de São Paulo é de responsabilidade da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA), Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador (DVISAT) e conta com cinco Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST): 1) CRST Freguesia do Ó; 2) CRST – LAPA; 3) CRST – MOOCA; 4) CRST – SANTO AMARO; 5) CRST – SÉ; e 6) CRST - LESTE.

A área de Saúde do Trabalhador no município é regida pelas seguintes leis e portarias:

- Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977. Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à segurança e medicina do trabalho, e dá outras providências.
- Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras
 NR do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e
 Medicina do Trabalho.
- Portaria SMS nº 1.470, de 30 de abril de 2002. Institui o Sistema de Vigilância de Acidentes do Trabalho SIVAT no Município de São Paulo e regulamenta seu fluxo de informações.

⁴ A qualificação de instituição como organização social é regulamentada pela Lei nº 14.132 de 24/01/2006, e pelo Decreto nº 52.858 de 20/12/2011, que estabelece que "o Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sociais sejam dirigidas às áreas da saúde, da cultura e de esportes, lazer e recreação, atendidos os requisitos previstos nesse mesmo diploma" (São Paulo, 2019).

As OSS que têm Contrato de Gestão com a SMS de São Paulo são: 1. Casa de Saúde Santa Marcelina, 2. Sanatorinhos, 3. Ação Comunitária de Saúde, 4. Serviço Social da Construção Civil do Estado de São Paulo -SECONCI, 5. Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM, 6. Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM, 7. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 8. Associação Beneficente de Assistência Social e Saúde - Pró-Saúde, 9. Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, 10. Associação Beneficente de Coleta de Sangue - COLSAN, 11. Fundação Instituto de Pesquisa e Estudo de Diagnóstico por Imagem - FIDI, 12. Fundação do ABC, 13. Associação Congregação de Santa Catarina, 14. Associação Saúde da Família - ASF, 15. Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro, 16. Organização Santamarense de Educação e Cultura - OSEC, 17. Associação Comunitária Monte Azul, 18. Fundação Faculdade de Medicina - FMM, 19. Instituto Brasileiro de Controle do Câncer - IBCC, 20. Sociedade Beneficente São Camilo, 21. Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês, 22. Instituto SAS, 23. Instituto de Assistência Básica e Avancada a Saúde - IABAS, 24. Instituto de Apoio ao Servidor Público - IASP, 25. Sociedade Assistencial Bandeirantes, 26. Casa de Isabel - Centro de Apoio à Mulher, à Criança e o Adol. V. Sit. Risco, 27. Instituto Social Hospital do Coração, 28. Associação Shozo Iwai, 29. Grupo de Apoio à Medicina Preventiva — GAMP, 30. Instituto Sócrates Guanaes, 31. Instituto Nacional de Amparo à Pesquisa, Tecnologia e Inovação na gestão Pública - INTS, 32. Sociedade Beneficente Caminho de Damasco, 33. Instituto Nacional de Desenvolvimento Social e Humano – INDSH, 34. Instituto Nacional para o Progresso do Conhecimento e Saúde INPCOS, 35. Instituto de Responsabilidade Social - Einstein, 36. Organização Social Vitale Saúde, 37. Santa Casa de Misericórdia de Pacaembu, 38. Associação Comunitária e Beneficente Padre José Augusto Machado Moreira, 39. Instituto Nacional de Pesquisa e Gestão em Saúde- INSAÚDE, 40. Instituto Social Hospital Alemão Oswaldo Cruz - ISHAOC, 41. Associação Treino Livre de Apoio Sociocultural - ATLAS, 42. Associação Saúde em Movimento - ASM (São Paulo, 2019).

- Lei Municipal nº 13.725, de 9 de janeiro de 2004. Institui o Código Sanitário do Município de São Paulo.
- Portaria nº 219/2018- SMS.G/CGP/NCC Coordenadoria de Vigilância em Saúde
 COVISA, apostila feita à portaria nº 219/2018- SMS.G/CGP/NCC, publicada no doc. de 04/04/18 página 19/21.
- Na PMSP, para os servidores municipais, o Decreto nº 57.775, de 06 de julho de 2017, dispõe sobre a reorganização da Secretaria Municipal de Gestão e define que a Coordenação de Gestão de Saúde do Servidor (COGESS) é integrada por três divisões: I) Divisão de Perícia Médica; II) Divisão de Epidemiologia e Informação; e III) Divisão de Promoção à Saúde.

Em abril de 2019, a Coordenação de Atenção Básica da SMS/PMSP respondeu formalmente que não autorizava a realização da pesquisa no âmbito da Coordenadoria, "considerando que a Secretaria Municipal de Saúde e as Unidades Básicas de Saúde encontramse voltadas prioritariamente para: Ação de enfrentamento às Arboviroses; Campanha de vacinação, Supervisão, estrutura das unidades e processo de trabalho; Revisão das diretrizes e protocolos de SMS.

A Coordenadoria Regional de Saúde Sul autorizou não somente a realização da pesquisa no âmbito da STS-Campo Limpo, como também a etapa de implementação no âmbito daquela supervisão, etapa que não faz parte desta pesquisa, mas será conduzida por outros pesquisadores do Grupo de Pesquisa (Anexo 1).

Dessa forma, o estudo ficou circunscrito à Subprefeitura do Campo Limpo (STS-Campo Limpo), que participou das demais etapas. Esta subprefeitura ocupa uma área de 36 Km² e está situada entre as Subprefeituras do Butantã, Santo Amaro e M'Boi Mirim, em proximidade com os municípios de Taboão da Serra e Itapecerica da Serra. É formada pelos distritos de Campo Limpo, Vila Andrade e Capão Redondo. Com população aproximada de 650.000 habitantes, a região apresentou desenvolvimento acelerado e desordenado, o que evidenciou ainda mais os contrastes sociais. De um lado, condomínios confortáveis e cercados de segurança e, por outro lado, favelas como Paraisópolis e outros espaços de favela, de grande densidade populacional, onde residem cerca de 80.000 pessoas (São Paulo, 2019).

Os serviços de saúde disponíveis da região são: UPA Campo Limpo - Unidade de Pronto Atendimento 24h, administrada pela parceria pública/privada (SMS/Einstein), com ligação direta ao Hospital do Campo Limpo, para atendimento dos casos mais complexos; Hospital Campo Limpo - Hospital de grande porte, com unidades de internação diversas, além de especialidades; 3 AMAs (Pirajussara, Prel e Paraisópolis, esta última com atendimento 24h);

3 CAPSs (Álcool Drogas, Adulto e Infantil), ONG Mulheres Vivas (Atendimento a mulheres vítimas de violência); e 27 UBSs com atendimento voltado para ESF e administradas por duas OSSs (Einstein e CEJAM) (São Paulo, 2019).

4.3 ETAPA DE CONSTITUIÇÃO DE GRUPO DE TRABALHO E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Nesta etapa do projeto foram convidados profissionais que ocupam posições-chave para participarem da discussão sobre os principais problemas de saúde dos trabalhadores da APS, no contexto do município de São Paulo, e para a constituição de grupo de trabalho. O processo teve início em maio de 2018. O Quadro 2 mostra a diversidade dos convidados, em relação à instituição de origem.

Quadro 2 - Instituição de origem dos participantes da etapa de constituição do grupo de trabalho e definição do problema em 23/05/2018, São Paulo.

Função dos representantes e/ou local de trabalho	Participantes
Departamento de Atenção Básica - Gestão/Coordenação da Atenção Básica	5 ⁶
Centro	3
Coordenação de Gestão de Pessoas do Centro de Desenvolvimento, Ensino	1
e Pesquisa em Saúde/Divisão de Desenvolvimento de Carreiras	1
Coordenação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da	1
Coordenadoria da Regional de Saúde Leste	1
Centro de Desenvolvimento, Ensino e Pesquisa em Saúde - COGEP/SMS-	1
SP	1
Representantes de conselho de Enfermagem (COREN) e ABEN	2
Profissionais de saúde de OSS	3
Professores da EE-USP	2
Alunos de pós-graduação da EE-USP	2
Professor da área de Sociologia do Trabalho – USP	1
Fórum popular de saúde	1

Fonte: elaborado pela autora (2021)

Os participantes das oficinas foram convidados tanto nominal quanto institucionalmente, por meio de e-mail. Embora na primeira reunião 19 participantes tenham comparecido (a Coordenação da AB enviou 4 integrantes que não estavam na lista de convidados), apenas 11 integraram o grupo de trabalho até o final desta etapa.

Inicialmente, a proposta pretendia envolver todo o município e por isso o convite foi destinado também a coordenadores e gestores de âmbito central. No entanto, a maior parte dos

⁶ Inicialmente, os convites foram para 3 profissionais da gestão da SMS, porém a gestão enviou mais 4 integrantes. No dia participaram 5 integrantes.

membros ligados à coordenação e gestão de serviços da APS do município não se manteve no grupo de trabalho, participando apenas da reunião inicial de problematização.

Outros elementos metodológicos que esclarecem o desenvolvimento desta etapa estão integrados aos resultados apresentados no item 5.1, do Capítulo 5.

4.4 ETAPA DE ELABORAÇÃO DE REVISÃO DA LITERATURA E SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS

A revisão da literatura que estabeleceu a síntese de evidências, elaborada para responder ao problema levantado, seguiu métodos rigorosos de busca, seleção, extração de dados e avaliação da qualidade metodológica das revisões sistemáticas incluídas.

Foram realizadas buscas em 11 fontes de dados: PUBMED, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Health Systems Evidence (HSE), Social Systems Evidence (SSE), CINAHL, Cochrane Library, EMBASE, JBI Evidence Synthesis, Rx for Change, Scopus e Web of Science, entre agosto de 2018 e maio de 2019, utilizando várias combinações de palavras-chave. As estratégias de busca de acordo com as fontes de dados podem ser acompanhadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Fontes de dados, estratégias de busca e resultados, atualizado em 2019

Fontes de	Estratégias de Busca	Resultados	Data
Dados	//////////////////////////////////////	50 E / 1	12/00/2010
PUBMED	((((((((((((((((((((((((((((((((((((((58 Estudos + 230	13/08/2018
	"Health Personnel"[tw] OR "health worker" OR "health		e atualização com revisão
	workers")) OR ("Allied Health Personnel"[Mesh] OR		da estratégia
	"Allied Health Personnel"[tw])) OR "health employee")		em
	OR ("Nurses' Aides" [Mesh] OR "Nurses' Aides" [tiab])) OR	Listados	04/04/2019
	("Licensed Practical Nurses" [Mesh] OR "Licensed"		04/04/2019
	Practical Nurses"[tw])) OR ("Community Health		
	Workers" [Mesh] OR "Community Health		
	Workers [tiab])) OR ("Institutional Management		
	Teams"[Mesh] OR "Institutional Management		
	Teams [twesh] OR "Institutional Wallagement Teams"[tw])) OR ("Case Managers"[Mesh] OR "Case		
	Managers [tw]))) AND (((("Primary Health Care"[Mesh]		
	OR "Primary Health Care"[tw])) OR ("Family		
	Health"[Mesh] OR "Family Health"[tw])) OR		
	("Community Health Services" [Mesh] OR "Community		
	Health Services")))) AND		
	((((((((((((((((((((((((((((((((((((((
	"Occupational Health"[tw])) OR occupational safety[tw])		
	// I		
	OR "Health worker effect") OR "employee Health") OR ("Bullying" [Mesh] OR "Bullying" [tw])) OR		
	` 1		
	Stress"[tw])) OR ("Burnout, Professional"[Mesh] OR "professional" burnout"[tw])) OR ("Health		
	Manpower" [Mesh] OR "Health		
	Manpower"[tw])) OR health workforce"[tw]) OR		
	"professional workload"[tw])		
	OR ("Workplace Violence"[Mesh] OR "Workplace		
BVS	L 3//		05/09/2018
	"Precarious employment") OR "Precarious		
	employment"[tw]) OR "Informal work"[tw]) OR "flexible		
	employment"[tw]) OR		
	"weakening"[tw]) OR "Physical Work Environment"[tw])		
	OR "Psychosocial Work Environment"[tw]) OR		
	"occupational stress"[tw])		
	("Intersectoral Collaboration" or "Colaboracion"		
	Intersectorial" or "Colaboração Intersetorial") OR		
	("Primary Health Care" or "Atencion Primaria de Salud" or		
	"Atenção Primária à Saúde" or "Atenção Básica") OR		
	("Family Health" or "Salud de la Familia" or "Saúde da		
	Família") AND ("health personnel" or "Personal de Salud		
	" or "Pessoal de Saúde" or "Profissionais da Saúde") OR		
	("health worker" or "trabalhadores da saúde" or "trabajador		
	de salud" or "health employee") OR ("Nurses' Aides" or		
	"Auxiliares de Enfermería" or "Auxiliares de		
	Enfermagem") OR ("Allied Health Personnel") OR		

Data
9/2018
9/2016
9/2018
8/2018
0 _ 0

Fontes de Dados	Estratégias de Busca	Resultados	Data
	(MH "Family Health") OR "Family Health" OR "health workforce" OR "professional workload" OR "Workplace Violence" OR "worker's surveillance" OR "Precarious employment" OR "Informal work" OR "flexible employment" OR "weakening" OR "Physical Work Environment" OR "Psychosocial Work Environment" OR "occupational stress")=		
EMBASE	'health care personnel'/exp AND 'primary health care'/exp AND ('occupational disease'/exp OR 'job stress'/exp OR 'burnout'/exp) AND [systematic review]	7 Estudos	28/08/2018
SSE	("occupational health" OR "worker health") AND ("primary care")	14 Estudos	07/09/2018
JBI	("health worker" OR "health workers ") AND ("Primary Health Care") AND ("Occupational Health" OR "Occupational Stress" OR Burnout)		07/09/2018
Web of Science	(("Health Personnel") OR ("health worker" OR "health workers" OR "health employee") OR ("Allied Health Personnel") OR ("Nurses' Aides") OR ("Licensed Practical Nurses") OR ("Community Health Workers") OR ("Institutional Management Teams") OR ("Case Managers")) AND (("Primary Health Care") OR ("Family Health") OR ("Community Health Services")) AND (("Occupational Health" OR "occupational safety") OR ("Health worker effect" OR "employee Health") OR ("Bullying") OR ("Occupational Stress") OR ("Burnout, Professional" OR "professional burnout") OR ("Health Manpower") OR ("health workforce" OR "professional workload") OR ("Workplace Violence") OR ("worker's surveillance") OR ("Precarious employment") OR ("Informal work") OR ("flexible employment") OR ("weakening") OR ("Physical Work Environment") OR ("occupational stress"))		18/09/2018
Scopus	TITLE-ABS-KEY ((("Health Personnel") OR ("health worker" OR "health workers" OR "health employee") OR ("Allied Health Personnel") OR ("Nurses' Aides") OR ("Licensed Practical Nurses") OR ("Community Health Workers") OR ("Institutional Management Teams") OR ("Case Managers")) AND (("Primary Health Care") OR ("Family Health") OR ("Community Health Services")) AND (("Occupational Health" OR "occupational safety") OR ("Health worker effect" OR "employee Health") OR ("Bullying") OR ("Occupational Stress") OR ("Burnout, Professional" OR "professional burnout") OR ("Health		18/06/2018

Fontes de Dados	Estratégias de Busca	Resultados	Data
	Manpower") OR ("health workforce" OR "professional		
	workload") OR ("Workplace Violence") OR ("worker's		
	surveillance") OR ("Precarious employment") OR (1	
	"Informal work") OR ("flexible employment") OR (
	"weakening") OR ("Physical Work Environment") OR (
	"occupational stress")		
)) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "re"))		
Rx for	("health worker" OR "health workers ") AND ("Primary	2 Estudos	18/09/2018
Change	Health Care") AND ("Occupational Health" OR		
	"Occupational Stress")		
Complementa		15 Estudos	
res			

Fonte: elaborado pela autora (2021)

Os critérios de inclusão foram: 1) em relação ao objeto, restringiu-se a intervenções em saúde do trabalhador; 2) em relação à população, restringiu-se ao trabalhador de saúde; 3) em relação ao contexto, focalizou-se a APS; 4) em relação ao tipo de estudo, focalizou-se em revisão sistemática; 4) em relação aos idiomas, restringiu-se a Inglês, Português e Espanhol.

A seleção das publicações foi feita por dois revisores independentes (AGV, EMGG), primeiramente por meio da leitura dos títulos e resumos e, posteriormente, por meio da leitura na íntegra; as dúvidas foram resolvidas por um terceiro revisor, a orientadora da tese (CBS).

A extração dos dados foi também realizada de forma independente, pelos dois revisores, que consideraram os seguintes elementos: objetivo do estudo, principais achados, AMSTAR (A MeaSurement Tool to Assess Systematic Reviews), proporção dos estudos que incluíram a população-alvo, proporção de estudos realizados em LMIC (Low and Middle Income Countries) em relação aos demais países (destaca-se em quais países foram realizados os estudos), proporção de estudos com foco no problema e último ano da busca. Para a extração de dados, utilizou-se o instrumento EVIPNet- Brasil (Brasil, 2015).

Ao utilizar revisões sistemáticas de efeito de uma intervenção para fundamentar as decisões, os formuladores de políticas e os demais interessados precisam julgar até que ponto esta evidência pode ser considerada confiável. O uso de processos sistemáticos e transparentes pode ajudar a evitar a inclusão de erros e vieses em seus julgamentos. Um processo sistemático e transparente permite também que outras partes interessadas, incluindo o público, entendam e avaliem esses julgamentos (Lavis et al., 2009).

Dessa forma, todas as revisões sistemáticas utilizadas na elaboração da síntese de evidência foram avaliadas utilizando o instrumento AMSTAR, composto de 11 itens apresentados em forma de perguntas, podendo ser respondidas "Sim" (descrição completa do item), "Não (não descrito), "Não se aplica" ou "Não é possível responder" (não há informações suficientes para responder à pergunta). Somente para as respostas "Sim" são contabilizados pontos, resultando em pontuações de 0 a 11, de tal forma que escores de 1 a 4 correspondem à baixa qualidade, de 5 a 8 a estudos de qualidade moderada e de 9 a 11 à alta qualidade.

A ferramenta pode ser aplicada online no próprio website AMSTAR (https://amstar.ca/) (Shea et al., 2007; Aguiar, Lima, 2017). O instrumento foi atualizado (AMSTAR 2) e retém 10 dos domínios originais, com 16 itens no total, em comparação a 11 do instrumento original (Shea et al., 2017). Após consulta com a equipe do McMaster Health Forum, que valorizou a primeira versão, decidiu-se pela utilização desta (Shea et al., 2017).

Aspectos complementares da revisão da literatura, que subsidiou a síntese de evidências, serão apresentados no item 5.2, do capítulo 5, referente aos resultados.

4.5 ETAPA REFERENTE AO DIÁLOGO DELIBERATIVO

O diálogo deliberativo (DD), também conhecido como diálogo de políticas, é um método de discussão estruturado, escolhido para este processo porque, conforme os propositores das ferramentas SUPPORT, permite que evidências advindas de pesquisa sejam avaliadas, complementadas e/ou questionadas pelas experiências e conhecimentos daqueles que pesquisam o tema, experimentam a realidade ou estão envolvidos com as decisões a serem tomadas para dar resposta a uma necessidade detectada na área da saúde (Lavis et al., 2009).

A síntese de evidências para informar políticas estabelece a importância do DD em função dos seguintes argumentos: a decisão deve ter o suporte dos que estão tendo a experiência com o problema; as evidências de pesquisa constituem parte, mas não a totalidade das soluções para o problema; muitos interessados podem contribuir, dado o lugar que ocupam na gestão ou na assistência à saúde; além dos que formulam políticas, outros níveis da gestão em saúde podem tomar medidas para resolver problemas detectados na realidade da situação de saúde e de assistência à saúde (Lavis, Boyko, Gauvin, 2014).

As principais características do DD são: processo colaborativo, que provoca reflexão e atenção a categorias qualitativas com significado; processo que busca aflorar uma base comum de maneira a ampliar as perspectivas de solução para um problema ou resposta a uma necessidade em saúde; processo que permite focalizar a atenção sobre os pontos essenciais; e

finalmente, processo que mobiliza para a reavaliação de pressupostos, procurando permanecer aberto e estabelecer acordos (Boyko, 2012).

As ferramentas SUPPORT, que dão amparo ao DD, procuram se cercar de elementoschave como: amparo institucional na condução do processo; cumprimento de etapas para esclarecimento de problemas, estruturação de opções e planejamento da implementação das opções, garantindo o levantamento das necessidades de evidências de pesquisa e identificação e avaliação das evidências fornecidas em cada uma das etapas; além da transição da etapa de avaliação de evidências de pesquisa para a de tomada de decisões (Lavis et al.,2009).

4.5.1 Participantes do Diálogo Deliberativo

O DD contou com 16 participantes, representantes dos diferentes setores envolvidos, sendo: 2 representantes dos especialistas na área de Saúde do Trabalhador, 2 representantes dos especialistas na área de APS, 5 representantes da gestão (diferentes serviços de saúde de ST e APS da STS-Campo Limpo), 4 representantes de sociedade civil organizada (Sindicatos, ONGs e Conselho Nacional de Saúde), 3 profissionais da saúde, sendo dois da enfermagem e um terapeuta ocupacional de NASF.

Os participantes receberam com um mês de antecedência a síntese de evidências, com as opções elaboradas, e a documentação de orientação para a realização do DD, além de dois outros lembretes até a data de realização. Todos receberam também, com antecedência, informações de identificação dos participantes e observadores e um formulário online padronizado, para avaliação do DD (Anexo 2), além de formulário padronizado online com perguntas para avaliação da síntese (Anexo 3).

Além dos 16 participantes e do facilitador, 10 ouvintes, membros do grupo de trabalho que fez parte das etapas anteriores, também estiveram presentes para acompanhar os processos. Dois observadores ficaram incumbidos de fazer anotações sobre o andamento das discussões e comentários no *chat*. A reunião foi gravada, com a autorização dos participantes, ouvintes, observadores e do facilitador.

O DD teve início com as boas-vindas da coordenadora do grupo de pesquisa "Fortalecimento e desgaste no trabalho e na vida: bases para a intervenção em saúde coletiva", ao qual este projeto se filia, responsável pelo evento. Em seguida, o facilitador, professor da Universidade Federal de Minas Gerais, fez uma breve apresentação sobre o que é e como vem sendo utilizado o DD nas sínteses de evidências para políticas (Brasil, 2020). Em seguida, apresentou-se os principais pontos da síntese de evidência, resgatando sucintamente o conteúdo

do documento encaminhado a todos os participantes (Brasil, 2020).

Os participantes foram então incentivados pelo facilitador a emitir suas considerações sobre os diversos componentes da síntese, seguindo a ordem de apresentação: 1) problematização; 2) opções estabelecidas pela revisão da literatura; 3) considerações sobre implementação e finalmente 4) considerações sobre equidade. Ao final de cada componente discutido, o facilitador confirmou com os participantes as deliberações.

A análise de conteúdo foi escolhida como método para apreender os significados daquilo que foi discutido durante o diálogo deliberativo (Minayo,1994; Bardin, 1977), procurando-se, com o apoio do referencial dialético, captar as contradições da realidade discutida e as mediações que estão em jogo para promover as mudanças que superam essas contradições (Silva-Triviños, 2006). O referencial dialético demanda que se recorra constantemente à teoria que subsidia o estudo que está sendo desenvolvido (Soares, Campos, Yonekura, 2013).

A análise do material demandou captar, na discussão feita no DD, os elementos teóricos deste estudo, ou seja, os desgastes dos trabalhadores, os potenciais de desgaste, as explicações para o processo de desgaste, a natureza e o alcance das propostas de superação desses desgastes, dentre outros.

O material foi composto pela transcrição não literal da gravação da reunião e anotações feitas durante o diálogo pelos observadores, bem como comentários dos participantes no *chat*.

Numa primeira etapa, organizou-se o material, reunindo as três fontes e, em uma segunda etapa, procedeu-se à sua leitura exaustiva para compreendê-lo na sua totalidade, nos seus componentes e na relação que os componentes mantêm com a totalidade. Numa terceira etapa, procurou-se as unidades de sentido, ou seja, aquilo que melhor caracteriza o que foi dito, a partir da luz teórica, seja porque foi reiterado, seja pelo impacto que causou. Chamaremos estas unidades de sentido de temas. Cada tema por sua vez foi composto por subtemas, de forma a expor pormenorizadamente a síntese de todo o material. Os temas e subtemas e os excertos correspondentes são apresentados no item 5.3, do capítulo 5, de resultados.

4.5.2 Procedimentos éticos

O diálogo deliberativo seguiu todos os procedimentos éticos da Resolução CNS 196/96 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no. 25396719.4.0000.5392 e da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, no. 25396719.4.3001.0086. Os pareceres podem ser encontrados nos Anexos 4 e 5.

Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido online. A aprovação da utilização online do TECLE foi feita como emenda à aprovação inicial (Apêndice G).

É importante salientar que os procedimentos éticos aprovados mantêm coerência também com as recomendações das ferramentas SUPPORT para que os participantes do DD não divulguem a identidade e a afiliação dos participantes, de forma a garantir liberdade de crítica durante o processo (Lavis et al., 2009). Todos os participantes receberam o relatório final do diálogo deliberativo e tiveram possibilidade de efetivar correções e encaminhar sugestões e adendos.

5 RESULTADOS

Neste capítulo, apresenta-se os resultados das três etapas do trabalho, divididos nos itens 5.1, 5.2 e 5.3.

5.1 RESULTADOS RELATIVOS À ETAPA DE CONSTITUIÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Nesta etapa, foram realizadas oito oficinas num período de seis meses, constituindose o Grupo de Trabalho. Este grupo de trabalho participou ativamente da problematização e equacionamento do problema que ancorou a síntese. Além disso, acompanhou a elaboração da revisão da literatura, tendo recebido e aprovado o relatório da síntese para apreciação final, e apoiou a realização do diálogo deliberativo.

5.1.1 Oficinas de Problematização

As três oficinas iniciais foram dedicadas à problematização. O Quadro 4 apresenta os principais temas discutidos nessas oficinas iniciais.

Quadro 4 - Datas e temas principais das oficinas iniciais que configuraram o grupo de trabalho. São Paulo, 2018.

Data	Pauta	
23/05/18	 Apresentação dos participantes. Apresentação de revisões sistemáticas sobre a temática de ST. Apresentação de uma síntese de evidências para apoiar políticas, como exemplo. Discussão sobre os principais problemas dos trabalhadores da APS do Município de São Paulo. Apresentação da proposta do estudo e formação do grupo de trabalho. 	
19/06/18	 Apresentação das ferramentas SUPPORT, síntese e discussão da problematização Definição da data da oficina de metodologia 	
04/07/18	 Discussão sobre a pergunta de revisão Sugestão de descritores para a busca de evidências 	

Fonte: elaborado pela autora (2021)

Para motivação inicial, após a apresentação dos participantes, relatou-se de forma sintética o projeto de pesquisa inicialmente organizado e a literatura que deu suporte ao projeto, além de um exemplo de síntese de evidências, elaborada para apoio à formulação e implementação de políticas.

As oficinas iniciais proporcionaram conhecer as experiências dos participantes sobre os problemas de saúde dos trabalhadores da APS do Município de São Paulo, a partir das seguintes questões problematizadoras: 1) Quais são as suas experiências com a saúde dos trabalhadores inseridos na APS?; 2) A que atribuem esses problemas?; 3) Quais são as estratégias utilizadas para enfrentamento desses problemas?; e 4) Como é feito o acompanhamento/monitoramento da saúde dos trabalhadores da APS?

A condução do grupo seguiu a dinâmica das oficinas emancipatórias Soares et al., (2019) sendo realizadas em encontro horizontal entre participantes e condutores do processo. Ainda que se tratasse de um grupo grande e diverso, todos tiveram a oportunidade de se pronunciar e discutir a problemática a partir da sua realidade local. O processo foi bastante formativo, já que os especialistas estavam sempre levantando aspectos teóricos buscando ampliar a reflexão sobre todos os aspectos envolvidos nos problemas experimentados pelos trabalhadores, o que possibilitou que os problemas fossem, progressivamente, se apresentando de forma mais aprofundada e clara.

As contribuições dos participantes foram agrupadas em temas, de acordo com as categorias fortalecimento e desgaste e potenciais de fortalecimento e de desgaste, discutidos nas oficinas subsequentes.

Como a equipe da gestão municipal encontra-se sempre muito distante dos trabalhadores que estão na linha de frente do trabalho, esse encontro serviu para que as partes pudessem se aproximar. A presença da gestão, que poderia ser inibitória para os demais trabalhadores, foi percebido como um fator impulsionador do diálogo.

A análise dessa problematização foi agrupada em 10 temas, que correspondem aos potenciais de desgaste a que os trabalhadores da APS estão expostos: 1) Política do Estado mínimo; 2) Estrutura inadequada das UBS; 3) Contradições na implementação do SUS; 4) Monitoramento insuficiente e inadequado da saúde dos trabalhadores; 5) Políticas internas; 6) Assédio moral; 7) Metas de produção; 8) Contexto violento de trabalho; 9) Trabalho alienado; e 10) Despreparo do trabalho.

O Quadro 5 apresenta o detalhamento de cada tema.

Quadro 5 - Potenciais de Desgastes dos trabalhadores da saúde da APS levantados nas oficinas de problematização em 23/05/18, 19/06/18 e 04/07/18.

Política do Estado Mínimo

- Objetivo primordial do Estado mínimo é o de diminuir o aparato estatal, prevendo especialmente a concessão a entes privados da gestão de instituições e bens públicos.
- Os estatutos de servidores públicos são em geral omissos ou superficiais a respeito da prevenção de doenças e acidentes do trabalho, ainda que o Brasil seja signatário de diversas convenções e tratados internacionais sobre a manutenção de condições de trabalho favoráveis. Os interesses das entidades privadas se confundem com os da administração pública e atravancam os debates nos conselhos gestores.
- Não há transparência na gestão dos repasses de recursos, não raro as relações com as
 OSS envolvem corrupção e desvios de recursos públicos.
- Novas legislações impõem perdas acentuadas de direitos trabalhistas, dentre outros.
- Justiça precária ou injustiça em relação aos direitos dos trabalhadores.

Estrutura Inadequada das UBS

- Território maior que o previsto pela legislação que regulamente a APS.
- Subfinanciamento do SUS leva à falta de recursos para ampliação da estrutura da UBS e para aumento do número de equipes, bem como para a realização de atividades educativas e intersetoriais, que poderiam levar ao fortalecimento dos grupos sociais moradores dos territórios de abrangência das UBS.

Contradições na Implementação do SUS

- Troca constante de OSS que fazem a gestão da APS, por meio de novos contratos.
- Cultura de não reter usuários com problemas de saúde mental, com a APS encaminhando para CAPS e vice-versa. Profissionais dos CAPS muitas vezes causam desconforto entre as equipes, pois desqualificam os profissionais da APS.
- Alta rotatividade de profissionais. Um dos pontos destacados é que o matriciamento realizado pelo CRST é prejudicado devido à alta rotatividade e, como o CRST também não tem pessoal suficiente, apresenta dificuldade para acompanhar todas as equipes da região.
- Rotatividade de secretários municipais e prefeitos.
- Desvalorização social dos trabalhadores por trabalhar na APS.
- Os outros sistemas de monitoramento como Sífilis, HIV, TB têm prioridade em relação ao de saúde do trabalhador.

Monitoramento Insuficiente e Inadequado da Saúde dos Trabalhadores

- Áreas de abrangência da ESF se focalizam em territórios que apresentam evidentes vulnerabilidades sociais e epidemiológicas, o que aumenta a dificuldade de resolução dos casos.
- Profissionais pouco preparados e que não recebem capacitação específica para o trabalho adoecem ao se depararem com o cotidiano de vulnerabilidades dos territórios.
- Atestados com menos de 15 dias não são avaliados pela empresa, o que poderia ser uma fonte de proteção à saúde e prevenção do adoecimento dos funcionários.
- Falta de avaliação da atuação dos SESMTs, das OSSs atuantes na APS do município.
- Em UBS mistas (servidores estatutários e celetistas) o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) é realizado pela instituição contratada, porém os servidores municipais ficam de fora, pois a empresa alega que estes servidores não fazem parte do quadro de
- funcionários.
- O PPRA é uma avaliação de risco no ambiente de trabalho e todos os funcionários daquele estabelecimento apresentam o mesmo risco, independentemente da instituição contratante.
- O profissional responsável pelo PPRA deve comparecer anualmente nos locais de trabalho para verificar qualquer alteração e conversar com os trabalhadores, porém isso é muito difícil de acontecer.
- A equipe do SESMT n\u00e3o apresenta profissionais de sa\u00edde mental, ainda que grande parte das licen\u00e7as estejam relacionadas \u00e0 sa\u00edde mental.
- Os programas desenvolvidos de saúde dos trabalhadores da APS se focam na realização de exames periódicos e não existe um programa de acompanhamento para aqueles que adoeceram e retornam para o trabalho.
- Não existe uma equipe ou grupo de trabalho na SMS central para avaliar a saúde dos trabalhadores, tanto das instituições contratadas como as da PMSP.
- Falta nos relatórios de gestão a apresentação de indicadores como absenteísmo e presenteísmo.
- A avaliação do servidor público é realizada pela pasta de Gestão de Recursos Humanos e não na Secretaria Municipal de Saúde.

Políticas Internas

- Dificuldade de participar das reuniões de equipe, em favor de realizar procedimentos na UBS, o que acarreta prejuízo para a equipe.
- UBSs, com 12 horas de funcionamento e com poucas equipes de ESF, apresentam dificuldades para fazer revezamentos entre os auxiliares de enfermagem. Assim, os enfermeiros não encontram espaços para realizar o planejamento das ações das necessidades levantadas em reuniões de equipes.
- Absenteísmo alto dos funcionários, que não conseguem se organizar para dar conta das atividades no horário de trabalho e acabam levando tarefas para fazer em casa.
- Sobrecarga de trabalho de alguns profissionais devido ao adoecimento de outros.
- Algumas OSS não permitem a transferência de profissionais que não se adaptaram à Unidade, propondo somente a demissão como solução.

- Na UBS, os trabalhadores programam as atividades diárias, porém têm que deixar de fazer a programação para dar conta de imprevistos, o que aumenta as dificuldades para se apropriar do processo de trabalho.
- Pouco amparo das gerências das OSS ao trabalhador que está prestes a adoecer, na alocação das tarefas.
- Quando os funcionários se posicionam contra a gestão local sobre problemas para garantir a excelência do atendimento, geralmente são trocados de função, sendo substituídos por outros profissionais, que se submetem por medo de perder o emprego.
- Quando o funcionário sofre desgaste no trabalho, ele acaba diminuindo seu rendimento.
 Isso acarreta demissões ou transferência (no caso de servidor público) e não se avalia a origem da diminuição do rendimento, que via de regra está no próprio local de trabalho.
- Falta de organização dos processos de trabalhos, ocasionando a continuidade da jornada de trabalho no próprio domicílio.
- Ausência de planos de carreira nas instituições.

Assédio Moral

- Exposição de fragilidades de funcionários em reuniões, em relação ao não cumprimento de metas de produtividade (tanto na UBS como nas supervisões).
- Desrespeito de supervisores e apoiadores das OSS para com a gerência em relação ao cumprimento de metas.
- Pressão direta de apoiadores e supervisores de programas sobre funcionários, sem comunicação prévia com a gerência.
- Ameaças constantes de demissão, pela chefia imediata (Responsável Técnico ou Gerente) e/ou supervisor, ou apoiador da sede das OSS.
- Agressões não notificadas para a gerência, para evitar problemas devido ao medo de demissões.
- Aumento dos problemas de saúde mental, que têm acometido os trabalhadores em larga escala.

Metas de Produção

- Perda da qualidade na prestação de serviços, em função da preocupação dos trabalhadores para atingir a quantidade de procedimentos estabelecida pelas metas, evitando desgastes na relação com a gerência.
- Cobrança de cumprimento de metas inalcançáveis e burocratização exacerbada.
- Prazos curtos para alcance de metas complexas, o que leva o trabalhador a quadros de angústia, ansiedade e depressão.
- Manipulação de dados e outros problemas de não cumprimento de normas técnicas, que tornariam os processos mais lentos ou mesmo paralisariam atividades, como no caso da falta de materiais adequados para procedimentos técnicos.
- Falta de análise em relação às metas não alcançadas, que é apenas informada.
- Planejamento das atividades por metas de produtividade, com a adoção de formas de organização do trabalho voltadas a essas metas e não mais pela epidemiologia local.
- Manipulação de dados, tanto de profissionais como gestores, para não perderem o emprego.
- Não são aceitas justificativas para metas não cumpridas.

Contexto Violento no Trabalho

- Oferta de serviços de saúde menor que a necessidade da população gera conflitos verbais e físicos vindos dos moradores, que desejam ser atendidos nas suas necessidades e que compreendem atenção à saúde como consulta médica.
- Relações de trabalho emocionalmente instáveis que acabam gerando agressões verbais frequentes e mesmo afastamentos do trabalho.

Trabalho Alienado

- Falta de movimento de resistência, de ser solidário, de poder conversar em grupo para destacar os problemas.
- Movimentos de submissão levam ao aparecimento de doenças, ao contrário de movimentos de resistência e lutas que produzem fortalecimento.
- Número acentuado e crescente de manifestações de sofrimento psíquico (depressão, suicídios, dentre outros).

Despreparo para o Trabalho

- Falta de capacidade técnica dos gestores ou de outros encarregados que ocupam cargos de liderança. Muitos cargos são ocupados por profissionais que não conhecem as práticas em saúde e, neste sentido, não conseguem compreender as consequências de medidas burocráticas, como a de fechamento de salas de atendimento por falta de material esterilizado, por exemplo.
- Pouca valorização dos trabalhadores por gestores, bem como incômodos com trabalhadores que necessitam se ausentar para estudar, em cursos de especialização, mestrado ou doutorado. Também tem sido cada vez mais comum a não liberação pelas OSS e gestão para cursar mestrado e doutorado.
- Grande número de cursos e capacitações que não trazem mudanças na prática e que aumentam a sobrecarga do trabalho.
- Treinamentos e discussões dirigidos à finalidade de alcançar as metas e falta de avaliação das necessidades em saúde do território.
- Os gestores apresentam dificuldade para relacionar os problemas relativos às condições de trabalho com o adoecimento dos funcionários e atribuem desgaste ao comportamento individual, à vida pessoal (hipertensão arterial, problemas gástricos, depressão, dentre outros.).
- Muitas políticas públicas de saúde ainda não estão operacionalmente estruturadas em ações práticas organizadas no cotidiano de trabalho (política de saúde mental, LGBTQIA+, população negra). No entanto, gestores esperam que as equipes tenham bom desempenho, o que causa desgaste aos trabalhadores, que não se sentem preparados para desenvolver essas práticas.
- Fragilidade da articulação academia-serviço, o que poderia proporcionar respostas aos desgastes dos profissionais e ancorar a proposição de políticas na área.
- Falta de treinamento nos locais de trabalho, o que proporcionaria o encontro com a experiência cotidiana dos serviços.
- Os trabalhadores nem sempre receberam qualificação profissional para trabalhar na APS, que é complexa e abarca um conjunto considerável de atividades diversificadas.

Fonte: elaborado pela autora (2021)

Nesta fase, foi possível definir a questão norteadora da síntese, que derivou nas seguintes questões delineadas no grupo de trabalho: 1) Quais as estratégias a serem adotadas pela APS para transformar condições de trabalho dos trabalhadores que exercem atividades neste âmbito de atenção à saúde? e 2) Quais seriam as melhores estratégias a serem adotadas pelas políticas públicas para o fortalecimento dos trabalhadores da APS?

5.1.2 Instrumentalização teórico-metodológica: seminários temáticos

A fragmentação dos serviços e o tamanho e complexidade do município prejudicam a compreensão da realidade da saúde dos trabalhadores da APS. Dessa forma, além da análise dos temas, as oficinas permitiram compreender as necessidades de aprimoramento do grupo (Quadro 6). Dessa forma, foram programados seminários de instrumentalização. Os seminários foram abertos para pesquisadores e trabalhadores(as) de serviços de saúde, o que trouxe riqueza de experiências concretas ao grupo de trabalho. Os debates e a troca entre participantes proporcionaram maior aprofundamento, o que pode ser aquilatado pelo grau de complexidade das questões levantadas e da discussão realizada. Tal instrumentalização se mostrou fundamental para "amarrar" os conceitos às experiências dos participantes do grupo, conforme o pressuposto metodológico que orientou o trabalho da equipe.

Quadro 6 - Temas das oficinas de problematização e instrumentalização em saúde dos trabalhadores da AB

Temas levantados nas oficinas de problematização			
Fontes de desgaste	Proposta de fortalecimento Estratégias de fortalecimento dos trabalhadores		Temas dos Seminários
 Estrutura inadequada das UBS; Processos de organização do trabalho insuficientes; Políticas de Estado mínimo. 	 Proposta de fortalecimento por inserção no trabalho, com melhoria nas condições de trabalho: gestão local que articula os processos de trabalho às necessidades em 	trabalhadores: educação emancipatória; • Promover estratégias de educação permanente nas	 Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e políticas de proteção à saúde; Saúde do trabalhador: como fortalecer a luta.

 Metas de produção; Políticas internas não transparentes; Precarização de trabalho; Processo de trabalho inadequado; Trabalho alienado; Violência no local de trabalho; Assédio moral. 	Propostas de fortalecimento pela inserção de classe com organização dos trabalhadores: movimentos por direitos e de embate com a administração		 O trabalho sob tensão: a nova produtividade nas organizações;
---	--	--	---

Fonte: elaborado pela autora (2021)

A seguir, apresenta-se uma síntese dos destaques tratados nos seminários.

Seminário 1. "Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e políticas de proteção à saúde", coordenado pelo professor Francisco A. de Castro Lacaz, especialista na área da ST. Houve destaque para o aumento dos problemas mentais entre os trabalhadores e o despreparo das equipes de saúde da família para relacionar as doenças com os processos de trabalho. Discutiu-se a polivalência e a sobrecarga de trabalho das enfermeiras, que acabam tendo que responder pelos efeitos da alta rotatividade de médicos na APS. A não efetivação da Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores e a falta de atuação intersetorial no SUS ocasionam desarticulação institucional e fragmentação na área, prejudicando a atenção à saúde dos trabalhadores.

Seminário 2. "Saúde do trabalhador: Como fortalecer a luta?", coordenado por Mario Bonciani, do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde de São Paulo; Julia Lenzi Silva, Especialista em Direito do Trabalho e da Seguridade Social e Felipe Tomasi Cavalheri, do Sindicato dos Trabalhadores da USP. Os pontos mais destacados se referiram à falta de conhecimentos entre os trabalhadores dos seus direitos e a perversidade do sistema. O enfraquecimento dos sindicatos e sua importância no processo de defesa dos direitos trabalhistas. Além disso, discutiu-se a gradual perda dos direitos de proteção que a seguridade social oferece. Também se destacou que a suposta existência de um déficit nas contas do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) tem obrigado um número cada vez maior de potenciais segurados e seguradas a recorrer à justiça a fim de verem efetivados seu direito de proteção previdenciária.

Seminário 3. "O trabalho sob tensão: a nova produtividade nas organizações", coordenado por Leonardo Mello e Silva, professor de Sociologia do Trabalho. Houve destaque para a essência da tensão existente no atendimento da APS, identificada nas oficinas de problematização. Além disso, discutiu-se os efeitos sobre a saúde do modelo de exploração

capitalista neoliberal e da lógica privatista, responsáveis pela produção da precarização dos contratos de trabalho, sobrecarga de trabalho e falta de condições objetivas para o desenvolvimento das atividades.

5.1.3 Oficina sobre as ferramentas SUPPORT

Após os encontros temáticos de instrumentalização teórica e aprofundamento dos temas, realizou-se oficina de detalhamento da metodologia utilizada pela Rede Evipnet, com a finalidade de orientar a elaboração da síntese de evidência, visando à apropriação do método pelos participantes do grupo, conforme Apêndice B.

5.2 RESULTADOS RELATIVOS À ETAPA DE ELABORAÇÃO DE REVISÃO DA LITERATURA E SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS

Para a síntese de evidências, foram identificadas 383 revisões sistemáticas (foi utilizado o filtro para revisões, nas fontes que o disponibilizavam), sendo: 10 na Base Health Systems Evidence, 14 na Social Systems Evidence, 4 na *JBI Evidence Synthesis*, 2 na Cochrane Library, 28 no Scopus, 7 nas bases consultadas da BVS, 288 na PubMed, 3 na CINAHL, 7 na Embase, 3 na Web of Science, 2 na Rx for Change e 15 complementares.

Após a exclusão dos títulos duplicados, 352 artigos foram analisados. Após a leitura dos títulos, foram excluídos 205 artigos e, após a leitura dos resumos, foram excluídos outros 131, por não atenderem aos critérios de inclusão. Dos 16 artigos analisados na íntegra, 8 foram excluídos com justificativas (6 não apresentaram intervenções, 1 não apresentou eficácia na intervenção e 1 não estava relacionado ao problema). Oito revisões sistemáticas foram selecionadas para compor a síntese (Apêndice A).

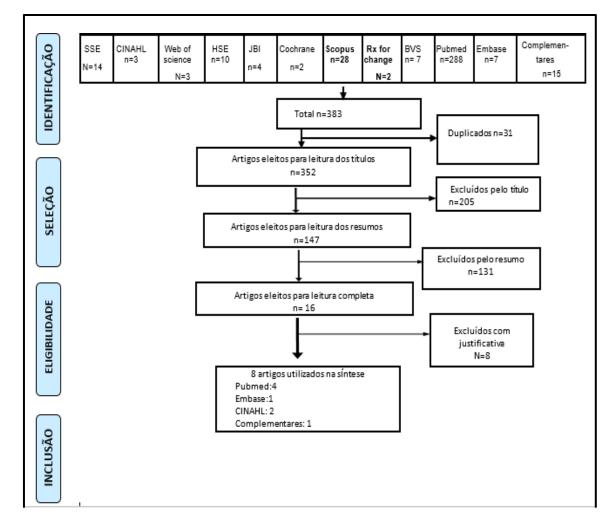


Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção das revisões para análise, atualizado em 2020

Fonte: Adaptado de Moher et al. (2009).

Os estudos incluídos (Apêndices C, D e E) ofereceram evidências para a formulação de três opções estratégicas para o enfrentamento do desgaste e dos potenciais de desgaste dos trabalhadores de saúde na APS.

As principais barreiras para a implementação das opções estabelecidas pela síntese foram discutidas. As principais barreiras foram levantadas na problematização e adensadas pela literatura. Também foram discutidas as considerações sobre equidade que envolvem a implementação das opções elaboradas.

Os resultados da avaliação da qualidade metodológica, feita por meio da ferramenta AMSTAR, também são apresentados nos Apêndices. Das 8 revisões sistemáticas, 2 foram consideradas de alta qualidade, 2 de média qualidade e 4 de baixa qualidade.

O Quadro 7 apresenta as opções elaboradas e os fundamentos de cada uma.

Quadro 7 - Opções, mensagens-chave, considerações para implementação e equidade da Síntese de evidências para políticas de saúde do trabalhador da APS: opções para supervisões de saúde, atualizado em 2021.

Opções	Mensagens-chave	Considerações para implementação Barreiras/facilitadores	Considerações para equidade
Opção 1. Estabelecer programa multiprofissional de prevenção e monitoramento de problemas de saúde (desgaste) para trabalhadores da APS vigilância tradicional à saúde.	Esta opção foi estabelecida nos moldes da vigilância tradicional a problemas de saúde instalados (desgaste) e se filia à abordagem da Saúde Ocupacional: baseia- se em ampliar as notificações de agravos de saúde; capacitar gerentes/coordenadore s em classificação de risco e desenvolver grupos de acompanhamento para trabalhadores com os problemas de saúde identificados.	Problemas/barreiras: Desconhecimento dos direitos trabalhistas pelos trabalhadores da administração direta. Desconhecimento da área de ST pelos profissionais que atendem os trabalhadores. Subnotificação dos problemas de saúde dos trabalhadores contratados pelos OSS. Ausência de ações coordenadas e de integração intersetorial na área de saúde do trabalhador.	os profissionais de saúde contratados pelas OSS, uma vez que todos os trabalhadores são
Opção 2. Adotar um protocolo de gestão e acompanhamento de trabalhadores da APS que retornam para o trabalho, após afastamento por problema de saúde (desgaste): reabilitação tradicional à saúde.	Esta opção foi estabelecida nos moldes da reabilitação tradicional dirigida a problemas de saúde (desgastes) já instalados, filiando-se à abordagem da saúde ocupacional: baseia-se em realizar a gestão de trabalhadores que retornam para o trabalho após licença médica, com avaliação e acompanhamento da capacidade laborativa.	identificar, atender e encaminhar os trabalhadores de saúde quanto às necessidades em ST. Programas de tratamento	A gestão de trabalhadores que retornam para o trabalho após licença médica deve assegurar o direito de todos os trabalhadores à avaliação e acompanhamento, o que é de responsabilidade do poder público igualmente para servidores municipais e terceirizados.

Opções	Mensagens-chave	Considerações para implementação Barreiras/facilitadores	Considerações para equidade
Opção 3. Desenvolver práticas em saúde voltadas para a organização do trabalho tendo como finalidade o fortalecimento dos trabalhadores da APS: práticas inovadoras em saúde do trabalhador.	Esta opção foi estabelecida visando aperfeiçoar os potenciais de fortalecimento no trabalho, em contraposição aos potenciais de desgaste dos trabalhadores e se filia à abordagem da Saúde do Trabalhador: baseia-se em apoiar a participação das equipes de trabalho na definição de proposta de aperfeiçoamento dos processos de trabalho.	trabalhadores. Facilitadores: As mudanças organizacionais dos processos de trabalho em saúde podem ser potencializadas por	Desenvolver práticas inovadoras fortalecedoras, respeitando a igualdade, demanda que todos os trabalhadores sejam convidados a participar da discussão e da elaboração conjunta do projeto de transformação das formas de organização do trabalho.

Fonte: elaborado pela autora (2021)

Opção 1. Estabelecer programa multiprofissional de prevenção e monitoramento de problemas de saúde (desgaste) para trabalhadores da APS: vigilância tradicional à saúde.

Três revisões sistemáticas possibilitaram delinear esta opção, sendo uma de qualidade metodológica moderada (Duhoux et al.,2017) e duas de baixa qualidade (Paris, Hoge, 2010; Awa, Plaumann, Walter, 2010).

Esta opção foi estabelecida nos moldes da vigilância tradicional a problemas de saúde instalados (desgaste) e se filia à abordagem da Saúde Ocupacional: baseia-se em ampliar as notificações de agravos de saúde, capacitar gerentes/coordenadores em classificação de risco e desenvolver grupos de acompanhamento para trabalhadores com os problemas de saúde identificados.

A revisão concluiu que o formato grupal da intervenção foi útil para combater o isolamento e o desgaste do profissional da saúde, reduzindo quadros de *burnout*. Em um dos estudos empíricos incluídos na referida revisão, verificou-se que a intervenção teve um impacto positivo na despersonalização e que, após o grupo ter recebido treinamento (após seis encontros mensais), o *burnout* diminuiu de um nível médio a alto para um nível médio a baixo e este efeito persistiu no seguimento de 18 meses (Paris, Hoge, 2010).

A revisão verificou que cerca de 82% das intervenções de caráter individual, tais como treinamento cognitivo-comportamental, psicoterapia, aconselhamento, treinamento adaptativo de habilidades, comunicação, treinamento de habilidades e apoio social levaram à redução significativa do esgotamento ou a mudanças positivas nos fatores de risco, com duração de até 6 meses após a intervenção (Awa, Plaumann, Walter, 2010).

A revisão que analisou os efeitos de uma única intervenção, com foco em redução de *burnout* ou estresse em indivíduos ou grupos, identificou em quatro de sete estudos que todas as intervenções giravam em torno de meditação de atenção plena ou de técnicas cognitivo-comportamentais. Técnicas cognitivo-comportamentais em particular mostraram ter efeitos mais abrangentes sobre *burnout* e estresse, em relação a outras intervenções de cunho individual. Apesar disso, abordagens de meditação de atenção plena podem também ser efetivas para gerenciamento do estresse, especialmente quando combinadas com técnicas de reavaliação cognitiva (Duhoux et al.,2017).

Opção 2. Adotar um protocolo de gestão e acompanhamento de trabalhadores da APS que retornam para o trabalho, após afastamento por problema de saúde (desgaste): reabilitação tradicional à saúde.

Esta opção foi estabelecida nos moldes da reabilitação tradicional dirigida a problemas de saúde (desgastes) já instalados, filiando-se à abordagem da saúde ocupacional: baseia-se em

realizar a gestão de trabalhadores que retornam para o trabalho após licença médica, com avaliação e acompanhamento da capacidade laborativa.

A revisão destaca que a porcentagem dos profissionais médicos que participam de programas de reabilitação de uso de substância (da língua inglesa, *substance use disorders* - SUDs) e retornaram à prática, com monitoramento, foi de cerca de 70%. (Weenink, et al., 2017).

A revisão forneceu evidências de que programas de tratamento de tuberculose e HIV para os profissionais de saúde devem garantir: envolvimento significativo no programa pelos profissionais, ou supervisão do programa por um comitê com as várias partes interessadas; a remoção de barreiras ao acesso; a confidencialidade de testes; a minimização de estigma; conveniente localização e integração aos programas de tuberculose e outros serviços de tratamento, bem como suficiente apoio e oferta de recursos de forma a garantir o sucesso (Yassi et al., 2013).

Opção 3. Desenvolver práticas em saúde voltadas para a organização do trabalho tendo como finalidade o fortalecimento dos trabalhadores da APS: práticas inovadoras em saúde do trabalhador.

Esta opção foi estabelecida visando aperfeiçoar os potenciais de fortalecimento no trabalho, em contraposição aos potenciais de desgaste dos trabalhadores e se filia à abordagem da Saúde do Trabalhador: baseia-se em apoiar a participação das equipes de trabalho na definição de proposta de aperfeiçoamento dos processos de trabalho.

A revisão observou que as intervenções para reduzir o *burnout* dirigidas à organização do trabalho estavam associadas a melhores efeitos do tratamento, em comparação com as intervenções dirigidas ao profissional individualmente (profissional médico). As intervenções mostraram maior eficácia na redução de *burnout* para médicos mais experientes na atenção primária, quando comparados a médicos recém-formados (Panagioti et al., 2017).

A revisão também concluiu que os programas de intervenções organizacionais como reestruturação do processo de trabalho, avaliações de desempenho do trabalho, reajustes de turnos de trabalho e avaliação do trabalho foram geralmente úteis na redução do esgotamento. Cerca de 80% de todos os estudos mostraram efeitos positivos sobre o esgotamento (Awa, Plaumann, Walter, 2010).

Da mesma maneira, a revisão chegou à conclusão de que a intervenção participativa de curto prazo foi bem-sucedida em melhorar significativamente a clareza, carga de trabalho, trabalho em equipe e desenvolvimento profissional. A intervenção de prevenção à violência melhorou a segurança no local de trabalho, aumentando conscientização, prevenção e habilidades para gerenciar situações de violência (Schalk et al., 2010).

A revisão refere que para manter uma equipe de profissionais da saúde com número adequado de trabalhadores e evitar a alta rotatividade, os serviços de saúde podem estabelecer:

1) horário adequado de forma a minimizar o esgotamento e a insatisfação profissional; 2) infraestrutura apropriada e adequada para proporcionar um serviço de qualidade (considerar os locais de difícil acesso e clima e estrutura de habitação adequada; 3) manutenção de remuneração realista e competitiva; 4) promover organização no local de trabalho; 5) moldar o ambiente profissional que reconhece e recompensa indivíduos com significativa contribuição para o atendimento ao paciente; e 6) garantia de apoio social, familiar e comunitário: atender às necessidades e satisfação de outros membros da família é um aspecto importante do equilíbrio entre vida profissional e pessoal (Buykx et al., 2010).

5.3 RESULTADOS RELATIVOS À ETAPA DO DIÁLOGO DELIBERATIVO

O Quadro 8 mostra de forma sintética os temas e subtemas da análise de conteúdo realizada. Parte importante se concentrou na discussão sobre a predominância do modelo biomédico de atenção à saúde do trabalhador presente tanto em sua dimensão teórica, que embasa a construção de programas e políticas, quanto na dimensão operacional, que diz respeito às ações desenvolvidas. Tal modelo se pauta no referencial da SO, que se restringe a identificar e analisar a relação direta entre exposição a riscos e adoecimento.

Os participantes discutiram a limitação dessa abordagem, que dirige inclusive as ações de vigilância e de reabilitação dos trabalhadores e que desconsidera a relação entre organização dos processos de trabalho e adoecimento, mascarando os elementos estruturais que estão na raiz do desgaste, tais como alienação do processo de trabalho, ausência de participação política, divisão social do trabalho, lógica empresarial das ações em saúde do trabalhador, dentre outros. Nesta perspectiva, a discussão trouxe à tona outra dimensão importante, a política, expressa na crítica à lógica privada de organização das ações em saúde do trabalhador e nas diferentes formas de contratos de gestão.

Por fim, os participantes levantaram propostas de superação por meio da inclusão da dimensão política nos debates, visando o fortalecimento dos trabalhadores e objetivando promover mudanças nas formas de organização, nos processos e nas condições de trabalho. O debate político incluiria as oficinas emancipatórias e o desenvolvimento de um observatório para discutir os processos de trabalho e o seu sentido, além de instrumentalização dos trabalhadores para participação nos processos decisórios e na implementação de políticas e

legitimação dos espaços de participação como os sindicatos.

Quadro 8 - Temas e subtemas da análise de conteúdo realizada

Temas	Subtemas	Conteúdos Representativos		
Dimensão teórica: predomínio da perspectiva biomédica para explicar os	Desconhecimento do referencial da Determinação Social da Saúde.	 Existe dificuldade de entendimento do conceito de determinação social que norteia esta síntese de evidência. Tanto o sistema de saúde, através da prestação de serviços, quanto os que nele trabalham não têm familiaridade com a explicação. O desenho do problema está albergando vários elementos: subnotificação, dificuldade de articulação da APS com o Centro de referência de Saúde do trabalhador (CEREST) e crítica do predomínio da perspectiva estritamente biomédica, que desconsidera a conexão social entre relações de produção, formas de organização do trabalho, processo de trabalho e processo saúdedoença. 		
problemas de saúde dos trabalhadores.	"Mascaramento" da divisão social pela divisão técnica do trabalho.	 A divisão social e técnica do trabalho é escamoteada nas discussões e na legislação sobre a saúde dos trabalhadores. As manifestações dessa divisão são, no entanto, concretas. Por exemplo, o profissional médico chega a receber de 10 a 12 vezes mais que um ACS. Ainda que haja desgaste no trabalho médico, as possibilidades de fortalecimento são maiores, pois há mais ofertas de emprego para médicos, maiores possibilidades de mudanças de emprego, dentre outros. 		
Dimensão operacional: predomínio da perspectiva biomédica na operacionalização das ações em saúde do trabalhador.	Fragmentação e desarticulação dos serviços.	• A organização do SUS em teoria recebeu influência da compreensão da determinação social da saúde, que esteve presente na disputa das diretrizes que o fundamentam, mas na prática prevalece a fragmentação e a falta de integração dos serviços de saúde, sendo o financiamento do SUS o desencadeador da fragmentação dos sistemas.		
	Ações voltadas para a Saúde Ocupacional (SO).	 Mesmo que, em teoria, as estruturas do SUS tenham se erguido sob os fundamentos da ST, as práticas estão voltadas para a SO. A SO apresenta limites, já que o trabalho prestado pelos trabalhadores da AB requer tecnologia sofisticada, que exige de cada trabalhador a mobilização de muitos recursos cognitivos e emocionais para resolução de problemas, que são de natureza complexa. 		

Temas	Subtemas	Conteúdos Representativos		
	Vigilância em saúde do trabalhador focado no adoecimento.	• Os trabalhadores estão adoecendo e o monitoramento é feito se considerando exclusivamente a dimensão fisiológica, por meio de exames laboratoriais, e mental, por meio de questionários. Mas tais medidas não resolvem os problemas, pois se está focando novamente no resultado, no trabalhador exposto a situações adversas à sua saúde.		
Dimensão política: a organização das	Órgãos técnicos organizados pela lógica empresarial.	 Existe um viés na organização da representação dos trabalhadores no aparato institucional, pois a governança das questões da ST na AB remete à lógica do setor privado. Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) não apresentam um núcleo técnico da produção do conhecimento concreto em ST e defendem os interesses do empresariado. As informações ficam invisíveis, pois elas são mascaradas por esse núcleo. Na atenção em saúde dos trabalhadores na AB, predominam para os trabalhadores terceirizados das OSS os SESMT, totalmente corporativos, com médico e engenheiro de segurança na reduzida equipe, e para os servidores públicos, o Departamento de Perícia Médica, modelo de tratamento preocupado primordialmente com afastamentos e com insalubridade e não com a perspectiva da ST. Também não apresenta caráter multiprofissional. 		
ações em saúde do trabalhador obedece a lógica privada.	Enfraquecimento ou ausência de participação do trabalhador nas decisões.	• É necessário questionar o sistema de tutela em ST existente no país, que privilegia o domínio e a perspectiva do gestor (público e privado), em detrimento da participação e da perspectiva do trabalhador.		
	Predomínio da lógica empresarial na vigilância em saúde do trabalhador.	• O sistema de tutela da saúde do trabalhador pressupõe o ocultamento de acidentes e doenças, garantindo os interesses do empregador. A subnotificação é crônica e não por acaso, já que existe essa intencionalidade. É o empregador e em grande parte os gestores que emitem a notificação de acidentes de trabalho nos setores privado e público. O INSS legitima isso no setor privado e a Coordenação de Gestão de Saúde do Servidor (COGESS) da SMS legitima no setor público. Ambos perpetuam a visão compatível com o pensamento hegemônico de que se deve analisar caso a caso e a prova fica a cargo do trabalhador, o que dificulta a análise do fenômeno na totalidade, inviabilizando o desenho de intervenções no coletivo.		
Dimensão política: dificuldade em lidar com trabalhadores	Diferentes contratos de gestão impactam de forma diversa a	• Uma falha grave é que, no processo de gestão, não se mencionam as políticas internas de RH, o que traz dificuldades para que o município possa interferir, pois		

Temas	Subtemas	Conteúdos Representativos
em diferentes contratos de gestão.	saúde do trabalhador.	não estando no contrato, não há governabilidade para fazer modificações. Trabalha-se com profissionais de diferentes contratos (municipalizados, terceirizados, OSSs) e é muito difícil pensar em formas de operacionalizar esse controle para atender às necessidades dos trabalhadores. • A desvalorização da AB, a não permanência dos trabalhadores das OSS, a competição entre OSS que apresentam propostas de salários diferentes, faz com que não haja uma gestão única do sistema no nível municipal, pois há vários empregadores competindo pelos trabalhadores, com políticas salariais diferentes e sem programa de carreira. • Os contratos de gestão não têm uma pauta de saúde do trabalhador e tratam meramente de número e entrega de produção, independente se a pessoa apresenta uma boa condição de saúde. Os agentes comunitários de saúde, por exemplo, que sofrem por questões emocionais, relutam em se afastar, pois se o caso evoluir para afastamento pelo INSS, terão dificuldades com o provimento da família.
	Superação do modelo tradicional de vigilância.	 É necessário que na estrutura do SESMT e CIPA se pense em espaços em que haja a representação de trabalhadores. A participação do trabalhador deve estar incluída dentro dessa perspectiva da atenção, monitoramento e vigilância em saúde. Devem ser incorporados nos indicadores da vigilância o monitoramento dos potenciais de desgaste e fortalecimento do trabalho, envolvendo os trabalhadores neste processo.
Dimensão política: necessidade de mudança do modelo de atenção em saúde do trabalhador.	Superação do modelo tradicional de reabilitação.	• É necessário que no processo de reabilitação dos trabalhadores se leve em consideração: a) as dimensões pessoais de enfrentamento do profissional adoecido; b) os aspectos emocionais, físicos e de relações sociais para que o indivíduo se recupere dentro de uma rede que lhe dê suporte; c) o sistema de saúde com sua compreensão e manejo de prevenção e manutenção da saúde; d) o local de trabalho, que inclui as diferentes formas de organização do trabalho dentro do setor, citando-se aqui principalmente em relação ao setor público; e e) o sistema legislativo, quanto a suas normas dentro do sistema de saúde e da prefeitura, destacando-se as perícias como possíveis componentes na ampliação do adoecimento desses trabalhadores, visto a forma reduzida em se pensar saúde nesses locais.

Temas	Subtemas	Conteúdos Representativos		
Apoio à superação: mudança da organização dos processos de trabalho visando o fortalecimento dos trabalhadores.	Trabalhadores devem ser instrumentalizados para participação política.	 Os trabalhadores devem ser fortalecidos. Se eles não puderem notificar seus adoecimentos e suas doenças, seus acidentes, será mantido o modelo biomédico de lógica privada. Não há discussão possível dentro dessa estrutura que existe no sistema de tutela de saúde do trabalhador, em que a lógica do setor privado foi totalmente incorporada no setor público. Os trabalhadores devem se sentir empoderados para conseguirem de fato reorganizar o processo de trabalho. Deve acontecer a formalização dessa reorganização de trabalhadores Atualmente, existe uma hierarquização interna que divide diferentes categorias profissionais, o que tem trazido uma grande competitividade e, para alcançar tais objetivos, profissionais levam trabalho para casa, submetem-se a horas trabalhadas sem registros. Isso acaba dificultando a mobilização coletiva entre profissionais de uma mesma categoria. Existe um medo de perder o emprego ou oportunidade de crescimento. Os trabalhadores se submetem a trabalhar com condições de risco. Faz-se importante a capacitação dos gestores e sensibilização dos trabalhadores, inclusive daqueles que não adoeceram, até como fortalecimento destes, sempre com o objetivo de fortalecer e organizar o processo de trabalho. Que isso seja oficializado pelas lideranças. Existe um número muito grande de problemas, principalmente relacionados ao sofrimento psíquico, entre os trabalhadores da saúde. É o momento de se tentar organizar o movimento sindical para criação de protocolos para coletivização das queixas, assim se pode fazer uso de outros instrumentos para a avaliação. Em um plano individual não se obtêm sucesso. É imprescindível a valorização da articulação de sindicato para articular a coletivização destes sofrimentos e estipular estratégias institucionais para mudar este quadro grave. Falta a consideração de um determinante fundamental, que é a participação dos trabalhadores, especialmente as suas representações, no processo de gestão. Os grandes sistemas de gest		

Temas	Subtemas	Conteúdos Representativos
	Legitimação de espaços de escuta e de participação.	• A relação da APS com o CEREST (Zona Sul da cidade de São Paulo) foi muito próxima há anos atrás, em que eram realizados matriciamentos constantes. Essa forma de trabalhar estabeleceu um modelo de cuidado em rede que era capaz de fortalecer o trabalhador, principalmente no que dizia respeito à violência. Atualmente, o trabalhador não tem esse apoio legitimado, a não ser por pequenos grupos de apoio, pois não há espaços maiores de diálogo.
	Importância da reflexão sobre o processo de trabalho e sobre o sentido do trabalho.	• Quando o trabalhador pode decidir e compreender o que está fazendo, o trabalho adquire mais sentido, o trabalhador deixa de fazer por fazer. Trabalhar na área assistencial é desgastante, porém quando existe um sentido, o trabalhador se fortalece. O problema é que para a maioria não existe um sentido. Hoje se trabalha apenas para se manter.
	Necessidade de mudanças políticas profundas que exigem mobilização sindical e social.	 Os processos de mudança devem passar por processos de coletivização e articular intervenções, sejam de ordem econômica, do Ministério do Trabalho, do Ministério da Saúde ou processos judiciais. Os sindicatos devem se mobilizar para estratégias de coletivização que gerem mudanças estruturais, para transformar o grave contexto atual. Discute-se a construção de um processo coletivo de trabalho. Para isso, são necessárias mudanças que dependem de mudanças políticas em todas as esferas (locais, municipais, estaduais, federais), que devem contemplar plano de carreira, formação adequada, resgate do sentido do trabalho e a voz do trabalhador sendo valorizada. São necessárias mudanças estruturais que dependem de políticas públicas atreladas a opções políticas. Deve-se explicitar a falta de valorização dos conselhos gestores, onde os trabalhadores teriam o espaço de 25%, para discussão sobre a questão do ST (lei 8.142). Este debate está quase que inexistente, como também a participação das organizações sindicais.
	Educação permanente por meio de oficinas emancipatórias e observatório como instrumento potente de transformação.	• A mudança da organização dos processos de trabalho deve passar por processos de educação permanente, que permitam identificar a relação do adoecimento com a organização do trabalho e implementar as formas de enfrentamento. Os trabalhadores precisam conhecer os instrumentos de reivindicação. As oficinas emancipatórias permitem explicitar o objeto de trabalho, discutir a realidade, realizar uma construção coletiva e pensar em possibilidades de superação, envolvendo os próprios sindicatos, para intervir nas raízes dos problemas. Com a educação permanente, pode-se

Temas	Subtemas	Conteúdos Representativos					
		discutir a notificação do adoecimento e dos acidentes, a vigilância para potenciais fortalecimentos de desgastes e a relação desses elementos com a organização do trabalho, inclusive para receber o trabalhador que passou pela reabilitação. Essa questão do observatório também é muito importante, é um local de espaço e trabalho coletivo com múltiplos olhares, em que o conhecimento é sistematizado e se pode estabelecer a vigilância e o monitoramento das condições de trabalho e adoecimento.					

Fonte: elaborado pela autora (2021)

Uma das atividades da equipe do CRST, a de matriciamento das equipes de APS, ainda não está estruturada devido à alta rotatividade de profissionais de APS e ao número insuficiente de profissionais para realizar as ações de matriciamento (Gaiotto, Godoy-Vieira, Soares, 2018).

5.3.1 Avaliação do Diálogo Deliberativo

Ao final do DD, solicitou-se aos participantes que avaliassem o encontro, por meio de formulário disponibilizado pela EVIPNet- Brasil (Anexo 2). A avaliação do diálogo deliberativo foi realizada por 11 participantes (69%) e 7 ouvintes (70%). Os resultados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Avaliação do Diálogo Deliberativo por participantes e ouvintes. São Paulo, 2020

	Participantes			Ouvintes		
Questões de Avaliação	Sim n %	Não n %	Mais ou menos n %	Sim n %	Não n %	Mais ou menos n %
1. As informações apresentadas durante a reunião foram suficientemente esclarecedoras?	11 (100%)	0	0	7 (100%)	0	0
2. Foi dada liberdade para todos os participantes se expressarem?	11 (100%)	0	0	7 (100%)	0	0
3. O tempo para realização do diálogo foi suficiente?	10 (90,9%)	0	1 (9,1%)	6 (85,7%)	0	1 (14,3%)

	Participantes			Ouvintes		
Questões de Avaliação	Sim n %	Não n %	Mais ou menos n %	Sim n %	Não n %	Mais ou menos n %
4. O Diálogo Deliberativo trouxe subsídios importantes para implementação de programas/políticas de saúde?	10 (90,9%)	0	1 (9,1%)	6 (85,7%)	0	1 (14,3%)
5. Os convidados representavam todas as partes interessadas no problema?	5 (45,5%)	1 (9%)	5 (45,5%)	6 (85,7%)	0	1 (14,3%)

Fonte: elaborado pela autora (2021)

Dentre os comentários da questão aberta, avaliou-se que:

- Tanto participantes quanto ouvintes consideraram que o DD propiciou um espaço acolhedor, esclarecedor e de muito aprendizado;
- Houve destaque para a escolha dos participantes, considerada muito positiva, na medida em que todos trouxeram contribuições relevantes para enriquecer o problema, sendo os depoimentos dos trabalhadores considerados muito importantes;
 - Um dos participantes relatou que o DD é um método participativo interessante;
- Como crítica, foi apontada a pouca participação de profissionais da APS, de representantes sindicais de trabalhadores da administração direta, de integrantes do Conselho Municipal da Saúde e da Comissão de Saúde da Câmara Municipal, o que está de acordo com as respostas à questão 5, dividida entre sim e mais ou menos, obtendo ainda uma resposta negativa.
- Considerações para a Implementação. São trabalhadas as barreiras de implementação para cada opção, como também as possíveis estratégias para o enfrentamento da mesma. Após o diálogo deliberativo, será sugerido para o Núcleo de Evidência em Saúde do Instituto de Saúde, em conjunto com a SMS e a EEUSP, escolher a melhor forma de implementá-la e acrescentar eventuais barreiras que antes não tenham sido definidas.
- Monitoramento e Avaliação. O termo monitoramento é frequentemente utilizado para descrever o processo de coleta sistemática de dados, para informar os formuladores de políticas, gerentes e outros interessados se uma nova política ou programa estão sendo implementados de acordo com suas expectativas. Os indicadores são usados para o monitoramento com o objetivo de determinar, por exemplo, se os objetivos foram alcançados ou se os fundos alocados foram usados adequadamente.

6 DISCUSSÃO

Este capítulo discute as oficinas de problematização, a síntese de evidência e as resoluções do Diálogo Deliberativo.

6.1 OFICINAS DE PROBLEMATIZAÇÃO

Para definir o problema, vários elementos foram considerados pelo grupo, dentre eles dados epidemiológicos que mostram a sua envergadura. Resumidamente, destaca-se que no Brasil foram contabilizados 574.050 acidentes de trabalho e 1.989 mortes em 2017 e que o país ocupa o quarto lugar no *ranking* das nações que mai6 registram mortes durante atividades laborais, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, Tailândia e China (ILO, 2017).

Observe-se que na Prefeitura Municipal de São Paulo os dados disponíveis não estão caracterizados para compreender o problema na especificidade dos setores, o que invisibiliza os problemas de Saúde do Trabalhador nos diferentes setores e, como consequência, os gestores apresentam dificuldade para se apropriarem da situação e discutirem possíveis soluções (Gaiotto, Godoy-Vieira, Soares, 2018).

Para a definição do problema, foi imprescindível considerar o contexto político e sua repercussão no SUS. Tanto trabalhadores da saúde, quanto representantes da sociedade civil organizada, deparam-se com o desmonte da ST, por meio de medidas restritivas e de supressão de direitos, como as decorrentes do fechamento do Ministério da Previdência Social (Brasil, 2016), da Reforma Trabalhista (Brasil, 2017), da instabilidade do Ministério do Trabalho (fechamento em 2019 e reabertura em 2021) (Brasil, 2019, Brasil, 2021), da reforma da Previdência Social (Brasil, 2019), da Emenda Constitucional 95/16 que congela os gastos com saúde por 20 anos (Brasil, 2016), dentre tantos outros retrocessos políticos que o país vem sofrendo nos últimos anos. Além disso, neste contexto neoliberal, é crescente o enfraquecimento da participação dos sindicatos nos acordos coletivos e mudanças nas normas regulamentadoras (Marcelino, Carreira, 2020).

Ainda em direção à definição, considerou-se elementos da gestão. Para os gestores, é crítica a ausência de uma equipe ou grupo de trabalho na SMS incumbida do aperfeiçoamento dos serviços de saúde, por meio de levantamento de necessidades e implementação de ações em resposta a elas. Hoje, a gestão não dispõe de núcleo de trabalho de caráter participativo, composta de gestores, trabalhadores e pessoas-chave, que se concentre em desenvolver estratégias eficientes, comunicação transparente e que se reúna periodicamente, para apoiar os

trabalhadores no enfrentamento dos potenciais de desgaste no trabalho, no desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes de AB e na elaboração e implementação de propostas de mudanças substanciais nas formas de organização, condições e processos de trabalho.

O problema se desdobra também na área acadêmica, dado que as pesquisas, especialmente no âmbito internacional, são predominantemente voltadas para a Saúde Ocupacional, havendo poucos desenvolvimentos na área de Saúde do Trabalhador (Gaiotto, Godoy-Vieira, Soares, 2018).

Nota-se aumento do número de licenças médicas, de aposentadoria por invalidez e demissões, como é o caso dos trabalhadores que são contratados por instituições privadas de prestação de serviço. Destaca-se também a alta rotatividade dos trabalhadores e a ausência de mecanismos de incentivo à permanência para os profissionais que atuam em territórios de alta vulnerabilidade social (Gaiotto, Godoy-Vieira, Soares, 2018).

As empresas do contrato de gestão da PMSP realizam as eleições da CIPA anualmente, para todos os serviços de saúde de que são responsáveis. Os representantes atuam preventivamente contra as condições de risco no ambiente de trabalho, além de exercerem as funções para as quais foram contratados, são responsáveis pela realização da Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT) e apresentam estabilidade de 2 anos na empresa (Gaiotto, Godoy-Vieira, Soares, 2018).

O profissional habilitado para o desenvolvimento do PPRA nas empresas de saúde deve ativamente realizar visitas às Unidades Básicas de Saúde (UBS), conversar com os trabalhadores e alterar o PPRA quando houver necessidade. Um dos problemas identificados se relaciona ao caso de UBS mistas (servidores estatutários e celetistas), pois os servidores municipais ficam fora do programa. Trata-se de distorção que necessita ser corrigida, pois no PPRA devem constar todos os funcionários (Gaiotto, Godoy-Vieira, Soares, 2018).

Uma das atividades da equipe do CRST, a de matriciamento das equipes de AB, ainda não está estruturada devido à alta rotatividade de profissionais de AB e ao número insuficiente de profissionais para realizar as ações de matriciamento (Gaiotto, Godoy-Vieira, Soares, 2018). "O processo de habilitação e de reabilitação profissional do beneficiário será desenvolvido por meio das funções básicas de: "I - avaliação do potencial laborativo;" [...] II - orientação e acompanhamento da programação profissional" (Brasil 1999). Quando uma unidade de saúde apresenta um alto número de atestados de trabalhadores em determinado cargo, é função do SESMT ir até o local e reavaliar o PPRA e verificar como está a dinâmica do processo de trabalho e discutir sugestões de alterações. Especialistas em reunião sobre o tema mostram sua

preocupação de que isto não esteja acontecendo na prática (Gaiotto, Godoy- Vieira, Soares, 2018).

O SESMT não comporta profissionais de saúde mental, o que é apontado como falha, pois as licenças médicas por problemas de saúde mental vêm aumentando e o SESMT não está preparado para realizar treinamento para atender este tipo de demanda (Gaiotto, Godoy-Vieira, Soares, 2018).

6.2 SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS

Esta síntese apresenta as melhores evidências disponíveis em saúde do trabalhador da APS, valendo-se de três opções para enfrentar o problema do desgaste e dos potenciais de desgaste dos trabalhadores, e discutindo as principais barreiras para as suas implementações, bem como as implicações de equidade das opções elaboradas.

A área de saúde do trabalhador analisa os problemas de saúde dos trabalhadores a partir da análise de conflitos referentes ao sistema de saúde e aos advindos da relação capital-trabalho. Neste processo, a classe trabalhadora é expropriada de conhecimento e, portanto, os trabalhadores ainda não se constituem em interlocutores. Há a necessidade de conduzir processos de formação que possibilitem uma atitude compreensiva dos contextos e das reais possibilidades de ação/transformação (Pinto, Albertine, Murakami, 2016).

A implementação das opções de políticas deve levar em consideração que os problemas de saúde podem afetar de forma desproporcional determinados grupos da sociedade e que os benefícios, danos e custos podem variar entre os grupos. Apesar de se tratar de uma síntese de evidências voltada para a cidade de São Paulo, as considerações aqui apresentadas são resultado de uma tempestade de ideias e avaliações entre os componentes da equipe que conhecem bem a realidade local.

Broto e Dalbello-Araújo (2012) destacam que, na concepção de gestores envolvidos na discussão sobre o adoecimento dos trabalhadores e na construção de estratégias que funcionem como alternativas a tal cenário, há por vezes a naturalização do processo de adoecimento dos trabalhadores do setor saúde, o que por sua vez revela que o máximo que se poderia fazer em termos de saúde dos(as) trabalhadores(as) seria manejar este desgaste, minimizando seus impactos (Castro, 2003; Broto, Dalbello-Araújo, 2012); Soares et al (2018). A análise dos processos de desgaste geralmente é feita responsabilizando os(as) trabalhadores(as) pelo manejo de seus estados mentais e de suas relações no trabalho, como se

fossem problemas exclusivamente de ordem intrapsíquica (Bernardo, Garbin, 2011; Soares et al, 2018).

No campo da ST, existem práticas sendo propostas, visando resgatar analiticamente a essencialidade histórica do trabalho, para retomar criticamente os seus sentidos positivos para as sociedades humanas e procurando esclarecer como o capitalismo os destrói. As oficinas emancipatórias conformam dessa forma um processo educativo cuja finalidade é fortalecer os(as) trabalhadores(as) da área da saúde, na medida em que neste processo os participantes apreendem a realidade a partir de seus elementos concretos, revendo concepções prévias (preconceitos, conservadorismo, etc.), que estão na base das cruéis exigências do trabalho, sob a égide do capitalismo, dificilmente cumpridas sem o desgaste dos(as) trabalhadores(as) (Almeida, Trapé, Soares, 2013; Soares et al., 2018).

As opções apresentadas não precisam necessariamente ser implementadas de forma conjunta e completa. A aplicação prática deve considerar a viabilidade local, inserindo-se na governabilidade da tomada de decisão. Também é importante considerar as barreiras à implementação das opções, especialmente aquelas localizadas no campo da organização do sistema e dos serviços, bem como as localizadas no campo da cultura e representações sociais dos usuários e trabalhadores de saúde. As possíveis dificuldades e formas de superá-las foram levantadas e, devido à complexidade da cidade de São Paulo, foi definida a região de Campo Limpo para realizar a implementação, após o diálogo deliberativo.

Diante de contextos socioeconômicos, como os de desemprego, ausência de políticas públicas, falta de infraestrutura urbana e de atividades culturais e de lazer, além de diversos problemas sanitários, é importante o apoio de gestores e das autoridades públicas para que os profissionais de saúde possam desenvolver estratégias que facilitem a atenção aos usuários da APS (Silva et al., 2016).

Leão e Gomez (2014) afirmam que é necessário *desnaturalizar* a organização do trabalho, realizando análise criteriosa das relações e do cotidiano do trabalho. Os autores propõem oito eixos que devem ser estudados: (1) organização do tempo e intensidade da produção; (2) práticas de gestão; (3) cultura organizacional; (4) relações interpessoais; (5) atividade e autonomia; (6) relação dos sujeitos com sua atividade; (7) situações relativas ao vínculo de trabalho; e (8) questões externas ao processo de trabalho.

É importante salientar que os estudos que abordaram intervenções individuais para a melhora do *burnout* devem ser avaliados com cautela, pois essa síndrome envolve poucas

características individuais, sendo considerada um fenômeno social, decorrente das transformações do mundo do trabalho, marcadas pela precarização, fragilidade dos vínculos empregatícios e mudanças organizacionais (Porciuncula, Venâncio, Cosme, 2020; Rizzo, Lacaz, 2017; Schimith et al., 2017).

Os problemas de saúde mental que podem advir da síndrome são atribuíveis a: alocação inadequada do trabalhador para a função; exigência de dedicação cada vez maior de tempo, esforço, talento e flexibilidade do trabalhador; não oferta de um plano de carreiras; ausência de instrumentos de gestão para apoiar o trabalho; e excesso de esforços para desenvolver as tarefas (Maslach et al., 2001). Nessa perspectiva, Trigo et al. (2007) mostra como a deficiência do suporte organizacional resulta em sensação de desamparo, desconfiança, desorientação e desrespeito.

6.2.1 Considerações para equidade

Esta fase da metodologia de síntese de evidência para política envolve considerar como cada opção estabelecida na etapa anterior impacta sobre a equidade, enfatizando-se que as opções encontradas na literatura para solucionar o problema analisado podem ter eficácia diversa em distintas realidades, dependendo das características dos grupos e contextos. Por isso deve-se avaliar se há possibilidade de que as opções venham a prejudicar algum grupo em particular (Oxman et al., 2009).

Políticas na área devem levar em consideração que os problemas de saúde dos trabalhadores são resultado de contradições e conflitos advindos da relação capital-trabalho, que estabelece relações desiguais de poder e o sistema de proteção social do Estado se modifica de acordo com os regimes de acumulação e o tipo de Estado correspondente. As políticas neoliberais constituem o cerne do atual regime de acumulação (Campos; Viana; Soares, 2015).

Dadas as relações desiguais entre as classes sociais, os trabalhadores raramente estão no lugar de interlocutores organizados, ativos ou respeitados, havendo muitas diferenças entre grupos com emprego estável, tradição de sindicalização e outros. Isso deve ser tomado em consideração na análise de equidade das opções propostas nesta síntese.

Para se identificar a necessidade de atenção especial de grupos mais vulneráveis e para prevenir que as propostas elaboradas não aumentem as desigualdades entre aqueles que serão alvo da política a ser adotada, a literatura na área indica a utilização da estratégia PROGRESS, que significa, da língua inglesa, P (place of residence), R (race/ethnicity/culture/language); O (occupation); G (gender); R (religion); E (education); S (socioeconomic status) e S (social

capital) (O'NEILL *et al.*, 2014). A seguir, esses elementos são discutidos, por referência a cada opção encontrada.

6.2.1.1 Considerações para equidade: Opção 1

Opção 1. Estabelecer programa multiprofissional para monitoramento e prevenção de problemas de saúde (desgaste) para trabalhadores da APS: vigilância tradicional à saúde.

A opção abrange a articulação das equipes de Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP) e Organização Social de Saúde (OSS) e da educação permanente para a prevenção de problemas de saúde para trabalhadores da APS No início, seria apenas para a equipe de AB como piloto e após se estenderia para demais serviços de saúde. Montar uma equipe de discussão sobre saúde do trabalhador, acompanhar e monitorar os trabalhadores cujas causas de afastamento podem estar ligadas ao sofrimento no trabalho é uma forma de produzir equidade no local.

6.2.1.2 Considerações para equidade: Opção 2

Opção 2. Adotar um protocolo de gestão e acompanhamento de trabalhadores da APS que retornam para o trabalho após afastamento por problema de saúde (desgaste): reabilitação tradicional à saúde

Esta opção foi estabelecida nos moldes da reabilitação tradicional e estabelece que se deve realizar a gestão de trabalhadores que retornam para o trabalho após licença médica, com avaliação e acompanhamento da capacidade laborativa dos trabalhadores. A presença de equipe multiprofissional diretamente nos ambientes de trabalho e a reconstituição da trajetória dos trabalhadores afetados desde o local de trabalho, a partir dos atendimentos que possam evocar quadros clínicos vinculados ao sofrimento ali localizado, são fortalecimentos para os trabalhadores. A princípio, seria apenas para a equipe de saúde do Campo Limpo como piloto e depois se estenderia para demais secretarias como educação, social, etc. A falta de capacitação para gerentes e coordenadores para que o trabalhador, ao retornar da licença, não fique no mesmo ciclo que iniciou a doença, pode gerar uma inequidade.

6.2.1.3 Considerações para equidade: Opção 3

Opção 3. Desenvolver práticas em saúde voltadas para a organização do trabalho para

o fortalecimento dos trabalhadores da APS

Esta opção foi estabelecida para o fortalecimento dos trabalhadores em promover a participação das equipes de trabalho, de modo a definir proposta de melhoria dos processos de trabalho. Por ser uma proposta participativa dos trabalhadores, somente serão geradas inequidades se os funcionários não forem convidados a participar da discussão. Para a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT), que os temas abordem mais a saúde do trabalhador e não somente saúde ocupacional e que esta estratégia possibilite uma atitude compreensiva dos contextos e das reais possibilidades de ação/transformação no local de trabalho. Pautar temas relativos à saúde do trabalhador no Conselho Municipal de Saúde, no sentido de que assume papel relevante na definição das políticas voltadas para este campo.

6.2.2 Considerações para implementação

Para implementação de políticas de saúde para trabalhadores da saúde, relacionadas a problemas de saúde mental, é recomendado avaliar a carga de trabalho, o senso de controle e/ou autonomia e a desvalorização no trabalho. É importante que os locais de trabalho fomentem práticas que reconheçam a importância das fronteiras entre o trabalho e a vida doméstica (Matheson et al., 2016). Também se recomenda que gerentes locais implementem práticas para reduzir estressores específicos de seu contexto de trabalho (Lizano, 2015).

6.2.2.1 Considerações para implementação da Opção 1

Opção 1. Estabelecer programa multiprofissional para monitoramento e prevenção de problemas de saúde (desgaste) para trabalhadores da APS: vigilância tradicional à saúde

Concernente à área de SO, esta opção foi estabelecida nos moldes da vigilância tradicional a desgastes: estabelece que as equipes do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) da Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP) e Organização Social de Saúde (OSS), equipe da vigilância em saúde do trabalhador e a equipe da educação permanente devem estar articuladas para o desenvolvimento de ações de prevenção de problemas de saúde dos trabalhadores da AB, com os objetivos de: ampliar as notificações de agravos de saúde do trabalhador; capacitar gerentes/coordenadores para realizar a classificação de risco, a fim de eliminar ou reduzir os agravos a elas relacionados e desenvolver grupos para trabalhadores com problemas de saúde identificados.

Esta opção se baseia em diferentes intervenções voltadas para saúde ocupacional. Além disso, deve-se considerar para elas o papel da intersetorialidade, integrando as equipes da Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS), Serviço Especializado em Engenharia de Segurança

e em Medicina do Trabalho (SESMT) e Educação Permanente, que possam realizar: 1) ampliar as notificações de agravos de saúde do trabalhador; 2) capacitar gerentes/coordenadores para realizar a classificação de risco a fim de eliminar ou reduzir os agravos de saúde mental; 3) desenvolver grupos para trabalhadores com problemas de saúde identificados; e 4) construção de um observatório das repercussões físicas e psicossociais na gestão do Campo Limpo.

Quadro 9 - Considerações sobre a implementação da Opção 1.

	• Opção 1. Estabelecer programa multiprofissional para monitoramento e prevenção de problemas de saúde (desgaste) para trabalhadores da APS: vigilância tradicional à saúde.
Usuários do Sistema de Saúde	 A PMSP dispõe de legislação municipal relativa à saúde do trabalhador, porém os funcionários desconhecem os direitos garantidos por ela (Gaiotto, Godoy-Vieira, Soares, 2018). Em geral, os que fazem o atendimento em saúde do trabalhador não estão adequadamente capacitados, muitas vezes desconhecendo a legislação trabalhista e os encaminhamentos necessários à proteção do trabalhador que sofreu acidente ou apresenta agravo de saúde. Isso pode gerar subnotificação de casos, além de prejudicar o acesso dos funcionários dos serviços a direitos trabalhistas. São elementos, dentre outros, que colaboram para não haver monitoramento adequado na área. São necessários dados estatísticos para dar visibilidade e permitir formulação de ações em resposta aos problemas detectados (Gaiotto, Godoy-Vieira, Soares, 2018).
abalhadores de Saúde	 Muitos profissionais de saúde, contratados fora do regime estatutário da administração direta por OSSs, deixam de notificar acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho, em função do medo de perder o emprego ou de sofrer possíveis represálias (Gaiotto, Godoy-Vieira, Soares, 2018). O acolhimento dos trabalhadores conduzido pelos profissionais do serviço social e psicologia é considerado positivo, pois é um espaço propício a identificar e compreender as diversas questões no processo de organização do trabalho que afetam a saúde dos trabalhadores (Carvalho,Oliveira, Bonfatti, 2017).
Organização de Serviços de Saúde	 Fatores organizacionais e situacionais contribuem para o esgotamento do trabalhador e a atenção a eles é significativamente mais importante do que os fatores de cunho individual, ao lidar com o burnout (Paris, Hoge, 2010). Há dificuldades financeiras e de recursos humanos, no entanto, associadas à implementação de intervenções de redução do burnout no âmbito organizacional Awa, Plaumann, Walter, 2009). É necessário utilizar intervenções de gestão de potenciais desgastes que levam ao adoecimento pela administração direta e indireta e também para implementar atividades e/ou programas de fortalecimento para os funcionários (Gaiotto, Godoy-Vieira, Soares, 2018). Embora os SESMTs das OSSs estejam mais estruturados do que o SESMT e a Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada (COGest), da administração direta, há problemas no desenvolvimento das ações, pois estas estão mais direcionadas à realização de exames do que à avaliação dos processos de trabalho (Gaiotto, Godoy-Vieira, Soares, 2018).

- Falta de recursos financeiros prejudicam a continuidade dos serviços de HIV e tuberculose (Yassi *et al.*, 2013).
- Reforça-se a importância de estabelecer ações coordenadas e de integração intersetorial na área de saúde do trabalhador (Gaiotto, Godoy- Vieira, Soares, 2018). As dificuldades do SUS para dar respostas às necessidades em saúde ocasionam tensões e conflitos entre trabalhadores e usuários, notadamente nos territórios que concentram muitas famílias com grandes e constantes dificuldades sociais. Dados relativos a esses territórios devem ser monitorados para favorecer a tomada de decisão (Gaiotto, Godoy-Vieira, Soares, 2018). A utilização de instrumentos tecnológicos ou aplicativos pode coletar dados e favorecer a análise de afastamentos e outras intercorrências com os profissionais de saúde em uma dada região. Como exemplo, pode-se citar o Sistema de Monitoramento da Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem (SIMOSTE), software de vigilância à saúde dos trabalhadores de enfermagem, construído na esfera hospitalar, com a finalidade de coletar e analisar os agravos de saúde gerados nos processos de trabalho e os determinantes desses agravos. Como instrumento gerencial, realiza monitoramento e a análise da situação de saúde dos trabalhadores de enfermagem e é uma fonte de dados para o planejamento de estratégias para melhorias das condições de trabalho (Baptista et al., 2011). Outro exemplo é o Enterprise Resource Planning (ERP), capaz de analisar os atestados médicos apresentados individualmente pelos trabalhadores, em suas respectivas unidades de trabalho, e tem como finalidade a elaboração de dados epidemiológicos relacionados ao absenteísmo favorecendo a vigilância em saúde do trabalhador. Pode ser utilizado em qualquer tipo de empresa e conta com módulos integrados para diferentes setores, como o que é utilizado pelo setor de saúde ocupacional (Olinski, Sarquis, 2010). Outro sistema de monitoramento da saúde dos trabalhadores é o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS), direcionado aos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional. Tem como objetivo coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde (Brasil, 2009a, art. 2°; Lacaz, Goulart, Junqueira, 2017).

Sistemas de Saúde

Fonte: elaborado pela autora (2021)

6.2.2.3 Considerações para implementação da Opção 2

Opção 2. Adotar um protocolo de gestão e acompanhamento de trabalhadores da APS que retornam para o trabalho após afastamento por problema de saúde (desgaste): reabilitação tradicional à saúde

Concernente também à área de SO, como é o caso da Opção 1, esta opção foi estabelecida nos moldes da reabilitação tradicional dirigida a desgastes já instalados nos trabalhadores: estabelece que se deve realizar a gestão de trabalhadores que retornam para o trabalho após licença médica, com avaliação e acompanhamento da sua capacidade laborativa. Para a descrição desta opção foram utilizadas duas revisões sistemáticas de alta qualidade, sua estratégia visa os programas para os trabalhadores após licença por problema de saúde. O público-alvo são os gestores que fazem a gestão de trabalhadores que retornam para o trabalho após licença médica, com avaliação e acompanhamento da sua capacidade laborativa, com

objetivo de: 1) Facilitar o acesso para o tratamento; 2) Diminuir estigmas gerados na equipe; 3) Intervenção psicológica de alta intensidade no local de trabalho para ambientes violentos; e 4) Monitorar os trabalhadores com transtornos mentais ou com sofrimento mental, que pode não ser restrito apenas ao levantamento dos diagnósticos classificados no capítulo F do CID-10.

Quadro 10 - Considerações sobre a implementação da Opção 2

Níveis	• Opção 2. Adotar um protocolo de gestão e acompanhamento de trabalhadores da APS que retornam para o trabalho após afastamento por problema de saúde (desgaste): reabilitação tradicional à saúde.
Usuários do Sistema de Saúde	 Para garantir o acesso e a eficiência dos serviços, os trabalhadores de saúde da APS devem estar capacitados para identificar e atender os próprios trabalhadores de saúde (Weenink <i>et al.</i>, 2017). A participação dos trabalhadores em programas de prevenção do HIV e TB, diminui o e stigma e/ou discriminação e a perda de emprego (Yassi <i>et al.</i>, 2013).
Trabalhadores de Saúde	 As relações únicas de <i>stakeholders</i>, muitas vezes carregadas politicamente nos locais de trabalho, apresentam desafios adicionais. No entanto, as habilidades, conhecimentos e participação nas relações de suporte dos mesmos traz progressos significativos para conter o aumento do HIV e TB (Yassi <i>et al.</i>, 2013) A percepção e feedback dos participantes sobre os programas é de grande importância para o seu desenvolvimento e aprimoramento (Weenink <i>et al.</i>, 2017).
Organização de Serviços de Saúde	 A organização dos serviços de saúde e da rede de atenção deve estar direcionada às necessidades dos usuários desses serviços, de forma integral; deve fornecer confidencialidade nos testes; minimizar o estigma; deve estar convenientemente localizado e integrado aos programas de controle da tuberculose e outros serviços de tratamento, além de ter recursos e suporte suficientes para garantir o sucesso (Yassi et al., 2013). A falta de capacitação de gerentes e coordenadores para compreender os problemas de saúde dos trabalhadores pode fazer com que os trabalhadores que retornam ao trabalho após licença, sejam submetidos aos mesmos desgastes que deram origem à doença. Essa situação pode ser perpetuadora de inequidades (Gaiotto, Godoy-Vieira, Soares,2018). A responsabilidade pelo adoecimento dos trabalhadores é atribuída e eles próprios, pelos organismos de gestão, que não estabelecem conexões entre adoecimento e os processos de trabalho (Brotto; Dalbello-Araújo, 2012).
Sistemas de Saúde Fonte: elaborado pela	 Os <i>Physician Health Programmes</i> (PHPs) têm potencial de serem oferecidos em âmbito nacional e alguns resultados sugerem vantagens em programas direcionados a problemas de performance no trabalho (Weenink <i>et al.</i>, 2017). Formuladores de políticas precisam considerar que programas de tratamento para os profissionais de saúde devem: garantir envolvimento significativo ou supervisão do programa, utilizando a formação de um comitê do local de trabalho, com várias partes interessadas; remover barreiras ao acesso; fornecer confidencialidade em teste; minimizar o estigma; sejam convenientemente localizados e integrados aos programas de Tuberculose e outros serviços de tratamento, bem como ter suficientemente recursos e suporte para garantir o sucesso (YassiI <i>et al.</i>, 2013).

Fonte: elaborado pela autora (2021)

6.2.2.3 Considerações para implementação da Opção 3

Opção 3. Desenvolver práticas em saúde voltadas para a organização do trabalho, tendo como finalidade o fortalecimento dos trabalhadores da APS: saúde coletiva.

Esta é a única opção concernente à área de ST, sendo estabelecida para o fortalecimento dos trabalhadores, em contraposição aos potenciais de desgaste: baseia-se em apoiar a participação das equipes de trabalho na definição de proposta de aperfeiçoamento dos processos de trabalho.

Trata-se de promover a participação das equipes de trabalho, através das oficinas emancipatórias, para definir proposta de melhoria dos processos de trabalho, após o levantamento dos fatores que promovem ou dificultam os mesmos. É um processo educativo, cuja finalidade é fortalecer os(as) trabalhadores(as) da área da saúde, na medida em que apreendem a realidade a partir de seus elementos concretos, revendo concepções prévias (preconceitos, conservadorismo, etc.), que estão na base das cruéis exigências do trabalho, que dificilmente são cumpridas sem o desgaste dos(as) trabalhadores(as) (Almeida, Trapé, Soares, 2013; Soares et al., 2018).

Para a descrição desta opção foram utilizadas quatro revisões sistemáticas, uma de alta qualidade, uma de qualidade moderada e duas de baixa qualidade. O público-alvo das estratégias são os trabalhadores. Além do público-alvo, é preciso considerar os profissionais que participarão das estratégias, o que pode ser um facilitador ou uma barreira no momento de sua implementação. Também se deve destacar o caráter intersetorial desta opção, com possibilidade de promover a integração das equipes da Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS), Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) e Educação Permanente.

Quadro 11 - Considerações sobre a implementação da Opção 3.

Níveis	• Opção 3. Desenvolver práticas em saúde de mudança na organização do trabalho, visando o fortalecimento dos trabalhadores: práticas inovadoras em saúde do trabalhador.
Usuários do Sistema de Saúde	 Intervenções individuais levaram a reduções pouco significativas no esgotamento dos trabalhadores. Não se encontrou evidências de que o conteúdo ou a intensidade dessas intervenções possam aumentar os benefícios aos trabalhadores (Panagioti <i>et al.</i>, 2017). A AB tem se caracterizado por uma alta rotatividade de trabalhadores, o que vem ocasionando: 1) dificuldade de continuidade de serviços implementados; 2) falta de profissionais capacitados para a complexidade da AB; 3) sobrecarga de trabalho para os demais funcionários; 4) equipes incompletas constantemente; e 5) precarização do trabalho (Santos, Lacaz, 2012; (Gaiotto, Godoy-Vieira, Soares, 2018; Damascena, Vale, 2020).

Trabalhadores de Saúde

- Espera-se que os médicos lidem com o *burnout* individualmente e remotamente, que pratiquem as intervenções como uma responsabilidade pessoal (ou se culpar por serem menos "resilientes") e não como um recurso compartilhado para criar um ambiente saudável (Panagioti *et al.*, 2017).
- As intervenções que combinavam vários elementos, como mudanças estruturais, promovendo a comunicação entre os membros das equipes de saúde e cultivando um senso de trabalho em equipe e controle do trabalho, tendiam a ser as mais eficazes na redução do desgaste (Panagioti *et al.*, 2017).
- As mudanças organizacionais dos processos de trabalho em saúde podem ser potencializados por processos de educação permanente dos trabalhadores, orientados por diretrizes pedagógicas e políticas, que fortaleçam o trabalhador e seu pleno desenvolvimento profissional (Coelho JG, Vasconcellos LCF, Dias; Soares et.al, 2018; Gaiotto, Godoy-Vieira, Soares, 2018).

Organização de Serviços de Saúde

• Serviços de saúde devem ter possibilidade de gerenciar a remuneração dos trabalhadores de saúde, com vistas a retê-los, de acordo com as circunstâncias. Dessa forma, os componentes de retenção identificados pelo estudo devem ser considerados, ponderando o peso de cada um, de acordo com as necessidades locais. Serviços de saúde devem mapear e cruzar indicadores específicos de duração dos empregos com os de incentivos de retenção, como base para avaliação de sua efetividade. Este monitoramento deve levar em consideração as medidas de recrutamento, visando manter os trabalhadores de saúde próximos de suas comunidades, bem como deve incluir indicadores de governança, liderança e gestão que impactem em força de trabalho produtiva e profissionalmente satisfeita. Para manter o profissional de saúde no serviço contratado, os benefícios mais implementados são os incentivos financeiros, que podem ajudar com recrutamento e retenção a curto prazo, mas não necessariamente retenção a longo prazo. Muitos fatores, além do financeiro, contribuem para a permanência do profissional de saúde no emprego e outros também devem ser avaliados. São eles: 1) manutenção da equipe adequada e estável; 2) infraestrutura adequada; 3) remuneração competitiva; 4) Fomentar uma organização do trabalho efetiva; 5) Moldar o ambiente profissional de modo que possa reconhecer e recompensar significativamente contribuições individuais para o cuidado de pacientes; e 6) Garantia de segurança social, para a família e suporte comunitário (Buykx et al.,

Sistemas de Saúde

- Como o esgotamento é um problema de sistemas de saúde complexo, é menos provável que seja efetivamente minimizado ao intervir apenas no nível individual. O *burnout* está associado a sérios riscos para médicos e pacientes, portanto é imperativo que os médicos tenham acesso a intervenções baseadas em evidências que reduzam sua ocorrência (Panagiotol *et al.*, 2017).
- Qualquer estratégia de retenção da força de trabalho em saúde deve ser suficientemente flexível para atender às necessidades específicas dos profissionais nos diferentes contextos de trabalho (Buykx *et al.*, 2010).
- As instituições de saúde devem promover espaços que favoreçam a participação dos trabalhadores em avaliações e mudanças nos processos de trabalho (Carvalho, Oliveira, Banfatti, 2017).
- A análise territorial é uma importante ferramenta a ser utilizada no planejamento e execução das ações de atenção integral à saúde dos trabalhadores. O CEREST deve valorizar o planejamento de ações em conjunto com a AB, que é a porta de entrada do SUS e espaço de implementação da PNST. Para tanto, fazse necessário que o CEREST invista esforços no apoio matricial e educação permanente, com o objetivo de instrumentalizar e sensibilizar as equipes (Cangussu, 2014; Santos, Lacaz, 2012).
- A ação conjunta de profissionais de saúde, pesquisadores, técnicos e representações sindicais em torno das questões relacionadas à saúde no trabalho

potencializa resposta aos problemas da área e deve ser estimulada. As estratégias de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelo Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador (CONSEST) consiste nas articulações interinstitucionais e multiprofissionais para fortalecimento da ST (COSTA, 2009; Reinhardt, Fisher, 2009).

- Coneglian (2013) defende a construção de um observatório em ST, na gestão municipal do trabalho no SUS, postulando que ele serviria como apoio para permanente mesa de negociação entre trabalhadores e gestores. Permitiria, dentre tantas outras ações, acompanhar e monitorar os trabalhadores com problemas, realizar oficinas sobre temas centrais, aprimorar registro dos dados relativos aos afastamentos e pautar temas relativos à saúde do trabalhador no Conselho Municipal de Saúde.
- Neste sentido, indica-se as oficinas emancipatórias de fortalecimento dos trabalhadores, como forma de apreender a realidade, a partir de seus elementos concretos, revendo concepções prévias (preconceitos, conservadorismo, etc.), que estão na base das cruéis exigências do trabalho explorado, dificilmente cumpridas sem o desgaste dos(as) trabalhadores(as) (Soares *et al.*, 2018).

Fonte: elaborado pela autora (2021)

6.3 DIÁLOGO DELIBERATIVO

Voltada para identificar fatores de risco e promover ações de adestramento para que os trabalhadores assumam individualmente a tarefa de evitar os chamados riscos ocupacionais, a SO foi bastante criticada durante o encontro.

Verificou-se que, na dimensão teórica, a crítica se dirigiu às explicações notadamente biomédicas que retiram das relações sociais capitalistas a responsabilidade pelas condições desgastantes de trabalho e vida que estão na origem do desgaste dos trabalhadores. Na dimensão operacional das práticas, as críticas se voltaram ao caráter controlista e pontual das ações que se dirigem a atender de forma precária problemas de saúde instalados e a uma prevenção resumida, no melhor dos casos, a um pequeno conjunto de exames laboratoriais padronizados e a uma educação em saúde de normatização da qualidade de vida que, frente à realidade dos trabalhadores, mostra-se constrangedora e por vezes aviltantes. Na dimensão política, ressaltou-se a precária participação dos trabalhadores nas decisões do mundo do trabalho e a institucionalização de formas de participação usadas para legitimar instâncias de tutela e apaziguamento dos trabalhadores.

A crítica feita pelos participantes encontra respaldo na atual produção científica em saúde do trabalhador. Revisão da literatura em importante revista de saúde coletiva constatou que essa produção se compõe hegemonicamente de investigações epidemiológicas sobre processos de adoecimentos dos trabalhadores, fundamentados na perspectiva biomédica, enfocando agravos equacionados de acordo com a matriz dos fatores de risco e na interlocução de aspectos biológicos com os psicológicos, sociais e de comportamento individual (Lacaz et

al., 2020).

Tal produção encontra-se, portanto, muito mais voltada para a SO e se distancia do referencial da ST, que reconhece a relação entre a organização do processo de trabalho em determinado contexto político e econômico e os processos de adoecimento (Mendes, Dias, 1991).

O recorte biomédico da SO se expressa drasticamente na prática cotidiana dos serviços de saúde de forma que, mesmo quando os profissionais da AB reconhecem a relação entre trabalho e adoecimentos, encontram dificuldades para desenvolver ações, sejam no âmbito da assistência, sejam nos âmbitos da vigilância e da promoção da saúde. Tal constatação se reproduz com a ausência de recursos institucionais para agir, bem como de formação no tema. Tudo isso fomenta o fundamento equivocado de que a saúde dos trabalhadores deve ser tratada apenas nas especialidades, como as de Medicina do Trabalho e a Engenharia de Segurança (Lacerda e Silva et al., 2014).

Um dos pontos considerados fundamentais pelos participantes, e que foi agregado às opções com destaque, trata da participação dos trabalhadores nas decisões que se referem à sua saúde. Entende-se que, no âmbito institucional, é necessário redesenhar o espaço de representação no controle sobre a saúde dos trabalhadores, de forma a superar a atenção centralizada no médico e no engenheiro do trabalho e estabelecer relações entre as formas de organização do trabalho, processos de trabalho e adoecimento.

Para tanto, é necessário que se constituam comissões de saúde representativas dos trabalhadores, que forcem as amarras legais das estruturas institucionais empresariais, representadas pelos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA). Estas, historicamente constituídas como aparato de controle da força de trabalho pelas empresas, subordinam as equipes ao empregador e funcionam de forma protocolar sem qualquer autonomia, não permitindo imprimir mudanças concretas nas condições de trabalho que levam ao adoecimento (Costa et al., 2013). Além disso, mecanismos de gestão democrática devem ser discutidos nas instâncias locais, regionais e municipais, de forma a garantir representação autêntica dos trabalhadores no monitoramento da saúde dos trabalhadores.

O grupo de participantes foi enfático na crítica às limitações das Opções 1 e 2, dentre outros motivos, por não explicitarem a necessidade de participação do próprio trabalhador nas decisões concernentes à saúde dos trabalhadores, conforme previsto na Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), principalmente no que diz respeito à diretriz de gestão participativa e cogestão, que prevê a organização de espaços coletivos de gestão, em que se

contemple necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores (Brasil, 2013), o que pode apoiar a gestão a tomar decisões mais democráticas.

Em contrapartida, os participantes se manifestaram sobre a importância de desencadear também ações relacionadas à Opção 1, frente à urgência de dar respostas às necessidades dos trabalhadores adoecidos, que necessitam de atenção imediata. A estrutura de saúde instalada do SUS se encontra em processo de desmonte, no atual contexto neoliberal e conservador de retrocesso político no país. Não fogem a essa tentativa de destruição os serviços de prevenção e tratamento que se alinham com a Opção 1 e que, historicamente, demonstram ser ferramentas para remediar os problemas causados pela exploração e pelas diferenças sociais, de forma a restituir a força de trabalho ao mercado (Maeno, Vilela, 2010).

O país vem sofrendo ofensivas obscurantistas e anticientificistas nas dimensões sociais, econômicas e políticas. O ataque do governo não se restringe à ciência crítica, mas é lançado à ciência como um todo, reproduzindo a forma como os movimentos protofascistas e a extrema-direita respondem ao debate baseado em evidências científicas (Sena Júnior, 2019).

Neste cenário, a aprovação da Lei nº 13.467/2017, a denominada Reforma Trabalhista, poderá resultar na desconstrução da proteção social do trabalho e na subestimação do adoecimento do trabalhador. Ficaram de lado os elementos-chave dos processos de adoecimento/desgaste dos trabalhadores, como a gestão por metas, o assédio moral, a intensificação dos ritmos de trabalho, os processos de avaliação, o estresse no trabalho, a falta de acesso à informação e a participação do trabalhador. Assim, no contexto atual, em que a reforma levada a cabo pelo atual governo destruiu direitos, é imprescindível que se organizem estratégias de resistência e luta envolvendo os sindicatos que representam os interesses dos trabalhadores (Cardoso, Lima, 2020).

Outro ponto abordado diz respeito às ações de vigilância que encontram barreiras operacionais para efetivação frente aos problemas estruturais decorrentes do subfinanciamento do SUS, geradores de desarticulação da rede e fragmentação das ações. Tais questões corroboram com as subnotificações de adoecimento e acidentes decorrentes do trabalho e correspondem à intencionalidade de ocultamento de informações para resguardar os interesses dos empresários.

Estudos com trabalhadores de enfermagem demonstram que uma das causas de subnotificação é o receio dos trabalhadores de serem repreendidos ou demitidos (Santos, Reis, 2016; Napoleão et al., 2000), consequente à lógica empresarial de excluir quem pode trazer problemas para o empregador, como menor produtividade, em detrimento de um processo que

permita o monitoramento das condições que impactem sobre a saúde do trabalhador. As poucas ações de vigilância que têm sido realizadas também se fundamentam na SO e, dessa forma, enfatizam o monitoramento da saúde dos trabalhadores na dimensão biológica e relacionam o adoecimento aos vários tipos de riscos identificados, com foco no tratamento de problemas de saúde.

O grupo também apontou as limitações da Opção 2, afirmando a complexidade do processo de reabilitação dos trabalhadores, que deveria colocar o trabalhador no centro de análise, considerando elementos tais como: potencialidades individuais para enfrentamento do processo saúde-doença, ações previstas pelo sistema de saúde para manutenção da saúde, diferentes formas de organização dos processos e trabalho e o sistema legislativo que regulamenta e norteia as ações em saúde do trabalhador no SUS e articuladas com a APS.

O processo de reabilitação profissional nessa perspectiva deve se configurar em intervenção que articula o cuidado do trabalhador com mudanças no processo e organização do trabalho que gerou o desgaste. A reabilitação deve estar inserida em uma política pública que tenha como objetivo a efetiva reinserção social dos adoecidos e não apenas a efetivação de protocolos burocráticos que visem a redução de custos com benefícios previdenciários. Tal política exigiria: a inserção da saúde do trabalhador nas políticas de desenvolvimento econômico; a reconstrução da máquina previdenciária, que supere a finalidade atual de redução de custos; a efetiva articulação da Saúde e da Previdência Social em projetos nacionais e locais; o monitoramento da trajetória dos trabalhadores e a participação da sociedade em espaços decisórios (Maeno, Vilela, 2010).

O grupo aponta ainda para a agudização do desgaste do trabalhador no atual contexto de pandemia, em que as muitas mortes de profissionais de saúde, o aumento da sobrecarga de trabalho, o isolamento das discussões com colegas de outros serviços de saúde e o sofrimento psíquico se tornam ainda mais presentes.

Os trabalhadores da saúde, principalmente os de enfermagem, vêm sofrendo com condições de trabalhos precarizadas que se agudizaram na pandemia, destacando-se infraestrutura de higiene inadequada, jornadas extenuantes, quadro insuficiente ou inadequado na composição dos profissionais de enfermagem, falta de treinamento e insuficiência ou indisponibilidade de equipamentos de proteção, que os expõe a riscos de contaminação, da ocorrência de erros e também acarretam sobrecarga de trabalho e desgastes físico e mental, resultando em adoecimento e morte (Filho et al 2020; Soares, Peduzzi, Costa, 2020). Nessa perspectiva, o trabalhador sozinho não consegue se reabilitar, ele precisa de uma rede para se restabelecer.

Outro aspecto da dimensão política apontado pelos participantes diz respeito aos processos de terceirização concretizados pelos contratos de gestão com as Organizações Sociais (OSS). Na administração indireta não existe uma política de gestão voltada a plano de carreira, valorização do trabalhador ou equiparação salarial (o que leva a competitividade pelos trabalhadores entre as OSS) e muito menos que inclua a saúde do trabalhador em sua agenda.

Importante ressaltar que os problemas de gestão do trabalho no SUS decorrem em grande parte de limitações para se adequar às formas de contrato e aos regimes de trabalho no contexto de flexibilização do emprego e da legislação trabalhista, agravado pela fragmentação dos movimentos organizados dos trabalhadores, que diminui a possibilidade de negociações (Santos, Barro, 2012). Tais limitações se acentuam muito a partir do estabelecimento de convênios com as fundações privadas de direito público, como as Organizações Sociais de Saúde (OSS) ou da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Tais convênios causam graves problemas nas relações de trabalho, sobretudo relacionados à precarização dos vínculos empregatícios, com o crescimento da informalidade (Chiavegato, Navarro, 2012).

Os trabalhadores da saúde estão adoecidos por vários motivos: sobrecarga de trabalho, cobrança de metas, ações incompatíveis com o que se espera que seja feito para atender as necessidades da população, dentre outros potenciais de desgaste amplamente apontados na literatura na área (Glanzner et al., 2018). A subnotificação do adoecimento do trabalhador é crônica, não por acaso, não existe a análise sistematizada dos dados epidemiológicos para apoiar o planejamento de intervenções coletivas. É o caso da subnotificação do sofrimento mental (Coneglian, 2013), dentre tantos outros.

A instrumentalização dos trabalhadores para a compreensão das raízes de seu adoecimento, para a participação no monitoramento dos potenciais de desgaste e para a participação em espaços decisórios se apresenta como possibilidade de promover a mudança da organização dos processos de trabalho, visando o fortalecimento dos trabalhadores. Nessa perspectiva, as oficinas emancipatórias apresentam-se como ferramenta potente para apoio à transformação.

Trata-se de proposta para resgatar analiticamente a essencialidade histórica do trabalho, retomando os seus sentidos positivos para as sociedades humanas (Soares CB et al., 2018). Pauta-se em um processo educativo cuja finalidade é fortalecer os(as) trabalhadores(as) da área da saúde, na medida em que neste processo eles apreendem a realidade a partir de seus elementos concretos, revendo concepções prévias (preconceitos, conservadorismo, etc.), que estão na base das cruéis exigências do trabalho, sob a égide do capitalismo, dificilmente

cumpridas sem o desgaste dos(as) trabalhadores(as) (Soares CB, et al.,2018; Almeida, Trapé, Soares, 2013).

Quanto à efetivação de uma gestão democrática, há muitos recursos que podem ser usados como ferramentas no processo de planejamento participativo e contínuo. Com tradição na América Latina, o planejamento estratégico-situacional prevê equipes com representação plural (Matus, 1989); as pesquisas-ação e participativas podem ser utilizadas para implementação de evidências em saúde (Loewenson et al., 2014) e procuram integrar academia e serviço (Cordeiro, Soares, 2016). Observa-se também, a partir de experiência do sistema de saúde inglês, tendência em países desenvolvidos à adoção de pesquisas do tipo *codesign*, tendo como finalidade melhorar a qualidade dos serviços de saúde (Slattery, Saeri, Bragge, 2020).

O termo *codesign* se relaciona à expressão *Experience-Based-Codesign* (EBCD), que em língua portuguesa seria algo próximo de coprodução com base na integração das experiências de gestores, trabalhadores e usuários de serviços. A EBCD vem sendo adaptada para outros setores, incluindo educação em vários países, e combina orientação centrada no usuário e abordagem participativa e colaborativa (Ramos et al., 2002).

Outra proposta importante é a construção de um observatório em ST. A Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) criou em 2006 o Observatório Europeu dos Riscos, desenhado para identificar riscos novos e emergentes na segurança e saúde profissional, a fim de melhorar a oportunidade e a eficácia de medidas preventivas. Dentre as atividades de um observatório de saúde do trabalhador está a construção de banco de dados com informações relativas ao objeto estudado, acompanhamento e monitoramento do sofrimento no trabalho e sugestão de medidas de promoção de saúde e prevenção de agravos ocasionados pelo trabalho (Coneglian, 2013).

No contexto das supervisões de saúde municipais, o observatório: serviria como apoio para mesa de negociação entre trabalhadores e gestores; permitiria acompanhar e monitorar os trabalhadores com problemas; realizar oficinas sobre temas centrais; aprimorar registro dos dados relativos aos afastamentos e pautar temas relativos à saúde do trabalhador no Conselho Municipal de Saúde (Coneglian, 2013).

O Observatório em Saúde do Trabalhador, para além do monitoramento das condições de saúde e produção científica, pode promover avanços na proposição e implementação de políticas e estratégias por meio da articulação entre movimento sindical e profissionais da área de saúde do trabalhador, a exemplo do observatório criado pela Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde que funcionou de 2010 a 2013. Tem a finalidade de produzir documentos, artigos, notícias de eventos, vídeos, para serem utilizados por

pesquisadores, sindicalistas e profissionais de ST, de forma a possibilitar a difusão de informações relevantes para orientar a luta pelo estabelecimento de políticas na área.

A integração política dos representantes das centrais sindicais com as instâncias participativas de secretarias das áreas sociais pode reforçar o papel técnico-científico de subsidiar o controle social e o estabelecimento de novas políticas públicas para o setor (Siqueira et al., 2013).

Outra frente de ação pode se viabilizar com a criação de mecanismos de formação de novos pesquisadores, estudiosos e técnicos conhecedores da realidade enfrentada pelos trabalhadores, participando junto na busca de alternativas para modificar essa realidade e abrindo espaços, nos órgãos e serviços públicos, na academia e em outras instituições de formação, que contribuam para a construção e a consolidação de frentes de resistência ao processo crescente de precarização do trabalho (Siqueira et al., 2013).

Os participantes fizeram críticas e levantaram dúvidas quanto à validade da metodologia utilizada na síntese, visto que, dentre os estudos que compuseram as opções, há ausência das produções brasileiras e os contextos internacionais das revisões sistemáticas encontradas podem não representar o contexto brasileiro. Observou-se ainda que há evidente lacuna na produção científica de revisões sistemáticas do campo da ST, um campo relacionado à Saúde Coletiva e com área de influência restrita à região.

Dessa forma, procurou-se incorporar neste diálogo a bibliografia indicada pelos participantes, considerando que o principal produto do processo não é a síntese em si, mas o resultado da discussão da síntese de evidências e das opções de implementação, que sofrem adaptações teórico-metodológicas e operacionais nos diálogos deliberativos com pesquisadores, gestores, ativistas e aqueles que estão diretamente envolvidos. Estes ajudam a construir de forma coletiva um processo de tradução do conhecimento que considerem as barreiras e facilitadores presentes nos contextos específicos das realidades em discussão (Ramos, Silva, 2018).

É importante destacar ainda que o objetivo da abordagem da Política Informada por Evidência (PIE) é informar os gestores sobre as melhores evidências disponíveis da literatura global. Estudos secundários que avaliam os estudos primários sobre o tema, como as revisões sistemáticas e as metanálises são consideradas as melhores evidências disponíveis e por isso têm prioridade no método PIE (Brasil, 2020). Estas são selecionadas de forma transparente, criteriosa e sistemática com estratégias de busca bem definidas. Embora priorizados, os estudos secundários não são os únicos a serem considerados, especialmente quando se trata de temas que não muito estudados ou quando se necessita de considerações da realidade local para

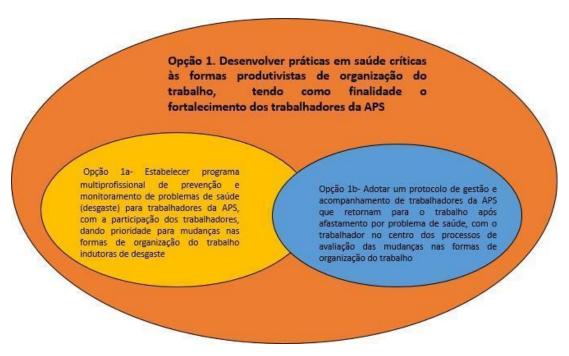
compreender as barreiras e facilitadores da implementação das propostas reunidas na síntese.

Diante das limitações das Opções 1 e 2 apontadas pelo grupo, identificou-se que as propostas relacionadas à Opção 3 devem ser centrais, visto que as raízes do adoecimento estão na forma de organização do trabalho. A Opção 3, além de abarcar as outras duas opções, promove ações de mudança da realidade, ao propor a organização dos processos de trabalho por meio principalmente da instrumentalização dos trabalhadores.

Os trabalhadores necessitam de espaços de reflexão e de organização para reivindicar mudanças na organização dos processos de trabalho. Nessa perspectiva, as instituições e os movimentos relacionados aos trabalhadores, como os sindicatos, devem ser acionados para que se promova a mudança e a saúde no trabalho (Souza, Brito, 2012).

A Figura 2 representa a proposta feita pelos participantes quanto à relação entre as opções apresentadas. A Opção 3 tomou o lugar da 1, apresentando-se como mais abrangente e prioritária para a finalidade de fortalecimento dos trabalhadores. As demais seriam apenas componentes que devem obedecer ao comando da primeira, para que não se corra o risco de serem aplicadas prioritária ou isoladamente, como acontece na realidade atual.

Figura 2 - Representação gráfica das opções a serem implementadas após o diálogo deliberativo.



Fonte: elaborado pela autora (2021)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação do grupo de trabalho se mostrou estratégica para a definição da necessidade a ser priorizada na busca de respostas para os problemas de saúde que os trabalhadores da APS enfrentam. As pesquisadoras contribuíram principalmente com a organização e mediação das discussões; os trabalhadores, gestores e representantes da sociedade civil trouxeram sua experiência acumulada nos serviços de saúde e na luta por direitos dos trabalhadores; os especialistas contribuíram com conhecimentos teóricos fundamentais para explicar a realidade das condições de trabalho e vida dos trabalhadores da AB.

O fortalecimento dos trabalhadores passa pela luta política, que se expressa de diferentes formas, por meio da participação em comissões de vigilância em saúde do trabalhador, pela discussão dos processos de trabalho entre trabalhadores, por meio de reivindicações junto ao Estado, por direitos e pelo explícito embate com os empregadores.

A universidade pública tem a responsabilidade de compreender as necessidades em saúde dos trabalhadores da APS e apoiar a formulação de respostas a elas. Problematizar os processos de trabalho dos serviços de saúde, em conjunto com setores que vivenciam direta ou indiretamente os problemas, é estratégia fértil e pode ser adotada para a produção de mudanças que fortaleçam os trabalhadores.

O desenvolvimento do diálogo deliberativo entre os vários setores envolvidos, sobre a ST dos trabalhadores da AB, neste momento de pandemia, com tantos adoecimentos e mortes de profissionais da saúde, e com o histórico de desmonte que vem ocorrendo no SUS e particularmente na área de ST, significou fortalecimento para os envolvidos e certamente se desdobrará em fortalecimento para o conjunto dos trabalhadores, com a implementação das ações.

O conhecimento histórico e político da realidade da saúde do trabalhador no Brasil trazido pelos militantes da área ao diálogo foi primordial para compreender as necessidades dos trabalhadores e as respostas prioritárias. O conhecimento científico dos especialistas na área foi fundamental para ponderar sobre a riqueza da produção bibliográfica brasileira e da América Latina no tema e conferir amadurecimento às opções encontradas na síntese. Foi também essencial contar com a experiência de gestores que, em contato cotidiano com a realidade, trouxeram para o debate dificuldades concretas dos serviços e a forma como se sentem diante dessas fragilidades no encaminhamento de soluções.

Mais que tudo, foi fundamental contar com o depoimento dos trabalhadores que vivenciam o adoecimento, seu e de seus colegas, e as respostas inadequadas que são dadas pelos serviços e que marcam para sempre suas trajetórias. Foi ainda muito importante ter um facilitador experiente que garantiu aos presentes o espaço de manifestação e ao mesmo tempo legitimou as deliberações que foram tomadas para cada um dos elementos da síntese de políticas.

O DD permitiu a elaboração de diversas propostas para a ST na AB, de modo a direcionar o desenvolvimento de práticas em saúde críticas às formas produtivistas de organização do trabalho, tendo como finalidade o fortalecimento dos trabalhadores.

As propostas estão sintetizadas a seguir:

- Submeter as ações de prevenção, tratamento e recuperação e de vigilância em saúde do trabalhador, no âmbito das supervisões em saúde à lógica da ST. Ou seja, adotar equipes multiprofissionais na atenção à saúde, viabilizar a participação dos trabalhadores no monitoramento da implementação das opções e promover mudanças efetivas nas condições e nas formas de organização do trabalho;
- Atender de forma integral os trabalhadores com problemas de saúde e oferecer apoio aos que tiveram que se afastar por problemas de saúde, frente ao quadro de desgaste em que se encontram no contexto atual;
- Efetivar processos de reabilitação não-tradicionais dos trabalhadores, ou seja, processos que considerem o fortalecimento dos potenciais individuais de enfrentamento do adoecimento e que promovam mudanças nas condições que levaram ao desgaste;
- Exigir mudanças no sistema legal que ampara as perícias médicas, que na atual conformação são componentes de ampliação do adoecimento, visto a forma reduzida de conceber saúde nesses espaços institucionais marcados por protocolos burocráticos de natureza legal;
- Construir observatório em saúde do trabalhador no âmbito das Supervisões Técnicas de Saúde, com a participação dos trabalhadores da AB, das organizações dos trabalhadores e de outros setores da produção de serviços de saúde, para possibilitar o monitoramento dos potenciais de desgaste e do desgaste, a construção coletiva de conhecimento sobre a relação do adoecimento com a organização do trabalho, bem como a implementação de evidências em saúde do trabalhador;
- Instrumentalizar os trabalhadores por meio de oficinas emancipatórias e educação permanente, que disponibilizem dados epidemiológicos críticos de monitoramento, elementos teóricos de compreensão da relação entre a saúde dos trabalhadores e as condições, formas de

organizar os processos de trabalho e discutir as possíveis formas de enfrentamento nas diversas instâncias de produção de serviços de saúde;

- Incentivar a participação dos trabalhadores nos conselhos gestores locais, sindicatos e comissões de saúde;
- Construir espaços críticos de representação de trabalhadores na estrutura do SESMT e CIPA;
- Propor mudanças legislativas macrossociais junto a parlamentares com mandatos coletivos e reconhecidos na luta política pelos interesses dos trabalhadores envolvendo, principalmente, alterações nas diferentes formas de contratos de gestão da APS, que têm imprimido a lógica produtivista no SUS e particularmente na AB;
- Promover encontros entre trabalhadores para questionar o sistema de tutela em ST existente no país, que privilegia o domínio e a perspectiva do gestor (público e privado), em detrimento da participação e da perspectiva do trabalhador, reivindicando que a Saúde do Trabalhador integre novamente a agenda da gestão em saúde;
- Resgatar o valor do serviço público e do servidor público, tratados com um conjunto de estereótipos negativos pelo discurso de ineficiência da atividade pública que estva ao lado do processo de sucateamento do espaço público.
- Fortalecer e ampliar a articulação da AB com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, ampliando espaços de matriciamento.

8 REFERÊNCIAS

Aguiar PM, Lima TM. Ferramentas para avaliação da qualidade metodológica de revisões sistemáticas. In: Toma TS, Pereira TV, Vanni T, Barreto JOM, organizadores. Avaliação de tecnologias de saúde e políticas informadas por evidências [Internet]. São Paulo: Instituto de Saúde; 2017. 456p. [Citado 2021 nov. 20]. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-868301.

Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: A review of intervention programs. Patient Education and Counseling [Internet]. 2010 [Cited 2020 mai 10]. Available from: https://sciencedirect.com/science/article/abs/pii/s0738399109001621?via%3Dihub.

Almeida AH, Trapé CA, Soares CB. Educação em saúde no trabalho de enfermagem. In: Soares CB, Campos CMS, organizadoras. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. 1ª ed. São Paulo: Manole; 2013. p. 293-322.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Baptista PCP, Felli VEA, Mininel VA, Karino ME, Silva S M, Tito RS et al. A inovação tecnológica como ferramenta para monitoramento da saúde dos trabalhadores de enfermagem. Rev. esc. enferm [Internet]. 2011 [citado 2020 Jul. 12]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000700013&lng=en&nrm=iso>.

Batista AG, Santana VS, Ferrite S. Registro de dados sobre acidentes de trabalho fatais em sistemas de informação no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [internet]. 2019 [Citado 2021 Nov 16];24(3):693-704. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/6jdY4wFCQBZdx7dtbshVfCd/abstract/?lang=pt#. DOI: 10.1590/1413-81232018243.35132016.

Benício LC. Lei Federal 13.595/2018: o novo regime jurídico dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias. Revista Jus Navigandi [Internet]. 2018 [citado 2021 Nov 16];23(5479). Disponível em: https://jus.com.br/artigos/65581.

Bernardo MH, Garbin AC. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. Rev. bras. saúde ocup. [Internet]. 2011 [citado cited 2021 nov. 23]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000100010&lng=en.

Bortoli MC, Freire LM, Tesser TR. Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências. / Organizadores Tereza Setsuko Toma [et al]. Temas em Saúde Coletiva, 22. Instituto de Saúde [Internet]. 2017 [citado 2021 nov. 23]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42957/2/avaliacao_tecnologia_saudepolticas_inf_e videncias.pdf.

Boyko JA, Lavis JN, Abelson J, Dobbins M, Carter N. Deliberative dialogues as a mechanism for knowledge translation and exchange in health systems decision-making. Soc Sci Med [Internet]. 2012 [cited 2021 nov. 15];75(11). Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953612005114. DOI:

10.1016/j.socscimed.2012.06.016.

Brasil. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o regulamento da previdência social, e dá outras providências. [internet]. Brasília; 1999 [citado 2021 nov. 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3048.htm.

Brasil.Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, 1., 1 a 5 de dezembro de 1989, Brasília. Relatório Final. Relator geral: Austregésio Barbosa. Relatores: Amélia Cohn, Antonio Alves de Souza, Cristina Albuquerque Possas, Everardo Duarte Nunes, Paulo Roberto Gutierrez e Vicente de Paula Faleiros. Brasília, DF: CNST [Internet], 1989 [citado 2021 Nov 16]. 21 p. Disponível em: http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/relatorio-1a-conferencia-nacional-saude-trabalhador

Brasil. Decreto nº 7602, de 07 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. [internet]. Brasília; 2011 [citado 2021 nov. 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm.

Brasil. Emenda Constitucional nº 95 de 15 de Dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2021 nov. 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.

Brasil. Emenda Constitucional nº 103, de 12 de Novembro de 2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias [Internet]. Brasília; 2019 [citado 2021 nov. 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil 03/constituicao/emendas/emc/emc103.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990 [citado 2021 Nov 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

Brasil. Lei nº 13.467 de 13 de Julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis n º 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2021 nov. 15]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015- 2018/2017/lei/113467.htm.

Brasil. Lei nº 13.844 de 18 de Junho de 2019. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios [Internet]. Brasília; 2019 [citado2021 nov. 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019- 2022/2019/Lei/L13844.htm.

Brasil. 1ª Conferencia de Nacional Saúde dos Trabalhadores.[internet] . Brasília, 1986 [citado 2021 dez 10]. Disponível em: http://www.cntsscut.org.br/sistema/ck/files/conferencia/cnts1.pdf

Brasil. Comissão Tripartite Paritária Permanente Brasília. 2021[citado 2021 dez 10]. Disponível em: https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/ctpp-nrs

Brasil. Medida Provisória nº 1058, de 27 de julho de 2021. Altera a Lei nº 13.844, de 18 de junho de 2019, para criar o Ministério do Trabalho e Previdência, e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2019 [citado 2021 Nov 16]. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.058-de-27-de-julho-de-2021-334838067.

Brasil. Ministério do Trabalho e Previdência, Secretaria de Trabalho, Inspeção do Trabalho, Segurança e Saúde no Trabalho. Norma Regulamentadora No. 15 (NR-15) [internet]. Brasília; 2021 [citado 2021 Nov 16]. Disponível em: https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/ctpp-nrs/norma-regulamentadora-no-15-nr-15

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2005 [citado 2021 Nov 16]; 3ed. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/NOB_RH_2005.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador [internet]. Brasília; 1994. [citado 2021 Nov 16]. 45p. Disponível em: http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/relatorio-2a-conferencia-nacional-saude-trabalhador.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 11, de 31 de outubro de 1991. Institui e normatiza o funcionamento das Comissões Intersetoriais de Alimentação e Nutrição, Saneamento e Meio Ambiente, Recursos Humanos para a Saúde, Ciência e Tecnologia em Saúde, Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiologia, Saúde do Trabalhador, Saúde do Índio [Internet]. Brasília; 1991 [citado 2021 Nov 16]. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_91.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS [internet]. Brasília; 2014 [citado 2021 mar. 31]. Disponível em: http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Diretrizes-de-implantacao-da-Vigilancia-em-Saude-do-Trabalhador-no-SUS.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.339 de 18 de novembro de 1999. Institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico, constante no Anexo I desta portaria. Saúde Legis: Sistema de Legislação da Saúde. Ementa elaborada pela CDI/MS [internet]. Brasília, 1999 [citado 2021 Mar. 31]. Disponível em: http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espelho_consulta.cfm?id=3598760&highlig ht=&tipoBusca=post&slcOrigem=0&slcFonte=0&sqlcTipoNorma=27&hdTipoNorma=27&b uscaForm=post&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norm a=27&numero=1339&data=%20%20&dataFim=&ano=&pag=1.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.969, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, em casos de quadro compatível com causas externas e com doenças e acidentes relacionados ao trabalho [Internet]. Brasília; 2001 [citado 2021 Nov 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1969_25_10_2001.html

Brasil. Ministério do Trabalho. Gabinete do Ministro. Portaria no 3214, de 08 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho [Internet]. Brasília; 1978. [citado 2021 Nov 16] Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra; jsessionid=9CFA236F7343 3A3AA30822052EF011F8.proposicoesWebExterno1?codteor=309173&filename=Legislacao Citada+-

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação Nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2021 abr. 01]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão [Internet]. Brasília; 2015 [citado 2019 mai 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_saude_1ed.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Síntese de evidências para políticas [Internet]. Brasília; 2020 [citado 2021 mai 5. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_sintese_evidencias_politicas.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas: Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS [internet]. Brasília; 2006 [citado 2019 mai 5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização [internet]. Brasília; 2013 [citado 2019 mai 5]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.

Brasil. Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978. NR 4 - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. [internet]. Brasília; 1978 [citado 2019 mai 5]. Disponível em: https://sit.trabalho.gov.br/portal/images/SST/SST normas regulamentadoras/NR-04.pdf

Brasil. Portaria n.º 25 de 29 de dezembro de 1994. Segurança e Medicina do Trabalho - NR 9 - Riscos Ambientais [internet]. Brasília; 1994 [citado 2020 abr. 05]. Disponível em: https://sit.trabalho.gov.br/portal/images/SST/SST_legislacao/SST_portarias_1994/Portaria_25 _Aprova_a_NR_09_e_altera_a_NR_5_e_16_1994.pdf.

Brasil. Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009. Brasilia, 2009. [citado 2021 abr. 6]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6833.htm

Brasil. Portaria nº 2.728/GM de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de

Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências [internet]. Brasília, 2009 [citado 2021 abr. 6]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html.

Brasil. Portaria nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora [internet]. Brasília; 2012 [citado 2021 nov. 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html.

Brasil. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2021 nov. 16]. Disponível em:

http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2 017.

Brotto TCA, Dalbello-Araujo M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador?. Rev. bras. saúde ocup. [Internet]. 2012 [citado 2021 nov. 23];37(126). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000200011&lng=pt.

Buykx P, Humphreys J, Wakerman J, Pashen D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. Aust J Rural Health [Internet]. 2010 [cited 2021 nov. 25];18(3). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20579020/. DOI: 10.1111/j.1440-1584.2010.01139.x.

Campos CMS, Viana N, Soares CB. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. Saude soc. [Internet]. 2015 [citado: 2021 nov. 16];24(Suppl1):82-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500082&lng=en.

Campos CMS, Soares CB. Necessidades de saúde e o cuidado de enfermagem em Saúde Coletiva. In: Soares CB, Campos CMS (Org.) Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. São Paulo: Manole, 2013. p.265-92.

Cangussu BM. A categoria território como ferramenta estratégica no planejamento das ações de vigilância em saúde do trabalhador no SUS: uma experiência participativa na região sul do município de Palmas Tocantins. Dissertação.(Mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2014.

Cardoso ACM, Lima CR. A negociação coletiva e as possibilidades de intervenção nas situações de risco à saúde no trabalho. Rev. bras. saúde ocup [Internet]. 2020 [citado cited 2021 nov. 20];45(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000100400&lng=pt.

Carvalho MCJ, Oliveira MHB, Bonfatti RJ. O processo de institucionalização das práticas de saúde em uma unidade de produção da Fiocruz. Saúde debate [Internet]. 2017 [citado em 2020 Jul. 12]:41(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000600080&lng=en&nrm=iso

Castro P. Sociologia do trabalho (Clássica e Contemporânea). 1.ed. Niterói: Eduff; 2003.

Cavalcanti MVS, Lima TCS. A precarização do trabalho na atenção básica à saúde: relato de experiência. Revista Argumentum [Internet]. 2013 [citado 2021 Fev. 27];5(1). Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475547478015.

Cezar-Vaz MR, Soares JFS, Figueiredo PP, Azambuja EP, Sant'Anna CF, Costa VZ. Percepção do risco no trabalho em saúde da família: estudo com trabalhadores no Sul do Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2009 [citado 03 mar 2021];17(6). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000600006&lng=pt.

Chiavegato LG, Navarro VL. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. Rev Pegada. 2012;13(2):67–82.

Coelho JG, Vasconcellos LCF, Dias EC. A formação de agentes comunitários de saúde: construção a partir do encontro dos sujeitos. Educação e Saúde [Internet]. 2018 [citado 2021 nov. 16],16(2). Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/csb4CmHL7phBHLbk4G5jzrw/?lang=pt

Coneglian R. Sofrimento mental como sentinela: possibilidades para a construção de um observatório das repercussões psicossociais na gestão municipal do trabalho no SUS. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Unifesp, 2013.

Cordeiro L, Soares CB. Implementation of evidence-based health care using action research: An emancipatory approach. Int J Nurs Pract. [Internet]. 2016 [citado: 2021 nov. 21]; 22(4). Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27562664/. DOI: 10.1111/ijn.12467.

Cordeiro L, Soares CB. Processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde: pesquisa-ação com Agentes Comunitários de Saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2015 [[citado 2021 nov. 21]; 20(11). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103581&lng=pt.

Correa PRL, Assunção AA. A subnotificação de mortes por acidentes de trabalho: estudo de três bancos de dados. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2003 Dez [citado 2021 Nov 16];12(4):203-212. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400004&lng=pt. DOI: 10.5123/S1679-49742003000400004.

Costa D, Lacaz FAC, Filho JMJ, Vilela RAG. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. Rev. bras. saúde ocup. [Internet]. 2013 [citado 2021 nov. 21];38(127). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100003&lng=pt.

Costa KCF. Análise da trajetória do controle social em saúde do trabalhador no estado do Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2009 [citado 2020 Jul, 12]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2307.

Damascena DM, Vale PRLF. Tipologias da precarização do trabalho na atenção básica: um estudo netnográfico. Trabalho, Educação e Saúde [Internet]. 2020 [citado 2021 nov. 21];18(3).

Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/FjGgT5dnfHkfWj9PZ44JHrQ/?lang=pt

Dias RI, Barreto JOM, Souza NM. Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso. Rev Panam Salud Publica. [Internet]. 2014 [citado 2021 mar. 23];36(1). Disponível em: https://scielosp.org/article/rpsp/2014.v36n1/50-56/.

Dias EC, Hoefel MG. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2005 [citado 2021 Abr. 05];10(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400007&lng=en.

Duhoux A, Menear M, Charron M, Lavoie-Tremblay M, Alderson M. Interventions to promote or improve the mental health of primary care nurses: a systematic review. Journal of Nursing Management [Internet]. 2017 [citado 2021 nov. 21];25(8). Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28782168/. DOI: 10.1111/jonm.12511.

Dugani S, Afari H, Hirschhorn LR, Raticliffe H,Veillard J Martin Gayle et al. Prevalence and factors associated with burnout among frontline primary health care providers in low-and middle-income countries: A systematic review [Internet]. [version 2; referees: 1 approved, 1 approved with reservations]. Gates Open Res 2018 [citado 2021 nov. 21];2:(4). Disponível em: https://gatesopenresearch.org/articles/2-4.

Evangelista AIB, Pontes AGV, Silva JV, Saraiva AKM. Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro. Revista Rene [Internet], 2011 [citado 2019 out. 13];12. Disponível em: http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4404.

Filho JMJ, Assunção AA, Algranti E, Garcia EG, Saito CA, Maeno M. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. Rev. bras. saúde ocup. [Internet]. 2020 [citado 2021 nov. 21];45(14). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000100100&lng=en.

Freire, PA. Assédio moral e saúde mental do trabalhador. Trabalho, Educação e Saúde [Internet]. 2008 [citado 2021 Abr. 05];6(2). Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/GBZLRHbWZHwgvxnpqq4KgQh/?lang=pt. DOI:10.1590/S1981-77462008000200009.

Fundação de Sistema Estadual de Análise de Dados. O Município de São Paulo e o mercado de trabalho [internet]. São Paulo: 2017 [citado 2021 Abr. 06]. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/midia/2017/01/MSP_Indicadores_25jan_2.pdf.

Gaiotto EMG, Godoy-Vieira A, Soares CB. Relatório do processo de problematização da saúde dos trabalhadores da Atenção Básica, no município de São Paulo, com especialistas, gestores e representantes dos trabalhadores. São Paulo. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2018. 18 p.

Gil CRR, Maeda ST. Modelos de atençãoAtenção em saúdeSaúde no Brasil. In: Soares CB, Gilligan T, Alamgir H, Gilligan T, Alamgir H. Bridging the knowledge gap: an innovative surveillance system to monitor the health of British Columbia's healthcare workforce. Canadian Journal of Public Health [Internet]. 2008 [cited 2018 Oct. 08];99(6). Available from: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105632126&lang=pt-

br&site=ehost-live.

Glanzner CH, Olschowsky A, Pai DD, Tavares JP, Hoffman DA. Avaliação de indicadores e vivências de prazer/sofrimento em equipes de saúde da família com o referencial da Psicodinâmica do Trabalho. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2017 [citado 2021 Nov. 16]; 38(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000400411&lng=pt.

Groseclose SL, Buckeridge DL. Public Health Surveillance Systems: Recent Advances in their Use and Evaluation. Annu Rev Public Health [Internet]. 2017 [cited cited 2021 nov. 23]; 20(38). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27992726/. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-031816-044348.

Guia trabalhista.Normas Regulamentadoras - Segurança e Saúde do Trabalhado. Guia Trabalhista [Internet]. São Paulo; 2021 [citado 2021 Nov 16]. Disponível em: http://www.guiatrabalhista.com.br/obras/seguranca.htm.

International Labour Office. Occupational Health Services Convention, 1985 (No. 161) [Internet].1985 [cited 2021 nov. 23]. Available from: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_COD E:C161

International Labour Office. Technical and ethical guidelines for workers' health surveillance. Occupational Safety and Health Series No. 72. Geneva: International Labour Office [Internet]; 1998 [cited cited 2021 nov. 23]. Available from: Http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_publ_9221108287_en.pdf.

International Labour Organization. Sectoral Policies Department. Improving Employment and Working Conditions in Health Services: Report for discussion at the Tripartite Meeting on Improving Employment and Working Conditions in Health Services. Geneva: International Labour Office [Internet]; 2017 [cited 2021 nov. 23]. 42p. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_548288.pdf.

Kalckmann S, Santos CG, Batista LE, Cruz VM. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS?. Saúde e Sociedade [internet]. 2007 [Citado 2021 Nov. 16]:16(2):146-155. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZTJmFN3BzNTm8C6rf9qFJgC/?lang=pt#. DOI: 10.1590/S0104-12902007000200014.

Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia dos serviços e do movimento sindical [internet]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 1996 [citado 03 fev 2020]. Disponível em: http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313672.

Lacaz, FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2007 [citado 2021 nov. 23];23(4):757-766. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/Dbjb9TcStGxFcbdZ3Fh3Mbg/?lang=pt#. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000400003.

Lacaz FAC, Vieira NP, Cotizo CT, Junqueira V, Santos APL, Santos FS. Qualidade de vida, gestão do trabalho e plano de carreira como tecnologista em saúde na atenção básica do Sistema Único de Saúde em São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2010 [citado 2021 nov. 23];26(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200005&lng=en

Lacaz FAC, Goulart P, Junqueira V. Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde. São Paulo: Editora Hucitec/FAPESP; 2017.

Lacaz FAC, et al. O campo Saúde do Trabalhador nos 25 anos da Revista Ciência & Saúde Coletiva. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2020 [citado 2021 nov. 23];25(12). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001204843&lng=pt.

Lacerda e Silva T, Dias EC, Pessoa VM, Fernandes LMM, Gomes EM. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. Interface (Botucatu) [Internet]. 2014 [citado 2021 nov. 23];18(49). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200273&lng=pt.

Lavis, J.N., Boyko, J.A. & Gauvin, FP. Evaluating deliberative dialogues focussed on healthy public policy. BMC Public Health [Internet]. 2014 [cited 2021 nov. 23]. Available from: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1287#citeas. DOI:10.1186/1471-2458-14-1287.

Lavis JN, Boyko J, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 14. Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking. Health Research Policy and Systems [Internet]. 2009 [cited 2021 nov. 23];7(Suppl1). Available from: http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s14.pdf. DOI: 10.1186/1478-4505-7-S1-S14.

Leão LHC, Gomez CM. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014 [cited 2021 Apr 06];19(12):4649-4658. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204649&lng=en. DOI: 10.1590/1413-812320141912.12732014.

Lizano EL. Examining the Impact of Job Burnout on the Health and Well-Being of Human Service Workers: A Systematic Review and Synthesis. Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance [Internet]. 2015 [cited 2018 Jul. 03];39(3),167-18. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23303131.2015.1014122. DOI: 10.1080/23303131.2015.1014122.

Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, D'Ambruoso L, Shroff Z. Participatory action research in health systems: a methods reader [Internet]. Harare: TARSC, AHPSR, WHO, IDRC Canada, Equinet, 2014 [cited 2021 nov. 23].125p. Available from: http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR%20Methods%20Rea der2014%20for%20web.pdf

Lourenço EAS, Lacaz FAC. Os desafios para a implantação da política de Saúde do Trabalhador no SUS: o caso da região de Franca-SP. Rev. bras. saúde ocup. [Internet]. 2013 [citado 2021 nov. 23];38(127):44-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100008&lng=pt.

DOI: 10.1590/S0303-76572013000100008.

Maeno M. Perícia ou Imperícia. Laudos da Justiça do Trabalho sobre LER/Dort [Internet]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2018 [citado 2021 Nov 16]. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-23042018-144154/publico/MariaMaenoREVISADA.pdf

Maeno M, Vilela RAG. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. Rev. bras. saúde ocup. [Internet]. 2010 [citado 2021 nov. 23];35(121): 87-99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100010&lng=en. DOI: 10.1590/S0303-76572010000100010.

Marcelino P, Carrera NI. Apresentação: Oito países, oito experiências e um inimigo comum. Tempo Soc. [Internet]. 2020 [citado 2021 Dez. 05];32(1):1-9. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/ts/article/view/167916

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. Annual Review Pscycol [Internet]. 2001 [cited 2021 Nov 16];52:397-422. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11148311/. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397.

Matheson C, Robertson HD, Elliott AM, Iversen L, Murchie P. Resilience of primary healthcare professionals working in challenging environments: a focus group study. British Journal of General Practice [Internet]. 2016 [cited 2021 nov. 23];66(648):e507-e515 Available from: https://bjgp.org/content/66/648/e507. DOI: 10.3399/bjgp16X685285.

Matus C. Fundamentos da planificação situacional. In: Rivera, F. Javier Uribe, organizador. Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez; 1989. p.105-176.

Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à saúde: origens e diferenças conceituais. Rev APS [Internet]. 2009 [citado 2021 Abr. 05]; 12(2):204-213. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247.

Melo EA, Mendonça MHG, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde em Debate [internet]. 2018 [Citado 2021 Nov. 16];42(spe1):38-51. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/#. DOI: 10.1590/0103-11042018S103.

Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Rev. Saúde Pública [Internet]. 1991 [citado 2021 nov. 23];25(5):341-349. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000500003&lng=pt. DOI: 10.1590/S0034-89101991000500003.

Minayo-Gomez C, Thedim-Costa S. A construção do campo da saúde do trabalhador: Percurso e dilemas. Cad. Saúde Pública [Internet]. 1997 [citado 2021 nov. 23];13(Suppl 2): S21-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600003&lng=pt. DOI: 10.1590/S0102-311X1997000600003.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec

Abrasco; 1994.

Minayo CG, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2005 [citado 2021 nov. 23];10(4):797-807. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400002&lng=en. DOI: 10.1590/S1413-81232005000400002.

Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde debate [Internet]. 2018 [citado 2021 nov. 18];42(116):11-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=pt. DOI: 10.1590/0103-1104201811601.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses: The PRISMA Statement. PLoS Med [Internet]. 2009 [citado 2021 nov. 23]6(7). Available from: https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000097. DOI: 10.1371/journal.pmed1000097.

Napoleão AA, Robazzi MLCC, Marziale MHP, Hayashida M. Causas de subnotificação de acidentes do trabalho entre trabalhadores de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2000 [citado 2021 nov. 25];8(3):119-120. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000300018&lng=pt. DOI: 10.1590/S0104-11692000000300018.

Noce U.A, Clark G. A emenda Constitucional no 95/2016 e a violação da ideologia constitucionalmente adotada. Revista Estudos Institucionais [internet]. 2017 [citado 2020 Fev. 23];3(2). Disponível em: https://estudosinstitucionais.com/REI/article/view/194/169.

Olinski SR, Sarquis, LMM. A contribuição de um sistema de informações para a vigilância à saúde do trabalhador: um enfoque sobre o absenteísmo. REME – Rev. Min. Enferm. [internet]. 2010 [citado 2020 Jul. 12];14(4),479-489.Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v14n4a05.pdf

Oliveira ALP, Oliveira LX, Campos SS. Capacitação como estratégia para melhoria da qualidade da Atenção À Saúde do Trabalhador nas unidades sentinelas de Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde no Estado de Mato Grosso. Caderno de Relatos de Experiências em Saúde do Trabalhador [Internet]. 2016 [citado 2017 Set. 27];1. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/369754.

Organização Pan-Americana de Saúde [Internet]. CID: burnout é um fenômeno ocupacional. 2019 [citado 2020 Nov. 28]. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/28-5-2019-cid-burnout-e-um-fenomeno-ocupacional

Organização Pan-Americana de Saúde [internet]. Como EVIPNet apoia a utilização de conhecimento científico na tomada de decisão política em saúde? 2021 [citado 2021 Mar. 28]. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3143:como-evipnet-apoia-a-utilizacao-de-conhecimento-cientifico-na-tomada-de-decisao-politica-emsaude&Itemid=838.

Oxman, A.D., Lavis, J.N., Lewin, S. <u>Fretheim</u> A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? Health Res Policy Sys [internet]. 2009 [citado 2021 Dez 10];7(S1). Available from: https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-7-S1-S1. DOI: 10.1186/1478-4505-7-S1-S1

Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern Med. [Internet]. 2017 [cited 2021 mar. 8]1;177(2):195-205. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2588814. DOI: 10.1001/jamainternmed.2016.7674.

Paris M, Hoge MA. Burnout in the mental health workforce: A review. Journal of Behavioral Health Services and Research [Internet]. 2010 [cited 2021 mar. 8];37(4),519–528. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20013066/. DOI: 10.1007/s11414-009-9202-2.

Pinto NF, Albertini SE, Murakami Y. A Construção das diretrizes para a formação e pesquisa em Saúde Do Trabalhador no SUS do Paraná. Caderno de Relatos de Experiências em Saúde do Trabalhador [Internet]. 2016 [citado 2017 Set. 27];1,9-14. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/369754.

Porciuncula AM, Venâncio SAS, Cosme MFP. Síndrome de Burnout em gerentes da Estratégia de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva [internet]. 2020 [Citado 2021 Nov. 16];25(4):1555-1566. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/mcNMvTJgsv5qCFqtGzrw6FN/?lang=pt#. DOI: 10.1590/1413-81232020254.22072018.

Queiroz VM, Salum MJL. Reconstruindo a Intervenção em Saúde Coletiva face a Vigilância à Saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48., 1996, São Paulo [Internet]. SP. Anais... São Paulo:ABEn, 1996a [citado 2021 Nov 16]. Disponível em:

http://fortalecimentoedesgaste.com.br/wp-content/uploads/2016/11/Salum_Reconstruindo-a-intervencao-da-Enfermagem.pdf.

Ramos M, Bowen S, Wright PC, Ferreira MGG, Forcellini FA. Experience based co-design in healthcare services: an analysis of projects barriers and enablers, Design for Health [Internet]. 2002 [cited 2021 nov 18];4:3,276-295. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/24735132.2020.1837508?journalCode=rfdh20. DOI: 10.1080/24735132.2020.1837508.

Ramos MC, Silva EN. Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na saúde pública? Saúde debate [Internet]. 2018 [citado 2021 nov 18];42(116):296-306. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100296&lng=pt.DOI: 10.1590/0103-1104201811624.

Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) [Internet]. Brasília; 2009-2021. [citado 2021 Nov 16]. Disponível em: https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/rede-nacional-atencao-integral-saude-trabalhador-renast.

Reinhardt EL, Fisher FM. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2009 [citado 2021 nov 18];25(5):411–7. Available from: https://www.scielosp.org/article/rpsp/2009.v25n5/411-417.

Rizzo TP, Lacaz FAC. Limites dos Planos de Cargos, Carreias e Salários para desprecarização das relações de trabalho no SUS. Trabalho, Educação e Saúde [internet]. 2017 [citado 2021 Nov. 16]:15(2):399-420. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/yX5gYVgpYr8q4VgN78YJ6GS/?lang=pt#. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00066.

Rodrigues A. MPT: a cada quatro horas e meia, uma pessoa morre vítima de acidente de trabalho. Agência Brasil [Internet]. 2018 [citado 2019 dez. 11]. Disponível em: http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-03/mpt-cada-quatro-horas-e-meia-uma-pessoa-morre-vitima-de-acidente-no-brasil.

Salum MJL, Queiroz VM, Soares CB. Pesquisa social em saúde: lições gerais de metodologia a elaboração do plano de pesquisa como momento particular da trajetória teórico-metodológica. In: 20. Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Saúde; 1999 set.7-10; São Paulo.

Santos VC, Soares CB, Campos CMS. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2007 Dec [citado 04 abr 2021];41(spe):777-781. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500006&lng=pt. DOI: 10.1590/S0080-62342007000500006.

Santos Filho SB, Barros MEB. O trabalho em saúde e o desafio da humanização: algumas estratégias de análise-intervenção. Tempus: Actas de Saúde Coletiva [Internet]. 2012 Abr [citado 2021 nov 18];6:101-122. Disponível em: https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1117. DOI: 10.18569/tempus.v6i2.1117.

Santos L, Funcia F. Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito à saúde. Centro de Estudo Estratégico da Fiocruz [internet]. 2019 [citado 2021 nov. 18]. Disponível em: https://www.cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude.

Santos APL, Lacaz FAC. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Mai [citado 2021 Abr. 06];17(5):1143-1150. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500008&lng=en. DOI: 10.1590/S1413-81232012000500008.

Santos P, Reis L. Subnotificação de acidentes de trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE [Internet]. 2016 Jan [citado 2021 nov 18]4;10(2):640-646. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11000. DOI: 10.5205/1981-8963-v10i2a11000p640-646-2016.

São Paulo. Mapa da Cidade [internet]. São Paulo; 2010 [citado 2021 Abr. 06]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/mapa/index.

São Paulo. Informações sobre Atendimento às pessoas com doenças e vítimas de acidentes de trabalho [internet]. São Paulo; 2019 [citado 2020 Jan. 04]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saudedotrabalhador156.pdf

São Paulo. Coordenação de Gestão de Saúde do Servidor [internet]. São Paulo; 2019. [citado 2019 Mai 21]. Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/gestao/acesso_a_informacao/index.php?p =239120.

São Paulo. Organização Social [Internet]. 2021. [citado 2021 Abr. 06]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/governo/gestao/menu/index.php?p=22717 0.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância em Saúde [internet]. São Paulo; 2020. [citado 2020 Jun. 04]. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/apresentacao.asp?te_codigo=20.

São Paulo (Estado). Núcleo de Evidências (NEv-IS) [internet]. São Paulo; 2021. [citado 2021 Mar. 29]. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/instituto-de-saude/homepage/acessorapido/nucleo-de-evidencias-nev-is.

Sato L, Bernardo MH. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2005 Dec [citado 2021 nov 18];10(4):869-878. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400011&lng=pt. DOI: 10.1590/S1413-81232005000400011.

Schalk DM, Bijl ML, Halfens RJ, Hollands L, Cummings GG. Interventions aimed at improving the nursing work environment: a systematic eview. Implementation Sci [Internet]. 2010 [cited 2021 nov 18];5(34). Available from: https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-5-34. https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-34.

Schimith MD, Bretas ACP, Simon BS, Brum DJT, Alberti GF, Bido MLD, Gomes TF. Precarização e fragmentação do trabalho na estratégia saúde da família: impactos em Santa Maria (RS). Trabalho, Educação e Saúde [internet]. 2017 [Citado em 2021 Nov. 16];15(1):163-182. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/BNx7vtJf8Wfx5k7fbBG9J6B/abstract/?lang=pt#. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00038.

Sena Júnior CZ. Obscurantismo e anticientificismo no Brasil bolsonarista: anotações sobre a investida protofascista contra a inteligência e a ciência no brasil. Cadernos GPOSSHE On-line [Internet]. 2019 [citado 2021 nov 18];2(Especial):21-49. Disponível em: https://revistas.uece.br/index.php/CadernosdoGPOSSHE/article/view/1987/1728.

Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Med Res Methodol [Internet]. 2007 [cited 2021 nov 18];**7**(10). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17302989/. DOI: 10.1186/1471-2288-7-10

Siqueira CE, Pedra F, Corrêa Filho HR, Maeno M, Castro HA. A experiência do Observatório de Saúde do Trabalhador no Brasil. Rev. bras. saúde ocup. [Internet]. 2013 [citado 2020 Dez. 08];38(127):139-148. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a15.pdf.

Silva AT, Lopes CS, Susser E, Menezes PR. Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. Am J Public Health [Internet]. 2016 Nov [cited2021 nov 18];106(11):1990-1997. Available from: https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2016.303342. DOI: 10.2105/AJPH.2016.303342.

Silva JARO. Os problemas relacionados às perícias judiciais para a constatação de doença ocupacional e a responsabilidade objetiva do empregador pelos danos decorrentes de acidente do trabalho e adoecimentos ocupacionais. Revista Ltr: legislação do trabalho [Internet]. 2010 Nov [citado 2021 Nov 16];74(11):1325-1333. Disponível em: https://hdl.handle.net/20.500.12178/104970

Silva-Junior JS. Changes in the labor law framework and uncertainty on their impact on workers' health. Rev Bras Med Trab [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 16];17(2):145-146. Available from: http://www.rbmt.org.br/related-content/444/pt-BR. DOI: 10.5327/Z167944352019v17n2EDT

Silva-Triviños, A. A dialética materialista e a prática social. Movimento [Internet]. 2006 [citado 2021 nov 18];12(2);121-142. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/2899. DOI: 10.22456/1982-8918.2899.

Slattery P, Saeri AK, Bragge P. Research co-design in health: a rapid overview of reviews. Health Res Policy Sys [Internet]. 2020 [citado 2020 Dez 08]. Available from: https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-020-0528-9. DOI: 10.1186/s12961-020-0528-9.

Soares CB, Campos CMS, Yonekura T. Marxismo como referencial teórico-metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013 Dez [citado 2021 nov 18];47(6):1403-1409. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000601403&lng=pt. DOI: 10.1590/S0080-623420130000600022.

Soares CB, Campos CMS, Souza HS, Godoy-Vieira A, Cordeiro L, Lopes IO et al . Oficinas emancipatórias como intervenção em saúde do(a) trabalhador(a). Rev. bras. saúde ocup. [Internet]. 2018 [citado 2021 nov 18];43(Suppl1):e7s. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572018001000302&lng=pt. DOI: 10.1590/2317-6369000007618.

Soares CB, Peduzzi M, Costa MV. Os trabalhadores de enfermagem na pandemia Covid-19 e as desigualdades sociais. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2020 [citado 2021 nov 18];54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342020000100101&lng=en. DOI: 10.1590/s1980-220x2020ed0203599.

Souza TS, Virgens LS. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. Rev. bras. saúde ocup. [Internet]. 2013 Dez [citado 2021 nov 18];38(128):292-301. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000200016&lng=pt. DOI: 10.1590/S0303-76572013000200016.

Souza VMN. Aposentadoria Por Invalidez Benefício por Incapacidade. Âmbito Jurídico [Internet]. 2019 [citado 2020 Mar. 05]. Disponível em: https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-previdenciario/aposentadoria-por-invalidezbeneficio-por-incapacidade/.

Souza KR, Brito JC. Sindicalismo, condições de trabalho e saúde: a perspectiva dos profissionais da educação do Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2012 Feb [citado 2021 nov 18];17(2):379-388. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200012&lng=pt. DOI: 10.1590/S1413-81232012000200012.

Trigo TR, Teng CT, Hallar JEC. Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Rev Psiq Clin [Internet]. 2007 [citado 2021 Nov 16];34(5):223-233. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rpc/a/6CTppSZ6X5ZZLY5bXPPFB7S/abstract/?lang=pt#. DOI: 10.1590/S0101-60832007000500004.

Vasconcellos LCF, Pignati WA. Medicina do trabalho: subciência ou subserviência? Uma abordagem epistemológica. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p.1105-1115, 2006.

World Health Organization. Resolutions and other actions of the 58th world health assembly of interest to the PAHO Executive Committee. Genebra: WHO [Internet]; 2005 [cited 2021 Mar. 28]. Available from: https://www.paho.org/English/gov/ce/ce136-25-e.pdf

Weenink JW, Kool RB, Bartels RH, Westert GP. Getting back on track: A systematic review of the outcomes of remediation and rehabilitation programmes for healthcare professionals with performance concerns. BMJ Quality and Safety [Internet]. 2017 [cited 2021 nov 18];26(12):1004–1014. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28794242/. DOI: 10.1136/bmjqs-2017-006710.

Yassi A, O'Hara LM, Lockhart K, Spiegel JM. Workplace programmes for HIV and tuberculosis: A systematic review to support development of international guidelines for the health workforce. AIDS Care [Internet]. 2013 [cited 2021 nov 18];25(5):525–543. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22880845/. DOI:10.1080/09540121.2012.712668

Zinet C. Condições pioram, acidentes aumentam: número de acidentes de trabalho aumenta na última década, preocupa sindicatos e organismos internacionais, que culpam a forma de produção. Caros Amigos, São Paulo, 2012;18:16-19.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Quadro com os estudos excluídos após leitura completa

		– Quadro com os estudo		
Base de Dados	Autor	Estudo	Ano do Estudo	Motivo da Exclusão
PUBMED	Russell et al	Determinants of rural Australian primary health care worker retention: A synthesis of key evidence and implications for policymaking	2016	Artigo tem como foco a retenção de trabalhadores de Atenção Primária em Saúde em contexto rural. Não apresenta intervenções, mas analisa indicadores.
PUBMED	Tyssen	Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies.	2007	Apresenta um overview sobre a busca e condições de cuidado em saúde mental para médicos na Noruega, sem entretanto apresentar uma revisão sobre intervenções, sendo que não há opções possíveis de serem extraídas a partir desta revisão.
HSE	Kok et al	How does context influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? Evidence from the literature	2014	Artigo analisa fatores que influenciam performance de agentes comunitários de saúde, mas não analisa intervenções, portanto não há opções possíveis de serem extraídas a partir desta revisão.
PUBMED	Alam et al	Managing diagnostic uncertainty in primary care: a systematic critical review	2017	Revisão focada na análise da incerteza diagnóstica entre médicos da atenção primária em saúde, identifica apenas um estudo de intervenção, que não apresenta evidência de eficácia em relação à saúde do trabalhador.
SSE	Thisted et al	Managing employees' depression from the employees', co-workers' and employers' perspectives. An integrative review	2018	Artigo analisa fatores relacionados à participação no trabalho entre trabalhadores com depressão, mas não avalia intervenções, portanto não há opções possíveis de serem extraídas a partir dessa revisão.
Diversos	Hastings et al	Exploring the relationship between governance mechanisms in healthcare and health workforce outcomes: a systematic review	2014	Artigo analisa performance e entrega de serviços de saúde à população, e não discute impactos da governança sobre os trabalhadores, assim não tem foco no problema que esta síntese se destina a responder.
Diversos	Cometto et al	Health policy and system support to optimise community health worker programmes: an abridged WHO guideline	2018	Guia de boas práticas de Agentes Comunitários em saúde com foco no fortalecimento da atenção primária em saúde e sistemas de saúde. Não avalia intervenções relacionadas à saúde dos trabalhadores, e portanto não há opções possíveis de serem extraídas a partir dessa revisão.
Diversos	Garcia et al	Indicators of burnout in Primary Health Care workers	2018	O artigo tem como finalidade analisar indicadores de burnout em trabalhadores de Atenção Primária em saúde, e não

				compara intervenções nesse campo, portanto não há opções possíveis de serem extraídas a partir dessa revisão.
CINAHL	Schalk et al	Systematic Review Interventions aimed at improving the nursing work environment: a systematic review	2010	Artigo não traz evidências de eficácia das intervenções, apenas descrevendo possibilidades de melhora no ambiente de trabalho em enfermagem. Assim, não há evidências de opções possíveis de serem extraídas a partir dessa revisão.

APÊNDICE B - Oficina Metodologia Support - 2018

		OFICINA METODOLOGIA SUPPORT
DATA	TURNO	ATIVIDADE
25/09/18	Manhã	Apresentação das facilitadoras e apresentação da proposta da oficina e cronograma. Introdução: Políticas Informadas por Evidência, Tradução do conhecimento, EVIPNet e Ferramenta SUPPORT. Síntese de evidência para política: Síntese de Evidência para Informar Políticas de Saúde. Divisão dos grupos e explicação da dinâmica. Definição do Problema: Definindo um Problema para Políticas Informadas por Evidências e exercício para descrição do Problemas na Síntese de Evidência
	Tarde	Busca de evidência. Atividade prática: Definição dos termos de busca, revisões sistemáticas, acesso aos sites BVS, HSE e PubMed.
26/09/18	Manhã	Exercício: Descrição da busca de evidências nas sínteses. Levantando opções para política: Opções para política e Exercício: Descrição das opções nas sínteses Implementação de opções para políticas:Considerações sobre implementação das opções e Exercício: Descrição da implementação das opções nas sínteses. Considerações sobre equidade das opções para políticas:Considerações sobre equidade e Exercício: Descrição das considerações sobre equidade nas sínteses e PROGRESS
	Tarde	Diálogo deliberativo para políticas: Apresentação do planejamento e realização do Diálogo Deliberativo. Preenchimento da avaliação e encerramento.

APÊNDICE C - Revisões sistemáticas que fundamentam a Opção 1. Estabelecer programa multiprofissional para monitoramento e prevenção de problemas de saúde (desgaste) para trabalhadores da APS: vigilância tradicional à saúde

Autor	Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população- alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Ano do estudo
PARIS, HOGE, 2010	Burnout in the mental health workforce: a review.	Intervenções grupais com base em princípios cognitivo comportamentais.	Fornecer um constructo teórico sobre questões metodológicas e avaliações sobre burnout, sua prevalência na força de trabalho em saúde mental e intervenções para diminuí-lo.	O formato de intervenção em grupo foi útil para combater o isolamento e o desgaste profissional. Verificou-se em um dos estudos que a despersonalização no grupo diminuiu de um nível médio a alto para um nível médio a baixo de burnout subsequente ao treinamento, e esse efeito persistiu no seguimento de 18 meses.	2/9	Não foi mencionado	0/145 Reino Unido, EUA	2/145	2009
AWA; PLAUMANN; WALTER, 2009.	Burnout prevention:a review of intervention programs	Intervenções individuais: medidas como treinamento cognitivo- comportamental, psicoterapia, aconselhamento, treinamento adaptativo de habilidades, comunicação, apoio social, exercícios de relaxamento ou recreação produção musical	Avaliar a eficácia dos programas de intervenção no local de trabalho	Cerca de 82% das intervenções individuais tais como treinamento comportamental cognitivo, psicoterapia, aconselhamento, treinamento adaptativo de habilidades, comunicação, treinamento de habilidades, e apoio social levaram à redução significativa no	3/9	5/25	0/25 Holanda, EUA, Reino Unido, Israel, Canadá, Noruega, Suécia e Polônia.	25/25	2007

Autor	Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população- alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Ano do estudo
				esgotamento ou mudanças positivas nos fatores de risco, com duração de até 6 meses após a intervenção.					
DUHOUX et al., 2017	Interventions to promote or improve the mental health of primary care nurses: a systematic review	Medidas individuais medidas de ambiente de trabalho e medidas organizacionais visando prevenir ou reduzir o estresse no trabalho.	Sintetizar as evidências sobre a eficácia das intervenções que visam promover ou melhorar a saúde mental dos enfermeiros da atenção primária.	Nessa revisão, quatro dos sete estudos examinaram os efeitos de intervenções únicas visando redução de burnout e estresse em indivíduos ou grupos. Nestes 4 estudos, todas as intervenções giravam em torno da meditação da atenção plena ou de técnicas cognitivo comportamentais. Estas parecem produzir maiores efeitos sobre o esgotamento e o estresse, embora as abordagens da atenção plena também possam ser eficazes para reduzir o estresse principalmente quando combinada com as técnicas de reavaliação cognitiva.	7/9	7/7	0/7 EUA, Reino Unido, Holanda, Noruega e Austrália	7/7	2015

APÊNDICE D - Revisões sistemáticas sobre a Opção 2. Adotar um protocolo de gestão e acompanhamento de trabalhadores da APS que retornam para o trabalho após afastamento por problema de saúde (desgaste): reabilitação tradicional à saúde

Autor	Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMST AR	Proporção de estudos que incluíram a população -alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Ano do estud o
WEENINK et al., 2017	Getting back on track: a systematic review of the outcomes of remediation and rehabilitation programmes for healthcare professionals with performance concerns	Physician Health Programmes (PHPs)s - programa para reabilitação de uso de substâncias ilícitas para médicos com o objetivo de retornar ao trabalho.	Fornecer uma visão geral das evidências sobre os resultados de programas de remediação e reabilitação para profissionais de saúde com preocupações de desempenho e explorar se os resultados diferem para preocupações e profissões específicas	Os estudos encontrados se referem quase que exclusivamente à categoria médica. Os resultados do programa de reabilitação foram positivos para o retorno desses profissionais ao trabalho. Apesar dos resultados, há debate recente com críticas à coerção ao tratamento e aos elementos restritivos e punitivos dos programas.	7/9	38/38	0/38 EUA, Canadá, Austrália, Noruega, Nova Zelândia e Reino Unido.	38/38	2017
YASSI et al., 2013	Workplace programmes for HIV and tuberculosis: a systematic review to support development of international guidelines for the	Programas de treinamento para os profissionais de saúde para adesão da prevenção pós exposição ao HIV, realização do teste HIV e tratamento da tuberculose e do HIV.	O objetivo deste artigo é apresentar a metodologia e resultados da revisão sistemática que apoiou as diretrizes da Organização	A revisão destaca o desejo dos profissionais de saúde de participar dos programas de cuidado e tratamento de HIV/AIDS oferecidos, removendo barreiras de acesso pelo medo do estigma, como também aumentando a	9/10	4/11	10/11 Zâmbia, EUA, Africa do Sul, Botsuana, Zimbaboé e Ruanda	4/11	2008

Autor	Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMST AR	Proporção de estudos que incluíram a população -alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Ano do estud o
	health workforce		Mundial da Saúde para melhoria do acesso a serviços de HIV e TB e especificamente, avaliou a evidência relacionada à oferta desses serviços por meio de programas realizados em locais de trabalho. O artigo também objetivou discutir as importância de prosseguir com as orientações em certas circunstâncias, mesmo na ausência de alta qualidade de evidência ".	confiança nos testes que estão integrados aos programas de tuberculose e outros serviços de tratamento					

.

APÊNDICE E - Revisões sistemáticas sobre a Opção 3 – Desenvolver práticas em saúde voltadas para a organização do trabalho para o fortalecimento dos trabalhadores: saúde coletiva

Autor	Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população- alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Ano do estudo
AWA; PLAUMANN; WALTER, 2009.	Burnout prevention: a review of intervention programs	Intervenções individuais, organizacionais e combinadas. Medidas individuais: treinamento cognitivo-comportamental, psicoterapia, aconselhamento, treinamento adaptativo de habilidades, comunicação, apoio social, exercícios de relaxamento ou recreação produção musical. Medidas organizacionais: reestruturação do processo de trabalho, avaliações de desempenho do	Avaliar a eficácia dos programas de intervenção no local de trabalho ou em qualquer outro local.	Os programas de intervenções organizacionais como reestruturação do processo de trabalho, avaliações de desempenho do trabalho, reajustes de turnos de trabalho e avaliação do trabalho mostraram que em torno de 80% de os estudos, tiveram efeitos positivos sobre o esgotamento.	3/9	5/25	0/25 Holanda, EUA, Reino Unido, Israel, Canadá, Noruega, Suécia e Polônia.	25/25	2007

Autor	Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população- alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Ano do estudo
		trabalho, reajustes de turnos e avaliação de empregos foram oferecidos, por exemplo Medidas combinadas: individuais e organizacionais.							
BUYKX et al. 2010	Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence- based policy	Intervenções para reter o trabalhador em locais remotos e evitar a alta rotatividade: a principal estratégia implementada foi referente ao incentivo financeiro Outras intervenções que podem colaborar são: manutenção da equipe adequada e estável; infraestrutura adequada; remuneração competitiva; Fomentar uma	Esta revisão teve como objetivo sintetizar as evidências disponíveis sobre a eficácia das estratégias de retenção para trabalhadores da saúde em áreas rurais e remotas, com foco nos estudos relevantes para a Austrália.	Para manter o profissional de saúde no serviço contratado, os benefícios mais implementados são os incentivos financeiros. Os incentivos financeiros podem ajudar com recrutamento e retenção a curto prazo, mas não necessariamente retenção a longo prazo. Muitos fatores, além do financeiro, contribuem para a permanência do profissional de saúde no empregos, e outros fatores também devem ser avaliados.	3/9	14/14	0/14 Austrália	14/14	2009

Autor	Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população- alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Ano do estudo
		organização do trabalho efetiva; Moldar o ambiente profissional de modo que possa reconhecer e recompensar significamente contribuições individuais para o cuidado de pacientes; Garantia de segurança social, para a família e suporte comunitário.							
SCHALK et al., 2010	Interventions aimed at improving the nursing work environment: a systematic review	Intervenções individuais e organizacionais: autonomia no trabalho, para enfermeiros da APS; Governança compartilhada; Treinamento de apoio social e treinamento para controle do estresse; Intervenção	O objetivo deste estudo foi revisar sistematicamente a literatura científica sobre intervenções implementadas visando melhorar o NWE e sua eficácia.	Em geral, quando se olha para a combinação do número de medidas de resultados por intervenção e a quantidade de melhorias significativas por intervenção: 1) enfermagem primária (56%), 2) caixa de ferramentas educacionais (71%), 3) o atendimento individualizado 4) supervisão clínica (100%), 5) intervenção de prevenção da violência (86%) foram mais eficaz na melhoria do NWE. O restante	5/9	1/11	0/11 EUA, Holanda, Suécia e Noruega	5/11	2008

Autor	Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população- alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Ano do estudo
		participativa de		intervenções mostraram					
		curto prazo;		eficácia de ≤ 50%.					
		Círculo de							
		qualidade da							
		prática de							
		enfermagem; Caixa de							
		ferramentas							
		educacionais;							
		Atendimento							
		individualizado e							
		supervisão clínica							
		sistemática regular;							
		Rigor no							
		planejamento dos							
		cuidados de							
		enfermagem com de supervisão							
		clínica para apoiar							
		os enfermeiros							
		quando houvesse							
		tensão emocional;							
		Treinamento de							
		feedback positivo							
		do supervisor;							
		Intervenção de							
		prevenção à violência.							
		violencia.							
PANAGIOTI et al., 2016	Controlled interventions	Intervenções com dois focos:	Avaliar a eficácia de	Revisão classificada como de alta qualidade observou que as	9/11	5/19	1/19 EUA, Holanda,	19/19	2016

Autor	Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMSTAR	Proporção de estudos que incluíram a população- alvo	Proporção de estudos realizados em Países de baixa e média renda e outros e identificá-los	Proporção de estudo com foco no problema	Ano do estudo
English and a laboration of the state of the	to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta- analysis	Intervenções individuais envolvendo técnicas de mindfulness e outras técnicas e cognitivo-comportamentais; Intervenções com foco na organização.	intervenções para reduzir burnout em médicos. Avaliar se diferentes tipos de intervenções (individuais ou organizacionais), tempo de experiência profissional e contexto da atenção em saúde (primária ou secundária) impactam sobre a eficácia de intervenções de redução de burnout em médicos.	intervenções dirigidas à organização estavam associadas a efeitos melhores do tratamento dos médicos com burnout em comparação com as intervenções dirigidas ao profissional individualmente. As intervenções mostraram maior eficácia na redução de burnout para médicos mais experientes na atenção primária quando comparados a médicos recémformados.			Espanha, Canadá, Austrália, Argentina e Israel.		

APÊNDICE F - Orientações gerais para o Diálogo Deliberativo (DD) - Data: 17/11/20 - Horário: 15:00 às 19:00

A data do DD, que toma por referência a "Síntese de evidências para políticas de saúde do trabalhador da APS: opções para supervisões de saúde", está se aproximando e gostaríamos de esclarecer alguns aspectos julgados fundamentais para que o encontro atinja seus objetivos:

- O DD será realizado tomando em consideração a abordagem desenvolvida pelo *McMaster Health Forum* (Canadá) (http://www.mcmasterhealthforum.org) e os métodos rescritos pelas Ferramentas SUPPORT para Políticas Informadas por Evidências (http://sintese.evipnet.net/livro/ferramentas-support-para-a-elaboracao-de-politicas-de-saude baseadas-em-evidencias-stp/);
- O DD visa compreender quais são as prioridades a serem implementadas, a partir dos elementos trazidos pela síntese de evidências, para a finalidade de fortalecer os trabalhadores da APS no Município de São Paulo;
- O DD visa fornecer aos participantes oportunidades de discutir o problema, as opções para seu enfrentamento e considerações de implementação, elementos explorados na síntese a partir principalmente da literatura;
- Para que o DD não seja meramente opinativo, ele deve ser informado pela síntese que circulou com 30 dias de antecedência entre os participantes, sendo fundamental que seja lida integralmente por todos;
- Para que o DD assegure a justa representação entre aqueles que estão envolvidos ou serão influenciados pelas futuras decisões relacionadas ao problema abordado vários setores envolvidos com saúde foram convidados a participar, como gestores da APS, trabalhadores da saúde, pesquisadores especialistas no tema e representantes da sociedade civil organizada;
- A facilitação do DD será realizada por moderador externo ao grupo de elaboração da síntese, o Professor Nathan Mendes Souza, da UFMG, membro da Evipnet-Brasil, com experiência prévia na condução de DD;
- Para a condução do DD se adotará uma regra, coerente com os preceitos éticos de pesquisa, conhecida pelo nome de *Chatham House* (os participantes são livres para usar ainformação recebida, mas não podem divulgar a identidade e a afiliaçãodos oradores e dos demais participantes https://www.chathamhouse.org/about-us/chatham-house-rule), e que visa garantir a não atribuição dos comentários feitos durante a reunião a participantes em particular;

- O grupo que elaborou a síntese estará presente no DD na condição de observador e não participará ativamente da reunião;
- Os resultados do DD serão consolidados de forma a produzir atividades de acompanhamento das ações decorrentes. Dessa forma, será produzido um sumário do diálogo em 30 dias. Esse material irá circular entre os participantes para validação e irá, como no caso da síntese, compor a tese de Doutorado de Emiliana. Haverá posterior publicação de artigos da síntese e do DD, mantendo-se o respeito aos preceitos éticos da pesquisa;
- Para que os resultados do DD sejam avaliados quanto à relevância para os participantes, será realizada uma avaliação estruturada sobre o potencial e a utilidade dessa abordagem. Os participantes receberão o formulário de avaliação por e-mail e serão orientados quanto ao preenchimento e retorno do mesmo.
- O quadro 1, adaptado das Ferramentas SUPPORT, pode ajudar a compreender as diferenças entre um DD e um debate.

Quadro 12 - Diferenças entre um DD e um debate.

DIÁLOGO DELIBERATIVO	DEBATE
Objetiva colaboração	Objetiva oposição
Busca uma base comum	Busca a vitória
Amplia perspectivas	Afirma perspectivas
Busca acordos	Busca diferenças
3333Causa introspecção	Causa crítica
Procura fortalezas	Procura debilidades
Causa reavaliação de suposições	Defende suposições
Atento a significados	Atento a combates
Permanece aberto	Implica numa conclusão

Fonte: Adaptado de Lavis et al. (2009, p.17).

Solicitamos encarecidamente que evitem o uso de celular durante o DD para não comprometer os trabalhos.

Participantes e ouvintes

Todos receberam com antecedência a lista dos participantes e ouvintes, com a devida identificação quanto à modalidade de representação no DD, a instituição de trabalho e os respectivos e-mails.

Agradecemos imensamente a prontidão e generosidade para participar do DD e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Neste momento de pandemia, e de tantos outros ataques ao SUS, contar com este grupo para discutir os rumos da saúde do trabalhador que atua na APS na cidade de São Paulo hoje é muito fortalecedor!

APÊNDICE G - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da pesquisa "Síntese de evidências para políticas de saúde do trabalhador da Atenção Primária à Saúde: opções para supervisões de saúde", sob a responsabilidade da pesquisadora Emiliana Maria Grando Gaiotto, que pretende discutir as fragilidades e potencialidades da Saúde do Trabalhador da Atenção Primária à Saúde (APS) na cidade de São Paulo. A sua participação na pesquisa é voluntária e consiste na sua presença e atuação em uma reunião, denominada Diálogo Deliberativo (DD), que será realizada de forma virtual, em função da pandemia de COVID-19. Originalmente seria realizada na Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo, que deu seu consentimento para a realização do DD.

Aproximadamente 30 dias antes do DD, a pesquisadora disponibilizará via e-mail o documento referente à síntese de evidências, com a descrição das opções formuladas em face da análise literatura, para que o (a) Sr (a) possa ler antes da reunião. Durante o DD, o (a) Sr (a) poderá comentar, opinar e dar sugestões acerca dessas opções. A reunião terá a duração de aproximadamente 4 horas e será gravada de forma a garantir que a pesquisadora responsável, posteriormente, tenha acesso ao material para elaboração de relatório.

A pesquisa poderá trazer benefícios, com a criação de material baseado em evidências científicas, para apoio à implementação de ações que contemplem a saúde do trabalhador da AB, em qualquer supervisão de saúde da cidade de São Paulo. Os riscos da pesquisa podem estar relacionados a fatores emocionais, como constrangimento ou embaraço de interagir com estranhos, ou ainda medo de eventuais repercussões. Se isso acontecer, o responsável poderá interromper o DD para acolher o participante, atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto.

A pesquisadora se compromete a manter sigilo de sua identidade, assim como dados que possibilitem a sua identificação, a fim de garantir o anonimato; ressalta-se que os dados coletados durante o DD somente poderão ser utilizados para as finalidades da presente pesquisa. Se depois de consentir sua participação, o (a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de não responder alguma questão e/ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Após a realização do DD será elaborado um relatório com as considerações discutidas acerca das opções propostas para a saúde do trabalhador da AB. Esse sumário estará à

disposição dos participantes a partir de 90 dias da data do DD, e poderá ser disponibilizado via e-mail.

Lembramos que sua participação é voluntária, o que significa que você não receberá nenhum pagamento por participar desta pesquisa. De igual forma, a participação na pesquisa não implica em gastos. No entanto, caso você tenha alguma despesa decorrente da sua participação, tais como transporte, alimentação, entre outros, você será ressarcido do valor gasto após a apresentação de recibo, por meio de depósito em conta corrente. Se ocorrer algum dano decorrente da sua participação na pesquisa, você será indenizado, conforme determina a Resolução CNS 466/2012 (item IV.3.h). Esse TCLE ficará armazenado na nuvem e pode ser impresso e enviado por e-mail caso você julgue necessário, o pesquisador ficará com a versão eletrônica de seu aceite.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso à pesquisadora responsável para esclarecimento de dúvidas. A pesquisadora pode ser encontrada no endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira César – CEP 05403-000, Telefone (15) 996697683 (aceita ligação a cobrar), de segunda à sexta-feira, entre 09 e 16 horas, ou pelo e-mail: emilianagaiotto@usp.br.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com:

- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP Endereço:
 Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César, São Paulo-SP, CEP 05403-000,
 telefone (11) 3061-8858, e-mail: cepee@usp
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Endereço: Rua General Jardim, 36, 8º andar, Vila Buarque, São Paulo -SP, CEP: 01223-010, telefone: (11) 33972464, e-mail: smscep@gmail.com

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Declaro que, após ter entendido o que está expresso no texto, consinto participar do diálogo deliberativo da Pesquisa: "Síntese de evidências para políticas de saúde do trabalhador da Atenção Primária à Saúde: opções para supervisões de saúde"

- 1. Concordo
- 2. Discordo

ANEXOS

ANEXO 1- Autorização da pesquisa pela Coordenadoria Regional de Saúde Sul



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL

São Paulo, 06 de novembro de 2019.

Ao Comitê de Ética de Pesquisa

A Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRS Sul) ratifica a patente pesquisa "POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA" e orienta o presente pesquisador, que tem por responsabilidade atender aos requisitos necessários para este instrumento, devendo ter continuidade, respeitando o artigo 1º da Portaria SMS-G de Nº 2427/2013 de 12 de dezembro de 2013 que diz:

"Todo projeto de pesquisa envolvendo seres humanos a se realizar no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, deve ser enviado ao CEP/SMS, devidamente instruído, de acordo com as normas vigentes e deve aguardar o parecer aprovado do CEP/SMS, para que sejam iniciados os procedimentos de pesquisa. Assim, o projeto deve ser entregue ao CEP para ser analisado."

Fica o pesquisador responsável por encaminhar ao CGP-Desenvolvimento da CRS-SUL, scaneado, o parecer do CEP de SMS.

O pesquisador tem o compromisso de redigir relatório final e apresentar o resultado de sua pesquisa em Reunião do Núcleo de Educação Permanente – NEP da CRS- Sul (segundo agendamento do serviço de Desenvolvimento-Gestão de Pessoas) e, assim avaliado, em conformidade com a sua qualidade e finalidade e posteriormente indexado na Biblioteca Virtual de Saúde da Secretaria Municipal de São Paulo – BVS/SMS

Atenciosamente

Emiliana Maria Grando Gaiotto Pesquisadora

Coordenadoria Regional de Saúde Sul

Eluiz Elias Bueloni

ANEXO 2 - Formulário de Avaliação do Diálogo Deliberativo

Prezado (a) participante,

Pedimos que preencha esta avaliação online ao final do Diálogo Deliberativo. Não é necessário se identificar. Suas respostas serão mantidas em sigilo.

- 1. As informações apresentadas durante a reunião foram suficientemente esclarecedoras?
- 2. Foi dada liberdade para todos os participantes se expressarem?
- 3. O tempo para realização do diálogo foi suficiente?
- 4. O Diálogo deliberativo trouxe subsídios importantes para implementação de programas/políticas de saúde?
 - 5. Os convidados representavam todas as partes interessadas no problema?
 - 5.1 Se sua resposta foi "mais ou menos" ou "não", cite quem mais você convidaria.
- 6. Se desejar, use este espaço para comentários e considerações sobre o Diálogo Deliberativo.

Agradecemos sua participação no Diálogo Deliberativo e nesta avaliação.

As três alternativas de respostas apresentadas para as questões 1 a 5 do formulário são fechadas: Sim, Mais ou menos e Não. A questão 6 é aberta e pode ser utilizada para comentários em geral.

ANEXO 3 - Avaliação da qualidade metodológica de síntese de evidências para política

Trata-se de formulário padronizado em documento ministerial orientador das sínteses de evidências para políticas (BRASIL, 2019, p. 61). O documento conta ainda com suporte para orientar o avaliador em relação ao que se pretende com cada uma das 21 perguntas, que compõem o formulário.

- 1. A mensagem-chave está completa, clara, concisa e despertou seu interesse?
- 2. O contexto e antecedentes do problema estão fundamentados nas evidências disponíveis?
 - 3. O problema de política está explicitado com objetividade e clareza?
- 4. A prioridade e relevância do problema estão fundamentadas nas evidências disponíveis e descritas dentro do contexto político?
 - 5. As principais causas do problema foram apresentadas e discutidas?
 - 6. Dados ou indicadores foram utilizados para estimar a magnitude do problema?
 - 7. Existe uma pergunta de pesquisa desenvolvida a partir de um problema?
- 8. A estratégia de busca foi realizada de forma adequada a partir do problema de política definido?
 - 9. Os critérios de elegibilidade dos estudos foram descritos?
 - 10. Apresenta fluxograma do processo de inclusão dos estudos?
 - 11. Os estudos incluídos foram avaliados metodologicamente?
 - 12. O grau de confiança da evidência foi relatado na (s) revisão (ões) sistemática(s)?
 - 13. A extração dos dados foi relatada de forma suficiente e adequada?
- 14. As características gerais de cada opção estão descritas de forma suficiente e adequada?
- 15. Apresenta análise sobre a possibilidade de cada opção impactar de forma desigual nos diferentes grupos ou contextos?
- 16. Descreve estratégias que possam ser utilizadas para reduzir ou mitigar possíveis iniquidades das opções?
- 17. Apresenta considerações informadas por evidências sobre possíveis barreiras para a implementação de cada opção?
- 18. Propõe estratégias informadas por evidências de superação de potenciais barreiras de implementação das opções elencadas?
 - 19. Apresenta considerações sobre monitoramento e avaliação das opções elencadas?

- 20. Em relação ao documento todo, a linguagem é clara e acessível?
- 21. Envolveu participação de atores interessados no processo de elaboração da síntese? Avaliação geral:

Comentários:

Todas as perguntas (1 a 21) apresentavam quatro alternativas fechadas de respostas: sim, não, parcialmente e não claro.

ANEXO 4 - Parecer Consubstanciado do CEP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo/EEUSP



USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO / EEUSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DA ATENCÃO

Pesquisador: EMILIANA MARIA GRANDO GAIOTTO

Área Temática: Versão: 3

CAAE: 25396719.4.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.362.070

Apresentação do Projeto:

O objeto deste estudo são as políticas públicas voltadas à saúde do trabalhador da Atenção Primária à Saúde. As políticas públicas voltadas à saúde dos trabalhadores em geral encontram-se majoritariamente direcionadas ao reconhecimento e controle de doenças ocupacionais, sendo consideradas escassas as políticas sociais mais amplas, que remetem ao âmbito da determinação social do processo saúde do trabalhador. Quadro

semelhante é encontrado na área de saúde do trabalhador da Atenção Primária à Saúde. O fluxo da demanda, bem como os problemas sociais que estão na base dos problemas de saúde da população atendida na Estratégia Saúde da Família, vem provocando desgastes aos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, como problemas de saúde mental, entre outros. As decisões sobre políticas públicas em saúde são muitas vezes tomadas sem embasamento científico, sem consulta popular, e baseadas na busca por resultados centralizados na assistência médica. Considerações teóricas: A saúde coletiva adota o campo da saúde do trabalhador, com críticas importantes ao campo da saúde ocupacional, e busca adensar a análise dos problemas na área, a partir das categorias trabalho e processo de trabalho. Ademais, esse campo compreende a atenção à saúde como direito social, o que o inscreve na órbita do Estado e das políticas estatais. Parte-se do pressuposto, nesta investigação, que é necessário desenvolver políticas públicas de proteção, na área de saúde do trabalhador da Atenção Primária à Saúde e que, para propor políticas nessa área, é necessário auscultar o que vem sendo produzido de evidência no mundo todo, bem como os

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000

UF: SP Município: SAO PAULO



USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO / EEUSP



Continuação do Parecer: 4.362.070

setores envolvidos na área.

Objetivos:

Elaborar uma síntese de evidências relativas às políticas públicas na área de saúde do trabalhador, com enfoque nos trabalhadores da saúde da Atenção Primária à Saúde; mapear os sistemas de informação em saúde do trabalhador nos países de baixa e média renda. Método: serão realizadas duas revisões da literatura. A primeira, para responder ao primeiro objetivo, está em andamento e seguindo as etapas estabelecidas pelas ferramentas SUPPORT e adotadas pela EVIPNet. A metodologia usada é participativa e envolve as seguintes etapas:(I) Definição de prioridades para a definição dos programas/políticas. (II) Busca de evidências. (III) Definição das opções para a abordagem política. (IV) Extração dos dados e (V) Elaboração da síntese de evidências. A etapa de considerações futuras é constituída pelo: (I) Diálogo deliberativo. (II) Considerações para a Implementação. (III) Monitoramento e avaliação. Para essa primeira etapa será realizado um diálogo deliberativo com as pessoas-chaves para discutir a síntese de evidência e após o término será realizado um relato de experiência dos participantes sobre o processo do

método participativo. Os resultados da primeira etapa (síntese de evidência), serviram de guia para definir a necessidade de conhecer os sistemas de informação em saúde do trabalhador, o que se refere ao segundo objetivo deste trabalho, e que será cumprido através de revisão sistemática de escopo. Para a revisão sistemática de escopo, adotou-se a metodologia do Instituto Joanna Briggs. Dessa forma, estruturou-se a questão

norteadora, estratégias de busca, critérios de inclusão e exclusão e elaborou-se protocolo, que foi submetido ao Instituto Joanna Briggs para publicação. Resultados esperados: espera-se que a revisão das políticas possa descrever e analisar as características das políticas adotadas em todo o mundo, na área de saúde do trabalhador, delineando opções viáveis para gestores, conforme o método proposto, e que a revisão sistemática de escopo, ao mapear os sistemas de informação na área, nos países de baixa e média renda, possa trazer elementos promissores para a área de proteção ao trabalhador e direitos sociais, para serem discutidos e adotados na área.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Elaborar uma síntese de evidência sobre às políticas públicas na área de saúde do trabalhador, com enfoque nos trabalhadores da saúde da APS.

Objetivo Secundário:

Realizar um diálogo deliberativo com pessoas chave para a avaliação da possibilidade de

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000

UF: SP Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7503 E-mail: ee@usp.br



USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO / EEUSP



Continuação do Parecer: 4.362.070

implementação das opções desenvolvidas na síntese de evidência. Realizar entrevista com os participantes da pesquisa sobre o relato de experiência da participação dos mesmos no método participativo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por se tratar de uma revisão de literatura, a metodologia não oferece risco. No diálogo deliberativo serão discutidos a equidade da implementação da proposta com as barreiras e facilitadores do processo.

No relato de experiência, os participantes darão o testemunho sobre a participação de uma metodologia participativa.

Benefícios:

O estudo poderá contribuir com a produção de conhecimentos, no sentido de superar alguns desafios nas práticas de Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde e o mesmo poderá servir de base científica para aplicações de metas e ações para as demais profissões de saúde e demais níveis de complexidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos Obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foi solicitada uma Emenda pela Pesquisadora e Aprovada, com a seguinte justificativa:

Devido a pandemia COVID-19 o Diálogo Deliberativo que seria presencial de 8 horas passa a ser virtual de 4 horas. Como também a assinatura virtual."

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05,403-000

UF: SP Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7503 E-mail: ee@usp.br



USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO / EEUSP



Continuação do Parecer: 4.362.070

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_164496 9_E1.pdf	07/10/2020 16:47:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DDTERMODECONSENTIMENTOLIVRE EESCLARECIDOreformulado.pdf	07/10/2020 16:41:14	EMILIANA MARIA GRANDO GAIOTTO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaocoordenadoriasul.pdf	07/11/2019 15:39:40	EMILIANA MARIA GRANDO GAIOTTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	cepprefeituracampolimponovembro2019. pdf	07/11/2019 15:34:54	EMILIANA MARIA GRANDO GAIOTTO	Aceito
Cronograma	cronogramaplataformabrasiloutubro.pdf	26/10/2019 09:44:47	EMILIANA MARIA GRANDO GAIOTTO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostooutubro.pdf	26/10/2019 09:41:21	EMILIANA MARIA GRANDO GAIOTTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_ConsentimentoCEPUSP.pdf	27/02/2019 07:08:32	EMILIANA MARIA GRANDO GAIOTTO	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 26 de Outubro de 2020

Assinado por: Rita de Cassia Burgos de Oliveira (Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000

UF: SP Município: SAO PAULO

ANEXO 5 - Parecer Consubstanciado do CEP da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo- SMS/SP



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO -SMS/SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO

Pesquisador: EMILIANA MARIA GRANDO GAIOTTO

Área Temática: Versão: 1

CAAE: 25396719.4.3001.0086

Instituição Proponente: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.424.850

Apresentação do Projeto:

Nada a acrescentar ao parecer consubstanciado aprovado do CEP SMS São Paulo n^{o} 3.822.728 de 05/02/2019.

Objetivo da Pesquisa:

Não houve alteração de objetivos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não houve alteração de riscos e benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nada a acrescentar ao parecer consubstanciado aprovado do CEP SMS São Paulo nº 3.822.728 de 05/02/2019.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se esta submissão da apresentação de emenda com a seguinte justificativa: "Devido a pandemia COVID-19 o Diálogo Deliberativo que seria presencial de 8 horas passa a ser virtual de 4

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque CEP: 01.223-010

UF: SP Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO -SMS/SP



Continuação do Parecer: 4.424.850

horas. Como também a assinatura virtual".

Foram apresentados os documentos a seguir.

- TCLE

Texto aprovado e apresentado no protocolo original.

- TOLE

Texto ajustado para a proposta da emenda com a informação sobre o diálogo deliberativo de forma virtual. De acordo.

- Projeto de pesquisa

Não há informação sobre o diálogo deliberativo de forma virtual. Uma vez que este recurso será usado seria recomendável cita-lo.

Não houve alteração no orçamento.

O cronograma foi atualizado, no entanto a emenda foi apresentada posteriormente à proposta original de término (15/12/2019).

Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DDTERMODECONSENTIMENTOLIVRE EESCLARECIDOreformulado.pdf	07/10/2020 16:41:14	EMILIANA MARIA GRANDO GAIOTTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	cepprefeituracampolimponovembro2019. pdf	07/11/2019 15:34:54	EMILIANA MARIA GRANDO GAIOTTO	Aceito
TCLE / Termos de	Termo_ConsentimentoCEPUSP.pdf	27/02/2019	EMILIANA MARIA	Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Airro: Vila Buarque CEP: 01.223-010

IF: SP Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO -SMS/SP



Continuação do Parecer: 4.424.850

Assentimento / Justificativa de	Termo_ConsentimentoCEPUSP.pdf	07:08:32	GRANDO GAIOTTO	Aceito
Ausência				

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

SAO PAULO, 27 de Novembro de 2020

Assinado por: SIMONE MONGELLI DE FANTINI (Coordenador(a))

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

CEP: 01.223-010

Bairro: Vila Buarque
UF: SP Municipio: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com