

Síntese de evidências para políticas de saúde do trabalhador da Atenção Básica: opções para supervisões de saúde

São Paulo
2025

AUTORIA

Emiliana Maria Grando Gaiotto, Escola de Enfermagem da USP (EEUSP)
Cassia Baldini Soares, Escola de Enfermagem da USP
Aline Godoy Vieira, Escola de Enfermagem da USP
Tereza Setsuko Toma, Instituto de Saúde (IS, SES/SP)
Maritsa Carla de Bortoli, Instituto de Saúde (IS, SES/SP)
Edward Toshiyuki Midorikawa, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Leste (CRST-Leste) da Prefeitura Municipal de São Paulo
Katia Regina Dos Santos Narciso, Atenção Básica, Hospital Sírio Libanês e Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem da Atenção Primária à Saúde no SUS (PMPAPS) da EEUSP
Francisco Antonio de Castro Lacaz, Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Leonardo Mello e Silva, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP (FFLCH USP)
Maria do Perpétuo Socorro de Sousa Nóbrega, EEUSP e Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)
Mariana Sales Dias, Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM) e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da EEUSP

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às bibliotecárias Fabiana Gulin Longhi Palácio e Juliana Akie Takahashi, às bolsistas do Instituto de Saúde Bruna Carolina de Araújo, Roberta Crevelario de Melo e Leticia Aparecida Lopes Bezerra da Silva por contribuírem com a definição das estratégias de busca e buscas nas bases de dados, e o professor Kaelan Moat do McMaster Health Forum, McMaster University, Canadá por revisar a metodologia.

FINANCIAMENTO

Esta síntese de evidências foi elaborada como parte da tese de doutorado de Emiliana Maria Grando Gaiotto, intitulada "Síntese de evidências para políticas de saúde do trabalhador da Atenção Básica: opções para supervisões de saúde", sendo desenvolvida com recursos próprios. A tese é orientada por Cassia Baldini Soares, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE), da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesse com relação ao tema abordado.

REVISÃO DE MÉTODO E MÉRITO DA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE

Esta síntese de evidências foi revisada com relação ao método por especialistas, particularmente, no que se refere à identificação, seleção, avaliação e crítica das evidências encontradas e opções organizadas e, com relação ao mérito, foi revisada por pesquisadores, gestores e atores interessados no problema de forma a definir a sua relevância para políticas de saúde.

CITAÇÃO

Gaiotto, EMG; Soares, CB; Godoy-Vieira A et al. Síntese de evidências para políticas de saúde do trabalhador da Atenção Básica: opções para supervisões de saúde. São Paulo[2020]. 69p.

FICHA CATALOGRÁFICA

GAIOTTO, Emiliana Maria Grando.

Síntese de evidências para políticas de saúde do trabalhador da Atenção Básica: opções para supervisões de saúde / Emiliana Maria Grando Gaiotto ... [et. al.]. – São Paulo, 2025.

65 p. : il. ; 30 cm .

Inclui bibliografia.
Vários autores.

1. Síntese de Evidências. 2. Saúde do trabalhador. 3. Políticas Públicas. 4. Atenção primária à saúde. 5. Atenção Básica. I. Soares, Cassia Baldini. II. Vieira, Aline Godoy. III. Toma, Tereza Setsuko. IV. Bortoli, Maritsa Carla de. V. Midorikawa, Edward Toshiyuki. VI. Narciso, Katia Regina Dos Santos. VII. Lacaz, Francisco Antonio de Castro. VIII. Silva, Leonardo Mello e. IX. Nóbrega, Maria do Perpétuo Socorro de Sousa. X. Dias, Mariana Sales. XI. Título.

CDD 613.6

ESTA SÍNTESE INCLUI:

- Contextualização e descrição do problema;
- Estabelecimento de opções viáveis para resolver o problema identificado;
- Considerações quanto à equidade das opções estabelecidas;
- Considerações sobre a implementação das opções estabelecidas.

ESTA SÍNTESE NÃO INCLUI

Recomendações sobre qual(is) opção (ões) deve (m) ser selecionada (s) para implementação da política.

PARA QUEM ESTA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS SE DIRECIONA?

Para formuladores e implementadores de políticas de saúde, pessoal de apoio e outros interessados no problema abordado.

PARA QUE A SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS FOI ELABORADA?

Para subsidiar as decisões políticas ou programáticas a serem tomadas na solução do problema identificado.

O QUE É UMA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE?

Trata-se de compilação de evidências provenientes de pesquisas científicas internacionais e nacionais, consideradas relevantes para propor o enfrentamento de problemas detectados. A síntese busca e organiza as evidências identificadas na literatura, avaliando-as e apresentando-as na forma de opções viáveis para subsidiar diálogos de caráter deliberativo, com atores sociais, como gestores, sociedade civil organizada e pesquisadores.

OBJETIVOS DA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE

- Esclarecer o problema a ser priorizado;
- Subsidiar as decisões para o estabelecimento de políticas e/ou programas de saúde, considerando os benefícios, prejuízos, custos locais ou relação custo-benefício, aplicabilidade, perspectivas e experiências dos atores envolvidos, além de aspectos relativos à equidade das opções estabelecidas pela síntese; e
- Elaborar considerações sobre a implementação das opções.

EVIPNET BRASIL

A Rede de Políticas Informadas por Evidências (Evidence-Informed Policy Network) – EVIPNet – visa promover o uso sistemático e transparente de evidências científicas na tomada de decisão e na elaboração e implementação de políticas e programas de saúde para fortalecer os sistemas de saúde. A EVIPNet promove ainda o uso compartilhado do conhecimento científico e sua aplicação, em formato e linguagem dirigidos aos gestores de saúde, na prática clínica, nos serviços e sistemas de saúde, na formulação de políticas públicas e cooperação técnica entre os países participantes.

A EVIPNet Brasil 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), entre outros.

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

A Escola de Enfermagem da [Universidade de São Paulo](#) (EE/USP) prepara enfermeiros, docentes, pesquisadores e especialistas nas diversas áreas de atuação da enfermagem por meio de cursos de graduação, pós-graduação e extensão universitária. O Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) compõe o conjunto de programas de formação no âmbito da Pós-Graduação stricto sensu da EE/USP e destina-se a capacitar enfermeiros e outros profissionais para processos de produção de conhecimento e de atualização científica de modo a impulsionar o avanço de conhecimento inovador e gerar transformações nas políticas e práticas assistenciais e gerenciais em enfermagem e saúde em geral, integrando conhecimentos da ciência de enfermagem ao de outras disciplinas. Tem como foco problemas atuais do cuidado e gestão em saúde no Brasil e no mundo, que afetam o indivíduo ao longo do seu ciclo vital, a família e os grupos sociais.

INSTITUTO DE SAÚDE DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO – IS/SES-SP

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.

SUMÁRIO

MENSAGENS-CHAVE

05

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

15

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

17

Opção 3. Desenvolver práticas em saúde de mudança na organização do trabalho, visando o fortalecimento dos trabalhadores: práticas inovadoras em saúde do trabalhador

19

CONSIDERAÇÕES CONCERNENTES À EQUIDADE DAS OPÇÕES

22

CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES

23

APÊNDICES

45

MENSAGENS-CHAVE

O problema

A distinção entre os campos da Saúde Ocupacional (SO) e Saúde do Trabalhador (ST) é necessária para compreender o problema desta síntese de evidências para políticas. SO é o campo de conhecimentos e práticas que, com base na concepção multicausal de doença, atua dando ênfase ao risco ocupacional, 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 desenvolveu tomando por base a teoria da determinação social da saúde; teoria que ampara a saúde coletiva na América Latina e se propõe a desenvolver práticas e ações de compreensão da realidade contextual e macroestrutural de saúde dos trabalhadores, bem como alicerçar a reivindicação por 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 considerados ocupacionais, a ST busca determinar os elementos que se encontram na raiz dos problemas de saúde, para transformá-los radicalmente (MENDES; DIAS, 1991; LACAZ, 1996; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; LACAZ, 2007; GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Nesse sentido, práticas em ST são as que visam resgatar analiticamente a essencialidade histórica do trabalho, para retomar criticamente os seus sentidos positivos, esclarecendo como o capitalismo destrói esses sentidos pela divisão técnica do trabalho e pela alienação. Tais práticas podem ser exemplificadas pelas oficinas emancipatórias, que se constituem como processo educativo cuja finalidade é fortalecer os(as) trabalhadores(as) (SOARES *et.al.*, 2018).

A política de gestão de pessoas, que constitui um dos eixos estruturantes do SUS, enfatiza a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, bem como o adequado tratamento de conflitos e a democratização das relações de trabalho (BRASIL, 2006). No entanto, as práticas de gestão em ST no SUS, em especial na APS, se direcionam majoritariamente à prevenção de doenças e acidentes de trabalho, filiando-se majoritariamente à SO, falhando no que se refere a evidenciar a exploração capitalista no trabalho e a implementar instrumentos de fortalecimento dos trabalhadores, que busquem modificar as condições de trabalho (EVANGELISTA *et al.*, 2011).

O trabalho na Atenção Básica (AB) enfrenta ainda, como nos demais serviços de natureza pública, os enormes desafios impostos pelo Estado neoliberal ao SUS, especialmente nos últimos anos (CAMPOS; VIANA; SOARES, 2015). Trabalhar mediante cortes orçamentários, aumento da demanda decorrente do agravamento do desemprego e do emprego precário, e mediante a complexidade e multidimensionalidade do trabalho na AB, constitui desafio que vem afetando sobremaneira a saúde dos trabalhadores que estão na linha de frente do SUS.

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, 1986). O aumento de incidentes violentos em ambientes de cuidados de saúde é também destacado pela OIT (ILO, 2017).

Esta síntese pretende disponibilizar opções baseadas em evidências científicas, que contemplem as diversas dimensões envolvidas na saúde dos trabalhadores, abrangendo práticas efetivas advindas do referencial da ST e da SO.

Opções para enfrentar o problema

Esta síntese se destina a gestores em saúde que pretendem implementar as melhores evidências disponíveis para a saúde do trabalhador da Atenção Básica (AB), valendo-se de três opções,

formuladas a partir das evidências científicas disponíveis, para enfrentar o problema do desgaste e dos potenciais de desgaste dos trabalhadores de saúde, e discutindo as principais barreiras para a implementação dessas opções, bem como as implicações de equidade que envolvem a implementação das opções elaboradas.

Opção 1. Estabelecer programa multiprofissional de prevenção e monitoramento de problemas de saúde (desgaste) para trabalhadores da Atenção Básica: 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/coordenadores em classificação de risco, e desenvolver grupos de acompanhamento para trabalhadores com os problemas de saúde identificados.

Opção 2. Adotar um protocolo de gestão e acompanhamento de trabalhadores da Atenção Básica 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.

Opção 3. Desenvolver práticas em saúde voltadas para a organização do trabalho tendo como finalidade o fortalecimento dos trabalhadores: 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 filia-se 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.

Considerações sobre equidade para as opções

A igualdade é um dos princípios do SUS, o que significa saúde para todos indistintamente de classe social, raça/etnia, gênero ou geração. Frente às enormes desigualdades sociais na América Latina, a equidade passou a ser aventada nas últimas décadas, como princípio para direcionar as ações dos Estados, com a finalidade de aplicar recursos, em maior ou menor grau, em políticas estatais (RIZZOTTO, BORTOLOTO, 2011). Esta síntese procurou considerar as desigualdades entre os grupos sociais, de forma a fazer prevalecer o direito à saúde da Constituição brasileira. Considerou também as iniquidades em saúde, no sentido de evidenciar possíveis discriminações e evitar que a política estatal venha a preterir ou discriminar algum grupo em particular, na ação do Estado de estabelecer prioridades diante de escassos recursos destinados à proteção social dos cidadãos. É possível que a implementação de opções propostas acarrete diferenças de tratamento, uma vez que apenas uma das seis Supervisões Técnicas do Município de São Paulo está sendo considerada, neste momento, para a implementação. Ademais, a revisão está centrada nos trabalhadores da AB, em função da especificidade do trabalho, mas, com isso, exclui muitas evidências que são específicas dos demais serviços de saúde.

Considerações sobre a implementação das opções

Não há obrigatoriedade de que as opções apresentadas nesta síntese sejam implementadas

integralmente até porque elas são diferentes entre si, tanto do ponto de vista operacional, quanto por referências aos fundamentos que as amparam. A aplicação prática deve considerar os fundamentos e a viabilidade local, inserindo-se nos processos de tomada de decisão política. É importante considerar também as barreiras à implementação das opções, especialmente aquelas localizadas no campo da organização do sistema e dos serviços de saúde, bem como as localizadas no campo da cultura e representações dos usuários e trabalhadores de saúde.

CONTEXTO E ANTECEDENTES

Saúde do Trabalhador (ST)

O processo de implantação dos serviços de ST no sistema de saúde brasileiro pode ser compreendido a partir de dois momentos históricos. No primeiro momento, entre 1978 e 1986, esse processo estava articulado ao movimento pela Reforma Sanitária, de forma que foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que se decidiu pela realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. O segundo momento, entre 1987 e 1997, foi caracterizado pela transição de serviços, que passaram dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST). Nessa transição, ficaram claras duas concepções contrapostas, a *sanitarista*, que propunha a implantação e o desenvolvimento de ações na rede básica, e a *pragmática*, que propunha serviços específicos secundários, com pessoal técnico especializado (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005).

A Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) foi criada pela portaria 1.679/2002, do Ministério da Saúde, como principal estratégia de operacionalização da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST). Teve apoio dos profissionais dos CRST e de setores de movimento dos trabalhadores, em função de basear-se em financiamento específico para ações de saúde do trabalhador, vinculadas a um plano de trabalho elaborado nos âmbitos estadual e municipal (DIAS; HOEFEL, 2005). Em 2012, o governo instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora pela portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que define as obrigações das três esferas de gestão do SUS, para a atenção integral à saúde do trabalhador (BRASIL, 2012).

Atenção Básica (AB)

A expressão AB foi adotada pelo governo federal brasileiro, a partir da edição das Normas Operacionais Básicas (GIL; MAEDA, 2013), embora em documentos oficiais se utilize também a terminologia Atenção Primária à Saúde (APS) (MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009).

AB é definida pelo MS brasileiro como “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”. Normatizada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aposta prioritariamente na estratégia saúde da família (ESF) para expansão e consolidação da AB no território brasileiro (BRASIL, 2017).

Articulação entre Saúde do Trabalhador (ST) e Atenção Básica (AB)

Desde a segunda metade da década de 1990, começou-se a adotar na saúde, a partir de reforma do Estado, uma política de flexibilização das relações de trabalho, com precarização dos vínculos trabalhistas, acompanhando mudanças no setor secundário da economia (SILVA; SILVA, 2008).

A Lei nº 9.637/98 normatizou as Organizações Sociais (OSs), de acordo com o Plano

Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE), de 1995 (BRASIL, 1995). Dada essa abertura na forma de gestão da saúde pública, que refletiu a aderência do Estado a interesses privados em várias áreas de prestação de serviços públicos, e dados os constrangimentos impostos pela lei de responsabilidade fiscal, os municípios passaram a fazer contratos de gestão com diversos tipos de organizações sociais. Além da convivência no mesmo espaço de trabalho entre trabalhadores públicos estatutários e celetistas contratados por OSs, trabalhadores da saúde passaram a ter contratos precários, com vínculos trabalhistas que não asseguram qualquer proteção social (BRASIL, 2006).

Um conjunto de evidências vem se acumulando sobre o crescente desgaste dos trabalhadores de OSs, que compõem a equipe da ESF, como Agentes Comunitários de Saúde (CORDEIRO; SANTOS, 2015; CAVALCANTE; LIMA, 2013), enfermeiros (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007), ou equipes de saúde (BRAGA; CARVALHO; BLINDER, 2010), entre outros. A intensa rotatividade médica e de enfermagem está relacionada, entre outros motivos, à precarização dos vínculos trabalhistas, e a más condições de trabalho (MEDEIROS *et al.*, 2010).

Há também evidências empíricas de que incidentes de violência tendem a acontecer em territórios de alta vulnerabilidade social, de atuação preferencial da ESF (SANTOS; SILVA; BRANCO, 2017). Particularmente, territórios onde há conflitos armados produzem exaustão mental e afetam a satisfação no trabalho, aumentando a rotatividade dos trabalhadores (SANTOS *et al.*, 2020).

Conceitos-chave relacionados à saúde do trabalhador

Reprodução social

É “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).

Desgaste e Fortalecimento

As classes sociais determinam diferentes formas de reprodução social dos indivíduos, famílias e grupos sociais a elas pertencentes, ou seja, a inserção de classe determina as formas de trabalhar (produzir) e de viver (consumir) desses indivíduos, famílias e grupos sociais. Da inserção na produção depende a inserção no consumo. Tanto a inserção na produção quanto a no consumo apresentam formas inerentes de fortalecimento e de desgaste, ou seja, apresentam diferentes potenciais de fortalecimento e desgaste. Compreender a determinação social do processo saúde doença dos trabalhadores significa compreender como se inserem na produção e no consumo, ou seja, como são suas formas de trabalhar e de viver (perfis de reprodução social). A união dos perfis da reprodução social e dos perfis de saúde/doença (problemas de saúde) compõe os perfis epidemiológicos, de forma que haverá tantos perfis epidemiológicos quanto grupos sociais (que conformam a reprodução social das classes sociais) existirem no território (BREILH; GRANDA, 1989; QUEIROZ; SALUM, 1996; TRAPÉ, 2011; VIANA; SOARES; CAMPOS, 2013).

DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Políticas públicas que respondam às necessidades em saúde dos trabalhadores são insuficientes e tendem a desaparecer no cenário atual de enfraquecimento das leis trabalhistas, com o fechamento da Ministério da Previdência Social (2015), a reforma trabalhista (2017), o fechamento do Ministério do Trabalho (2019), e a reforma da previdência social (2019), ao lado dos processos neoliberais de enfraquecimento da participação dos sindicatos nos acordos coletivos e mudanças nas normas regulamentadoras (retirada de acidente de trajeto). Desta forma, a tendência é que os trabalhadores da saúde arquem com as consequências do desgaste no trabalho.

Para complicar, recaem também sobre os trabalhadores da saúde os efeitos da Emenda Constitucional 95/16, que dispõe sobre as despesas primárias federais voltadas para saúde, educação, obras, segurança e previdência. A referida emenda congelou os gastos públicos por 20 anos, de forma que o orçamento federal somente poderá ser reajustado no mesmo percentual de variação verificado pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) do ano anterior, o que acarretará a piora da oferta de serviços de saúde, dificultando a implantação de novos serviços e a manutenção dos serviços existentes (NOCE; CLARK, 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. Os autores ponderam que o enfraquecimento da mobilização dos trabalhadores em tempos de hegemonia neoliberal tem reflexo direto na capacidade de enfrentamento coletivo dos problemas de saúde mental. Lizano (2015), em revisão sistemática sobre a relação entre esgotamento profissional (*burnout*)¹ e bem-estar dos trabalhadores de serviços humanos mostra que a exaustão emocional tem impacto negativo e significativo em todas as formas de bem-estar dos trabalhadores. Metanálise da prevalência de *burnout* entre enfermeiros da APS mostra que o desempenho pessoal é a dimensão mais afetada (31%), seguida por exaustão emocional (28%) e por último despersonalização (15%) (MONSALVE-REYES *et al.*, 2018). Outros estudos identificaram na equipe de saúde da família (SILVA *et al.* 2016; ASSIS; SOUZA; PEREIRA, 2020), em enfermeiros (LORENZ; GUIRARDELLO, 2014) e particularmente nas ACSs, a prevalência de sintomas de depressão e *burnout* associados às variáveis ocupacionais (demandas de controle e capacidade para o trabalho) na AB (MOURA; LEITE; GRECO, 2020).

A exemplo de trabalhadores de outros setores, os que atuam na ESF sofrem as consequências dos processos de acumulação vigentes, a partir das formas de organização do trabalho. Com metas para serem cumpridas e atenção assistencial fragmentada, a responsabilidade dos trabalhadores da saúde na AB passa a ser cada vez mais multifuncional, com o trabalhador respondendo por diversas tarefas ao mesmo tempo (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007; CORDEIRO; SOARES, 2015).

A carga de trabalho, o senso de controle e/ou autonomia e a desvalorização no trabalho são considerados prognósticos de *burnout* (MATHESON *et al.*, 2016). A síndrome de *burnout* foi reconhecida pela OMS como uma síndrome ocupacional resultante de estresse crônico no trabalho (BRASIL, 2019). De acordo com um estudo do Instituto Gallup, de 2018, o esgotamento pode ocorrer devido a tratamento injusto no emprego, sobrecarga de trabalho e falta de clareza sobre a função. Os trabalhadores também ficam estressados com a falta de apoio de seus superiores e com pressão irracional (BBC NEWS BRASIL, 2019). Outro fator importante, destacado por Freire (2008), é o assédio moral, que se traduz em violência cotidiana, com grande impacto sobre a saúde mental dos trabalhadores, ainda que de difícil mensuração.

Estudo realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos mostra que a primeira causa de afastamento de menos de 15 dias, dos trabalhadores de saúde, refere-se a doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; a segunda causa são as doenças do aparelho

respiratório, seguida dos transtornos mentais. Já, entre os afastamentos superiores a 15 dias, as causas externas ocupam o primeiro lugar, seguidas pelas doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; em terceiro lugar, bem próximo às doenças osteomusculares estão novamente os transtornos mentais. Os afastamentos dos auxiliares de enfermagem e dos profissionais de recepção superam os de todas as outras categorias da saúde juntas. Em seguida, encontram-se os agentes comunitários de saúde (ACS), observando-se presença marcante dos trabalhadores da AB (LACAZ; GOULART; JUNQUEIRA, 2017).

Diante das projeções de escassez de mão-de-obra em saúde, e de resultados de estudos que indicam altas taxas de depleção de trabalhadores nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), em países de baixa e média renda, é necessário que os formuladores de políticas intervenham com base em evidências para reduzir o desgaste da força de trabalho e, assim, garantir atendimento adequado à população (DUGANI et al., 2018).

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. Leão e Minayo-Gomez (2014) afirmam que se faz 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; (8) questões externas ao processo de trabalho.

Regulamentação da saúde do trabalhador no município de São Paulo

De âmbito federal, a Portaria GM n.º 3.214/78, estabelece diversas normas regulamentadoras (NR) da Consolidação das Leis do Trabalho CLT, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. A NR4 define a necessidade de manter Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) em empresas privadas e públicas, órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário, com empregados regidos pela CLT, com a finalidade de proteger a integridade física e mental do trabalhador dentro dos locais de trabalho (BRASIL, 1978). O SESMT é formado por um grupo de especialistas em engenharia e medicina do trabalho. Já a NR5 define a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), que objetiva prevenir acidentes e doenças decorrentes do trabalho, identificar riscos para produzir ações de eliminação desses riscos, sendo formada por trabalhadores eleitos (BRASIL, 1978).

Entre as normas estavam ainda a NR7, que dispõe sobre o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), responsável pela realização de exames periódicos do trabalhador (físico e mental), e a NR 9, que dispõe sobre o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), que visa promover e preservar a saúde e a integridade dos trabalhadores em decorrência dos riscos (físicos e ambientais) existentes nos ambientes de trabalho.

¹ De acordo com Lizano (2015) o esgotamento ou exaustão no trabalho (*burnout*) foi originalmente estudado nos serviços humanos, em esforço para definir a síndrome que afligia o trabalhador, diante da necessidade de dar respostas a indivíduos em situação de vulnerabilidade ou crise. A autora usa a definição de Maslach e Jackson (1981) para *burnout* apresentando as três dimensões envolvidas no processo: exaustão emocional, despersonalização e de realização (emotional exhaustion, depersonalization, and low personal accomplishment). A exaustão emocional ocorre em função da exposição crônica ao estresse no trabalho; como defesa, o trabalhador tenta se distanciar dos clientes, fazendo crescer o cinismo e o desapego; por fim, sentimentos de ineficácia no local de trabalho tomam conta do trabalhador.

De responsabilidade da empresa, envolve a participação conjunta do SESMT (quando existente), Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), com representantes do local de trabalho eleitos, por votação dos próprios trabalhadores para elaboração de mapa de risco, e treinamentos para prevenção de acidentes de trabalho na empresa (BRASIL, 1978; BRASIL, 1994). O profissional habilitado para o desenvolvimento do PPRA nas empresas de saúde devem ativamente realizar visitas às unidades de saúde, conversar com os trabalhadores e alterar o PPRA, quando houver necessidade. No caso da AB, um dos problemas identificados diz respeito às unidades básicas de saúde, que contam com servidores estatutários e celetistas, pois os estatutários não são integrados ao programa. Trata-se de distorção que necessita ser corrigida (GAIOTTO; GODOY-VIEIRA; SOARES, 2018). Em março de 2020, houve alterações na NR7, e o PPRA foi substituído pelo Programa de Gerenciamento de Riscos (PGR), agregado à NR1. Por esse novo formato, o relatório de avaliação do ambiente de trabalho não precisará mais ser renovado anualmente, porém deve ser reavaliado quando houver mudanças no ambiente de trabalho. Para empresas que tenham certificações em sistema de gestão de Segurança e Saúde no Trabalho, se não ocorrer mudanças, a avaliação de riscos deverá ser revista a cada dois ou três anos (BRASIL, 2020).

As empresas do contrato de gestão da PMSP realizam as eleições da CIPA, anualmente, para todos os serviços de saúde sob sua responsabilidade. Os representantes atuam preventivamente contra as condições de risco no ambiente de trabalho, além de exercerem as funções para as quais foram contratados; são ainda 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).

A Prefeitura do Município de São Paulo obedece ainda o Decreto N° 57.775, de 06 de Julho de 2017, que 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, de maneira a atender as questões relacionadas ao trabalho dos servidores municipais (SÃO PAULO, 2019).

O encaminhamento de trabalhadores com doenças ocupacionais ou que sofreram acidentes de trabalho para o CRST no município de São Paulo pode ser feito por: 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). Uma das atividades da equipe do CRST, a de matriciamento das equipes de AB, ainda não está estruturada devido à alta rotatividade de profissionais da AB e ao número insuficiente de profissionais para realizar as ações de matriciamento (GAIOTTO; GODOY-VIEIRA; SOARES, 2018).

Quando do retorno de afastamentos por problemas ocupacionais, após a verificação das limitações do trabalhador para continuar em sua função, um conjunto de medidas da empresa através do SESMT deve ser adotado, como: 1) medidas de adaptação do local de trabalho, inclusive sob o ponto de vista ergonômico; 2) acompanhamento profissional de Assistente Social e Psicólogo; 3) avaliação médica periódica; 4) direcionamento para cursos de capacitação profissional para ocupação de cargo compatível com o salário; 5) prevenir a discriminação de trabalhadores de outros setores e adoecimento emocional do trabalhador assistido (PEREIRA, 2015).

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 mostram sua preocupação de que isto não esteja acontecendo na prática (GAIOTTO; GODOY-VIEIRA; SOARES, 2018).

O SESMT não comporta na sua conformação atual profissionais de saúde mental, o que é apontado como falha, pois as licenças médicas por problemas de saúde mental têm aumentado nos últimos anos (GAIOTTO; GODOY-VIEIRA; SOARES, 2018).

Vigilância em Saúde do trabalhador e Sistemas de Informação

No Brasil, de acordo com a OIT, a cada 48 segundos ocorre um acidente de trabalho, sendo que a cada quatro horas esse acidente é fatal. Em 2017, foram contabilizados 574.050 acidentes de trabalho 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. O Brasil é o quinto colocado para acidentes de trabalho, depois da Colômbia, França, Alemanha e, novamente, EUA (ILO, 2017). De cada cinco acidentes de trabalho, quatro vitimam trabalhadores terceirizados. Segundo o procurador do Ministério Público de Trabalho (MPT), os motivos são muitos, mas especialmente, porque as empresas não investem em treinamento e qualificação (BRASIL, 2018).

Zinet (2012) destaca que os dados ministeriais sobre acidentes de trabalho 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. Groseclose e Buckeridge (2017) referem que 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 oferece dados importantes para orientar decisões de saúde pública, de muitas formas, incluindo prevenção de doenças, planejamento e gerenciamento de programas de prevenção, promoção da saúde, melhoria da qualidade e alocação de recursos.

Lourenço e Lacaz (2013) consideram que a construção de um sistema de informação, que possa oferecer um retrato da relação trabalho e saúde, depende da estrutura dos serviços de saúde para realizar ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, e também de notificação de agravos. Entre outros desafios, os autores chamam a atenção para a necessidade de que a educação permanente vá além de promover a crítica à atenção tradicional baseada no modelo biomédico, e promova também o reconhecimento do impacto do trabalho sobre os processos saúde-doença.

Definido pela OMS, um sistema de vigilância de 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 da saúde ocupacional abrange a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância do ambiente de trabalho. A vigilância em saúde do trabalhador 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 do ambiente de trabalho está relacionada à identificação e avaliação de fatores ambientais que têm potencial para afetar a saúde dos trabalhadores (RANTANEN *et al.*, 2001).

O MS brasileiro instituiu por meio da Portaria nº 1339, de 18 de novembro de 1999, a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada no SUS. Nessa lista, além das tradicionais doenças ocupacionais, são reconhecidos problemas sociais que envolvem o trabalho e as condições de trabalho, como os relacionados com o emprego ou desemprego, dentre os quais mudança de emprego ou ameaça de perda de emprego; ritmo de trabalho penoso; desacordo com padrão e colegas; não adaptação à organização do horário (LACAZ; GOULART; JUNQUEIRA, 2017).

No Brasil, existem sistemas de informação que registram agravos que acometem a saúde dos trabalhadores, como o Sistema Único de Benefícios (SUB) e o sistema de Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), ambos desenvolvidos para processar e armazenar as informações

que são cadastradas nas Agências da Previdência Social ou pela Internet. Já o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), importante instrumento de planejamento de ações de promoção da saúde, é alimentado pela notificação e investigação de doenças/agravos da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação nº 4, de 28/09/2017, anexo V - Capítulo I); o sistema faculta a estados e municípios a inclusão de problemas regionais e locais (LACAZ; GOULART; JUNQUEIRA, 2017). Oliveira, Oliveira e Campos (2016) consideram que o aprimoramento do sistema de informação em saúde é importante para o diagnóstico de situações de saúde com vistas a intervenções que possam repercutir sobre as condições de trabalho e em última instância sobre a saúde do trabalhador.

Saúde do trabalhador na cidade de São Paulo

A cidade de São Paulo é a maior cidade do Brasil, com aproximadamente 11.753.659 habitantes (Fundação Seade, 2017), sendo a capital do Estado de mesmo nome. Está dividida em 32 (trinta e duas) subprefeituras: 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.

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) da Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP) está operacionalmente dividida em 6 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 Oeste – CRS Oeste; V – Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste – CRS Sudeste; VI – Coordenadoria Regional de Saúde Sul – CRS Sul.

A SMS da PMSP tem contratos de gestão com diversas OSs, o que habilita essas entidades privadas, sem fins lucrativos, a receber benefícios do poder público, como dotações orçamentárias, isenções fiscais, entre outras. A qualificação de uma instituição como OS é disciplinada no estado de São Paulo pela Lei nº 14.132 de 24/01/2006, e pelo Decreto nº 52.858 de 20/12/2011 (SÃO PAULO, 2020). Reuniões das Comissões Técnicas de Avaliação (CTA) formadas por membros da Coordenadoria de Parcerias e Contratação de Serviços de Saúde, das Coordenadorias Regionais de Saúde, da Supervisão Técnica de Saúde e da Organização Social de Saúde, discutem regularmente o cumprimento das metas contratuais (SÃO PAULO, 2019).

Atualmente a PMSP mantém contratos de gestão, na área da saúde, com 42 OSS, sendo que uma parcela delas está ligada aos serviços de AB: 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 Sírrio Libanês; 22. Instituto SAS; 23. Instituto de Assistência Básica e Avançada à Saúde – IABAS; 24.

Instituto de Apoio ao Servidor Público - IASP; 25. Sociedade Assistencial Bandeirantes; 26. Casa de Isabel; 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, 2020).

A área de saúde do trabalhador no município de São Paulo é gerenciada pela Coordenadoria de Vigilância em Saúde-COVISA² por meio da Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador (DVISAT), que atua em conjunto com os CRST, vinculados às seis Coordenadorias Regionais de Saúde: 1) CRST Freguesia do Ó; 2) CRST – LAPA; 3) CRST – MOOCA; 4) CRST – SANTO AMARO; 5) CRST – SÉ; 6) CRST - LESTE.

O gerenciamento da saúde do trabalhador para os servidores municipais terceirizados (contratados pelas OSS é feito pelas empresas contratantes, o que fragmenta os serviços de saúde do trabalhador na SMS da PMSP, que não tem um programa central que monitora todos os serviços, o que implica em ausência de responsabilidade para identificar os trabalhadores que estão em risco (GAIOTTO; GODOY-VIEIRA; SOARES, 2018).

Os programas desenvolvidos por essas empresas se reduzem à realização de exames médicos, registro, tratamento e compensação de doenças e lesões ocupacionais, prescindindo de intervenções gerenciais eficazes para avaliar os trabalhadores com problemas de saúde mental. Consequentemente, os programas não promovem a continuidade do atendimento àqueles que retornam ao trabalho (GAIOTTO; GODOY-VIEIRA; SOARES, 2018).

Não existe na Secretaria Municipal de Saúde uma equipe codesign,³ ou seja, uma equipe participativa, composta de gestores, pessoas-chaves e trabalhadores, que se concentre em desenvolver estratégias eficientes, comunicação transparente e que se reúna periodicamente, para apoiar os trabalhadores em risco de estresse/doença ocupacional e para desenvolver atividades de educação permanente para as equipes de AB (GAIOTTO; GODOY-VIEIRA; SOARES, 2018).

² A **Coordenaria de Vigilância em Saúde** (COVISA) “foi criada em 2003 no município de São Paulo e apresenta as seguintes pastas gerenciais: Administração e Finanças, Gestão de Pessoas, Centro de Controle de Doenças, Centro de Controle de Zoonoses, Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde, Núcleo Técnico Comunicação em Vigilância em Saúde, Núcleo Técnico de Informação em Vigilância em Saúde e o Programa de Proteção e Bem-Estar de Cães e Gatos do Município de São Paulo. As gerências coordenam, planejam e desenvolvem projetos, programas e ações de orientação, educação, intervenção e fiscalização pertinentes às suas respectivas áreas de atuação. Assim como desenvolvem investigação de casos ou de surtos e assumem a operação de situações epidemiológicas de doenças de notificação compulsória ou agravos inusitados de saúde. Também elaboram normas técnicas e padrões destinados à garantia da qualidade de saúde da população” (São Paulo, 2020).

³ Experience-based Codesign (EBCD) is a form of Participatory Action Research (PAR) that is described as ‘ . . . an approach that enables staff and patients (or other service users) to co-design services and/or care pathways, together in partnership . . . ’ (The King's Fund, 2011).

Os profissionais de saúde da AB sofrem com a ausência de ações estratégicas delineadas por uma política de saúde do trabalhador voltada à diversidade de situações contratuais e de condições de trabalho. Os sistemas de vigilância em saúde e monitoramento não são otimizados para apoiar os formuladores de políticas de saúde do trabalhador, pois ações relativas a outros problemas e condições de saúde, como HIV, TB e sífilis têm prioridade, quando comparadas com a saúde dos trabalhadores (GAIOTTO; GODOY-VIEIRA; SOARES, 2018).

OPÇÕES PARA ABORDAR O PROBLEMA

Esta síntese de evidências identificou três opções para a saúde dos trabalhadores da AB: 1. Estabelecer programa multiprofissional para monitoramento e prevenção de problemas de saúde para trabalhadores da AB; 2. Adotar um protocolo de gestão e acompanhamento de trabalhadores da Atenção Básica que retornam para o trabalho após licença médica; 3. Desenvolver práticas em saúde voltadas para a organização do trabalho, visando o fortalecimento dos trabalhadores.

Os objetivos dessa seção são: apresentar as evidências científicas que sustentam as opções estabelecidas e identificar barreiras e estratégias para a implementação dessas opções.

A busca por evidências científicas para compor as opções

A definição das opções foi realizada por meio de busca por intervenções descritas em revisões sistemáticas da literatura científica, tipo de estudo considerado como o mais confiável na hierarquia de evidências. Foram realizadas buscas em 10 fontes de dados: PUBMED, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Health Systems Evidence (HSE), CINAHL, Cochrane Library, EMBASE, JBI, Rx for change, Scopus e Web of Science e estudos adicionais, entre agosto de 2018 e maio de 2019. As buscas resultaram em 383 estudos. Após leitura dos títulos e resumos foram selecionados 16 artigos para leitura completa, dos quais 8 revisões para compor esta síntese. Os Apêndices A, B e C apresentam respectivamente as estratégias de busca, o fluxograma de seleção e os estudos excluídos, com os respectivos motivos de exclusão. Os dados extraídos, assim como a qualidade metodológica das revisões avaliadas com a ferramenta *Assessment of Multiple Systematic Reviews* (AMSTAR), são apresentados nos Apêndices D, E, F e G.

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

Benefícios relacionados à redução do desgaste do trabalhador podem ser obtidos a partir das intervenções apresentadas nessa opção: ampliação das notificações de agravos em saúde do trabalhador; capacitação de gerentes e coordenadores em classificação de risco para problemas de saúde mental; desenvolvimento de grupos de acompanhamento para trabalhadores com problemas de saúde identificados; integração das equipes de vigilância à saúde aos serviços de segurança e medicina do trabalho e educação permanente.

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, 2009). No Quadro 1 apresenta-se um resumo das evidências desta opção quanto aos benefícios, danos potenciais, custos e/ou custo-efetividade, incertezas em relação aos benefícios/danos, principais elementos da opção; necessidades de adaptações e percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse).

Quadro 1 – Descrição da síntese das evidências relevantes para a opção 1, segundo revisões sistemáticas.

Categorias	Síntese das evidências relevantes
Benefícios	<p>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 <i>burnout</i>. Em um dos estudos empíricos incluídos na referida revisão, verificou-se que a intervenção teve um impacto positivo na ⁴despersonalização e que, após o grupo ter recebido treinamento (após 6 encontros mensais), o <i>burnout</i> diminuiu de um nível médio a alto para um nível médio a baixo e esse efeito persistiu no seguimento de 18 meses (PARIS; HOGE, 2010).</p> <p>A revisão verificou que cerca de 82% das intervenções de caráter individual tais como treinamento comportamental cognitivo, 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, 2009).</p> <p>A revisão que analisou os efeitos de uma única intervenção com foco em redução de <i>burnout</i> ou estresse em indivíduos ou grupos, identificou em 4 de 7 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 <i>burnout</i> 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 <i>et al.</i>, 2017).</p>
Danos potenciais	<p>Não foram relatados riscos ou danos potenciais relacionados às intervenções que compuseram esta intervenção.</p>

⁴ **Despersonalização:** é um tipo de transtorno dissociativo que consiste em sentimentos recorrentes ou persistentes de distanciamento do próprio corpo ou processos mentais, geralmente com uma sensação de ser um observador externo da própria vida. Esse transtorno é quase sempre desencadeado por estresse grave. O diagnóstico se baseia nos sintomas, depois que outras causas possíveis forem descartadas. O tratamento consiste em psicoterapia mais terapia medicamentosa para qualquer comorbidade com depressão e/ou ansiedade (SPIEGEL, 2017.)

Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Não foram identificados estudos que avaliaram custo ou custo-efetividade das intervenções que compuseram esta opção.
Incertezas relacionadas aos benefícios, danos potenciais, de modo que o monitoramento e a avaliação possam se concentrar em áreas específicas de incerteza, caso a opção seja implementada	As evidências demonstradas pela revisão sistemática de Awa, Plaumann, Walter (2010) são de que os sentimentos de realização pessoal dos trabalhadores aumentaram inicialmente, após participarem de intervenções individuais, mas retornaram aos níveis basais após 1 ano de acompanhamento.
Principais elementos da opção (como e porque funciona)	<p>As intervenções podem ser individuais ou organizacionais. As intervenções individuais foram: medidas como treinamento cognitivo-comportamental, psicoterapia, aconselhamento, treinamento adaptativo de habilidades, comunicação, apoio social, exercícios de relaxamento ou recreação e produção musical. Foram avaliados conjuntamente outros problemas de saúde, como hipertensão e distúrbios do sono. As intervenções levaram à redução significativa do esgotamento, ou a mudanças positivas nos fatores de risco (AWA; PLAUMANN; WALTER, 2009).</p> <p>As intervenções grupais se basearam em princípios cognitivo comportamentais, com programa de 5 a 6 encontros, destinados a desenvolver habilidades para lidar com fatores de desgaste no relacionamento interpessoal com outros funcionários, clientes e familiares. Apresentaram redução do quadro de <i>burnout</i> (PARIS; HOGE, 2010).</p>
Percepções e experiências das partes interessadas	Nenhum estudo reportou as percepções dos sujeitos afetados pela implementação de elementos da opção.

Fonte: Elaboração própria.

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

Esta opção se conforma por intervenções voltadas a trabalhadores que retornam de licença por problema de saúde. Tais intervenções destinam-se a gestores e incluem: promoção de acesso a tratamento; redução do estigma no local de trabalho; monitoramento dos trabalhadores com problemas de saúde crônicos e saúde mental; integração das equipes de vigilância à saúde, dos serviços de segurança e medicina do trabalho e educação permanente. Para a descrição dessa opção foram utilizadas duas revisões sistemáticas classificadas como de alta qualidade metodológica (WEENINK, *et al.*, 2017; YASSI *et al.*, 2013).

O Quadro 2 apresenta a síntese das evidências que constituem a opção 2 quanto aos benefícios, danos potenciais, custos e/ou custo-efetividade, incertezas em relação aos benefícios/danos, principais elementos da opção; necessidades de adaptações e percepções e experiências de atores sociais envolvidos/interessados.

Quadro 2 – Descrição da síntese das evidências relevantes para a opção 2, segundo revisões sistemáticas.

Categorias	Síntese das evidências relevantes
Benefícios	<p>A revisão destaca que a porcentagem dos profissionais médicos que participam de programas de reabilitação de uso de substância (do Inglês “<i>substance use disorders</i>”- SUDs) e retornaram à prática, com monitoramento, foi de cerca de 70%. (WEENINK, <i>et al.</i>, 2017).</p> <p>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 <i>et al.</i>, 2013).</p>
Danos potenciais	Caráter punitivo e restritivo de programas de monitoramento mandatório do consumo de substâncias psicoativas são reconhecidos como negativos (WEENINK <i>et al.</i> , 2017).
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Não foram identificados estudos que avaliaram custo ou custo-efetividade das intervenções que compuseram esta opção.
Incertezas relacionadas aos benefícios, danos potenciais, de modo que o monitoramento e a avaliação possam se concentrar em áreas específicas de incerteza, caso a opção seja implementada	Uma das incertezas destacadas por Weenink <i>et al.</i> (2017) se refere ao fato de que há um grupo de trabalhadores com necessidades de cuidados que pode evitar procurar ajuda devido à gravidade do problema e à natureza da oferta, assim, as amostras dos estudos reunidos na revisão podem não ser representativas, ou mesmo enviesadas, com resultados mais positivos.
Principais elementos da opção (como e porque funciona)	<p>Mais profissionais de saúde passaram a realizar testes de HIV/AIDS e a participar dos programas. Também foi destacado que a equipe de supervisão do programa foi essencial para o sucesso (YASSI <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>Para participar de programa PHP (do Inglês Physician Health Program), os médicos assinam um contrato formal que inclui entregar relatório de ingestão de bebidas alcoólicas e passar por teste de uso de drogas, em combinação com o monitoramento da assistência e do suporte oferecido. Esse programa tem apresentado resultados positivos no retorno do trabalho para esses profissionais de até 70%. Há relatos de até cinco anos de acompanhamento (WEENINK <i>et al.</i>, 2017).</p>
Percepções e experiências das partes interessadas	PHPs têm sido criticados por médicos, que consideram estar sendo desnecessariamente coagidos a se submeter a tratamento e que os programas são punitivos e restringem os médicos para contestar diagnósticos dos quais discordam (WEENINK <i>et al.</i> , 2017).

Fonte: Elaboração própria.

Opção 3. Desenvolver práticas em saúde, de mudança na organização do trabalho, visando o fortalecimento dos trabalhadores: práticas inovadoras em saúde do trabalhador;

Esta opção está subsidiada por intervenções emancipatórias, que visam o fortalecimento dos trabalhadores por meio de medidas que promovam mudanças nas formas de trabalhar: fóruns de discussão sobre os processos de trabalho, as condições de trabalho e a organização do trabalho, e sua relação com a saúde dos trabalhadores; incentivo à participação dos trabalhadores em associações, sindicatos e instâncias institucionais, como CIPAs e SESMTs, de monitoramento da saúde dos trabalhadores para a denúncia política dos problemas no trabalho e promoção de mudanças institucionais. Prevê-se a construção de um observatório regional para acompanhar dados e analisar a relação trabalho -saúde, ou seja, a relação entre as questões referentes às formas de organização de trabalho, aos processos de trabalho, e o desgaste dos trabalhadores, de forma a desenvolver projetos específicos para a região.

Para a descrição dessa opção foram utilizadas quatro revisões sistemáticas, uma de alta qualidade metodológica (PANAGIOTI *et al.*, 2017), uma de moderada qualidade (SCHALK *et al.*, 2010) e duas de baixa qualidade (AWA; PLAUMANN; WALTER, 2010; BUYKX *et al.*, 2010).

O Quadro 3 apresenta a síntese das evidências que subsidiam a opção 3 quanto aos benefícios, danos potenciais, custos e/ou custo-efetividade, incertezas em relação aos benefícios/danos, principais elementos da opção; necessidades de adaptações e percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse).

Quadro 3 – Descrição da síntese das evidências relevantes para a opção 3, segundo revisões sistemáticas.

Categorias	Síntese das evidências relevantes
Benefícios	<p>A revisão observou que as intervenções para reduzir o <i>burnout</i> 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 <i>burnout</i> para médicos mais experientes na atenção primária, quando comparados a médicos recém-formados (PANAGIOTI <i>et al.</i>, 2017).</p> <p>A revisão 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).</p> <p>A revisão concluiu 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 <i>et al.</i>, 2010).</p> <p>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; 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 <i>et al.</i>, 2010).</p>
Danos potenciais	<p>Identificou-se deterioração das relações intrapessoais pelo aumento do conflito entre os membros da mesma unidade ou departamento, em estudo sobre o efeito da governança compartilhada na gestão do trabalho da enfermagem, além de produzir efeitos significativos sobre a autonomia, o trabalho em equipe ou clareza no trabalho. Houve piora na comunicação entre enfermeiras com a implementação da intervenção, conforme um dos estudos (SCHALK <i>et al.</i>, 2010).</p>

Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	A escassez de intervenções voltadas a modificar a organização do trabalho pode estar relacionada aos custos dessa implantação, principalmente se envolvem mudanças complexas (PANAGIOTI, 2017).
Incertezas relacionadas aos benefícios, danos potenciais, de modo que o monitoramento e a avaliação possam se concentrar em áreas específicas de incerteza, caso uma dada opção seja implementada	<p>A evidência indica que jovens médicos correm maior risco de <i>burnout</i> em comparação com médicos experientes, portanto pesquisas futuras devem focar na prevenção de <i>burnout</i> entre médicos menos experientes. A baixa qualidade das evidências da pesquisa não permite recomendações práticas firmes, mas oferece algumas sugestões para pesquisas e orientações clínicas (PANAGIOTI <i>et al.</i>, 2017).</p> <p>Muito foi escrito sobre intervenções para melhorar ambiente de trabalho de enfermagem (do Inglês Nursing work environments - NWE). No entanto, a maioria dos estudos reunidos nesta revisão oferecem conselhos sobre iniciativas no ambiente de trabalho e não relatam implementação ou eficácia das intervenções. Sobre a intervenção de prevenção à violência, houve uma melhora da segurança no local de trabalho, aumentando conscientização, prevenção e habilidades para gerenciar a violência.</p> <p>O treinamento de <i>feedback</i> positivo do supervisor foi uma intervenção em que os supervisores de enfermagem receberam conselhos de pesquisadores sobre como dar <i>feedback</i> positivo aos trabalhadores sob sua supervisão e foram encorajados a ajustar seus estilos de supervisão. A intervenção não mostrou efeitos significativos no trabalho em equipe e liderança (SCHALK <i>et al.</i>, 2010).</p>
Principais elementos da opção (como e porque funciona)	<p>As intervenções foram direcionadas para trabalhadores da saúde e são intervenções organizacionais que promovem mudanças nos processos de trabalho.</p> <p>Um exemplo que promove relacionamentos saudáveis de organização individual é o modelo Listen-Act-Develop implementado na Clínica Mayo. As intervenções analisadas foram: 1) mudanças estruturais, tais como mudanças de escalas, redução das horas de trabalho; 2) melhoria da comunicação entre os membros da equipe de saúde; 3) desenvolvimento de senso de trabalho em equipe; 4) controle do trabalho. O modelo enfatiza a cultura organizacional por meio da criação de um espaço seguro para a equipe reconhecer e diminuir o estresse (PANAGIOTI <i>et al.</i>, 2017).</p> <p>Intervenções dirigidas à organização, como reestruturação do processo de trabalho, avaliações de desempenho do trabalho, reajustes de turnos de trabalho e avaliação de trabalho, diminuíram o esgotamento entre os trabalhadores.(AWA; PLAUMANN; WALTER, 2009).</p> <p>Uma intervenção participativa de curto prazo foi bem-sucedida em melhorar significativamente a clareza, carga de trabalho, trabalho em equipe e desenvolvimento profissional: 1) autonomia no trabalho, para enfermeiros da APS; 2) governança compartilhada, para enfermeiros de unidades de pacientes em cuidados intensivos, aos quais foi proposta uma estrutura organizacional com participação</p>

	<p>máxima dos profissionais nas decisões sobre trabalho e local de trabalho; 3) treinamento de apoio social e treinamento para controle do estresse (aquisição de conhecimento, auto-entendimento e treinamentos das habilidades para apoiar os enfermeiros que trabalham no hospital, para melhorar as formas de lidar com eventos estressantes); 4) intervenção participativa de curto prazo para aprimoramento do local de trabalho (funcionários de duas instituições de saúde criaram coletivamente um plano, que eles implementaram com seu próprio grupo de trabalho, concentrando-se em certos elementos do local de trabalho que precisavam ser aprimorados); 5) círculo de qualidade da prática de enfermagem (do Inglês <i>Nursing Practice Quality Circles</i> (NPQC): grupos de enfermeiros de uma unidade se reunia uma vez por semana no horário de trabalho para identificar e priorizar problemas, analisar causas, recomendar soluções para gerenciamento e, quando possível, implementar soluções; o NPQC recebeu treinamento em técnicas de <i>brainstorming</i>, coleta de dados, análise, amostragem, análise de causa e efeito e manutenção de tarefas e grupos; o estudo destacou a melhora significativa na distribuição da carga horária dos enfermeiros); 6) caixa de ferramentas educacionais: os instrumentos da caixa de ferramentas (intervenções educacionais) foram destinados a melhorar o conhecimento da equipe de enfermagem ou projetados para ajudar a equipe de enfermagem em vários aspectos do seu trabalho diário; 7) atendimento individualizado e supervisão clínica sistemática regular; 8) rigor no planejamento dos cuidados de enfermagem com de supervisão clínica para apoiar os enfermeiros quando houvesse tensão emocional; 9) treinamento de <i>feedback</i> positivo do supervisor: intervenção sob análise em outro estudo, no qual supervisores de enfermagem receberam conselhos de pesquisadores sobre como dar <i>feedback</i> positivo, e foram encorajados a ajustar seus estilos de supervisão. Ainda que a intervenção tivesse mostrado efeitos positivos sobre o processo de trabalho, não mostrou efeitos significativos sobre o trabalho em equipe e a liderança; 10) intervenção de prevenção à violência: foram elaboradas rotinas para gerenciamento de redução de violência em vários serviços de saúde (SCHALK <i>et al.</i>, 2010)</p> <p>A duração de efeitos positivos da intervenção individual foi de até 6 meses e a de intervenções individuais combinadas com mudanças organizacionais foi de até 1 ano (AWA; PLAUMANN; WALTER, 2009).</p>
Percepções e experiências das partes interessadas	Nenhum dos estudos trouxe dados sobre a percepção dos sujeitos afetados pela implementação das intervenções que compõem esta opção.

Fonte: Elaboração própria.

CONSIDERAÇÕES CONCERNENTES À EQUIDADE DAS OPÇÕES

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. A relação capital-trabalho 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, do inglês, 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.

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

Essa opção visa reduzir o desgaste do trabalhador da saúde da AB. A Secretaria Municipal de Saúde não está estruturada com um programa de acompanhamento e monitoramento dos trabalhadores. As causas dos afastamentos podem estar relacionadas ao sofrimento no trabalho. Para implementar esta opção deve-se levar em consideração tanto os servidores municipais quanto os terceirizados (profissionais de saúde contratados pelas OSS), uma vez que todos os profissionais são de responsabilidade da PMSP de forma direta e indireta.

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

Esta opção estabelece que se deve realizar a gestão de trabalhadores que retornam para o trabalho após licença médica com avaliação e acompanhamento dos mesmos. A reconstrução da trajetória dos trabalhadores afetados (doenças ou acidentes) por uma equipe multiprofissional diretamente nos ambientes de trabalho é um fortalecimento para os trabalhadores.

Opção 3 – Desenvolver práticas em saúde, de mudança na organização do trabalho, visando o fortalecimento dos trabalhadores: práticas inovadoras em saúde do trabalhador

Esta opção foi estabelecida visando o fortalecimento dos trabalhadores por meio do apoio para que se efetive a participação das equipes de trabalho na definição de proposta de melhoria dos processos de trabalho. Por ser uma proposta participativa dos trabalhadores, pode gerar iniquidades caso os funcionários não sejam convidados para participar da discussão e elaboração conjunta do projeto.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES

A implementação das opções deve considerar a viabilidade local e possíveis barreiras organizacionais e culturais. As possíveis dificuldades e formas de superá-las foram levantadas e a região de Campo Limpo mostrou disponibilidade para a implementação das opções, após o diálogo deliberativo.

Quadro 4 – Considerações sobre a implementação da opção 1.

Níveis	Opção 1: Estabelecer programa multiprofissional para monitoramento e prevenção de problemas de saúde (desgaste) para trabalhadores da Atenção Básica: 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 essa legislação (GAIOTTO; GODOY-VIEIRA; SOARES, 2018). Em geral, os que fazem o atendimento em saúde do trabalhador não estão adequadamente capacitados, desconhecendo, muitas vezes, 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, entre outros, que colaboram para não haver monitoramento adequado na área. São necessários dados estatísticos para dar visibilidade aos problemas e permitir formulação de ações em resposta aos problemas detectados (GAIOTTO; GODOY-VIEIRA; SOARES, 2018).
Trabalhadores 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 conduzidos pelos profissionais do serviço social e psicologia é considerado positivo, pois é um espaço propício a identificar e compreender

	<p>as diversas questões no processo de organização do trabalho que afetam a saúde dos trabalhadores (CARVALHO; OLIVEIRA; BONFATTI, 2017).</p>
Organização de serviços de saúde	<p>Fatores organizacionais e situacionais contribuem para o esgotamento do trabalhador, e a atenção a esses fatores é significativamente mais importante do que os fatores de cunho individual, ao lidar com o <i>burnout</i> (PARIS; HOGE, 2010).</p> <p>Há dificuldades financeiras e de recursos humanos, no entanto, associadas à implementação de intervenções de redução do <i>burnout</i> no âmbito organizacional (AWA; PLAUMANN; WALTER, 2010).</p> <p>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).</p> <p>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).</p>
Sistemas de saúde	<p>Falta de recursos financeiros prejudicam a continuidade dos serviços de HIV e tuberculose (YASSI <i>et al.</i>, 2013).</p> <p>Reforça-se a importância de estabelecer ações coordenadas e de integração intersetorial na área de saúde do trabalhador (GAIOTTO; GODOY-VIEIRA; SOARES, 2018).</p> <p>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).</p> <p>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 o monitoramento e a análise da situação de saúde dos trabalhadores de enfermagem é uma fonte de dados para o planejamento de estratégias para melhorias das condições de trabalho (BAPTISTA</p>

	<p><i>et al.</i>, 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. 2º; LACAZ; GOULART; JUNQUEIRA, 2017).</p>
--	--

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 5 – Considerações sobre a implementação da opção 2.

Níveis	<p>Opção 2: Adotar um protocolo de gestão e acompanhamento de trabalhadores da Atenção Básica que retornam para o trabalho após afastamento por problema de saúde (desgaste): reabilitação tradicional à saúde.</p>
Usuários do sistema de saúde	<p>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 estigma e / ou discriminação e a perda de emprego (YASSI <i>et al.</i>, 2013).</p>
Trabalhadores de saúde	<p>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 desenvolvimento e aprimoramento dos mesmos (WEENINK <i>et al.</i>, 2017)..</p>
Organização de serviços de saúde	<p>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</p>

	<p>programas de controle da tuberculose e outros serviços de tratamento, além de ter recursos e suporte suficientes para garantir o sucesso (YASSI <i>et al.</i>, 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 iniquidades (GAIOTTO; GODOY-VIEIRA; SOARES, 2018).</p> <p>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 trabalhos (BROTTO; DALBELLO-ARAUJO, 2012).</p>
Sistemas de saúde	<p>Os Physician Health Programmes (PHPs) têm potencial de ser oferecido 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 de 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 ser suficientemente recursos e suporte para garantir o sucesso (YASSI <i>et al.</i>, 2013).</p>

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 6 – 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 poucas 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).

	<p>A AB tem se caracterizado por alta rotatividade de trabalhadores, o que vem ocasionado: 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)</p>
Trabalhadores de saúde	<p>Espera-se que os médicos lidem com o <i>burnout</i> 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 <i>et al.</i>, 2017).</p>
Organização de serviços de saúde	<p>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 <i>et al.</i>, 2017).</p> <p>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; VASCONCELLOS; DIAS, 2018; SOARES <i>et.al</i>, 2019; GAIOTTO; GODOY-VIEIRA; SOARES, 2018).</p> <p>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. Esse 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. 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 emprego, e outros fatores também devem ser avaliados. São os fatores:</p>

	<p>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; 6) Garantia de segurança social, para a família e suporte comunitário (BUYKX <i>et al.</i>, 2010).</p>
<p>Sistemas de saúde</p>	<p>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 o risco de burnout (PANAGIOTI <i>et al.</i>, 2017).</p> <p>Qualquer estratégia de retenção da força de trabalho em saúde deve ser suficientemente flexível para atender às necessidades específicas dos profissionais de saúde nos diferentes contextos de trabalho (BUYKX <i>et al.</i>, 2010).</p> <p>As instituições de saúde devem promover espaços que favoreçam a participação dos trabalhadores em avaliações e mudanças nos processos de trabalho (CARVALHO; OLIVEIRA; BONFATTI, 2017).</p> <p>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, faz-se 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).</p> <p>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 CONSEST (Conselho Estadual de Saúde do Trabalhador) consiste nas articulações interinstitucionais e multiprofissionais para fortalecimento da ST (COSTA, 2009; REINHARDT; FISCHER, 2009).</p> <p>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 ações, acompanhar e monitorar os trabalhadores com problemas, realizar</p>

	<p>oficinas sobre temas centrais, aprimorar registro dos dados relativos aos afastamentos, e pautar temas relativos à saúde do trabalhador no Conselho Municipal de Saúde.</p> <p>Nesse 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 <i>et al.</i>, 2018).</p>
--	---

Fonte: Elaboração própria.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. H.; TRAPÉ, C. A.; SOARES, C. B. Educação em saúde no trabalho de enfermagem. *In: SOARES C. B.; CAMPOS C.M.S. (Org.). Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem*. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2013. p. 293-322.

ASSIS, B. C. S. DE; DE SOUSA, G. S.; DA SILVA, G. G.; PEREIRA, M. O. Que fatores afetam a satisfação e sobrecarga de trabalho em unidades da atenção primária à saúde? **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 6, p. e3134, 30 abr. 2020. Acesso em: 4 ago. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3134/1882>.

AWA, W. L.; PLAUMANN, M.; WALTER, U. Burnout prevention: A review of intervention programs. **Patient Education and Counseling**, v. 78, n. 2, p. 184–190, 2010.

AZEVEDO, M. L. N. Igualdade e equidade: qual é a medida da justiça social?. **Avaliação** (Campinas), Sorocaba , v. 18, n. 1, p. 129-150, Mar. 2013 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772013000100008&lng=en&nrm=iso. access on 30 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-40772013000100008>.

BBC NEWS BRASIL. Três sinais que você pode ter síndrome de burnout. **R7**, 26 dez 2019. Acesso em 14 jan. 2020. Disponível em <https://noticias.r7.com/saude/tres-sinais-de-voce-pode-ter-sindrome-de-burnout-26122019>.

BAPTISTA, P. C. P. et al. A inovação tecnológica como ferramenta para monitoramento da saúde dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe, p. 1621-1626, Dec. 2011. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000700013&lng=en&nrm=iso. access on 12 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000700013>.

BRAGA, L.C.de; CARVALHO, L.R. de; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1585-1596, June 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700070&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070>.

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32

p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado. Brasília. Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>

BRASIL. LEI Nº 9.637, DE 15 DE MAIO DE 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Presidência da República Casa Civil. Brasília. [internet]. Acesso em 18 abr 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm

BRASIL. Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora [internet]. Acesso em 13 jan. 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

BRASIL. Portaria Nº 1.378, DE 9 DE JULHO DE 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Acesso em: 06 Ago 2020. Ministério da Saúde [internet]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.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), 2017. Acesso em 29 de abril de 2018. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978. NR - 5 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. In: Segurança e Medicina do Trabalho. 29a. ed. São Paulo: Atlas, 1995. 489 p. (Manuais de legislação, 16).

BRASIL. Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o Regulamento da Previdência Social. [internet]. Brasília, 1999. Acesso em 4 dez. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3048.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Classificação Internacional de Doenças aponta que *burnout* é um fenômeno ocupacional [internet]. Brasília; 2019. [citado 5 jun. 2019]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/46359>

BRASIL. **Portaria GM n.º 3.214, de 08 de junho de 1978.** NR 4 - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho [internet]. Brasília, 1978. Acesso em 18 fev. 2020. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR4.pdf>

BRASIL. **Portaria n.º 25, de 29 de dezembro de 1994.** NR 9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. Brasília; 1994. Acesso em 21 fev. 2020. Disponível em: https://www.agencia.cnptia.embrapa.br/Repositorio/Portaria+n.+25+SSST+MTb+29+dezembro+1994+Aprova+a+NR+9+sobre+o+Programa+de+Prevencao+e+riscos+ambientais_000gvpl14yq02wx7ha0g934vgrnn5ero.PDF

BRASIL. **Governo moderniza novas normas para reduzir burocracia e aumentar segurança.** Ministério da Economia. [internet]. Publicado em 11 mar 2020. Acesso em 12 abr 2020. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/noticias/7367-governo-moderniza-novas-normas-para-reduzir-burocracia-e-aumentar-seguranca>

BRASIL. **Observatório Digital de Saúde e Segurança do Trabalho.** Ministério Público do trabalho. Disponível em: < <https://observatoriosst.mpt.mp.br> > Acesso em: 20 jun. 2018.

BREILH, J.; GRANDA, E. **Investigação da saúde na sociedade:** guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Cortez, Instituto da Saúde/Rio de Janeiro (RJ): Abrasco, 1989.

BROTTO, T. C. A.; DALBELLO-ARAUJO, M. É inerente ao trabalho em saúde o adoecimento de seu trabalhador? **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 290-305, Dec. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000200011&lng=en&nrm=iso>. Access on 18 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572012000200011>.

BUYKX, P. *et al.* Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: towards evidence-based policy. **Australian Journal of Rural Health**, v. 18, n. 3, p. 102–109, 2010. doi:10.1111/j.1440-1584.2010.01139.x

CALIPO, S. M.; SOARES, C. B. Público e privado na reforma do Sistema de Saúde no Brasil. **Soc. Debate**, v.14, n.1, p.119-38, 2008.

CALIPO, S. M.; SOARES, C. B. Saúde como direito. *In*: SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem.** Barueri: Manole, 2013. p. 3-48.

CONEGLIAN, R. C. **Sofrimento mental como sentinela: possibilidades para a construção de um observatório das repercussões psicossociais na gestão municipal do trabalho no SUS.** 2013. 153 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2013.

CAMPAÑA, A. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre condições de vida e saúde. In: BARATA

R. B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p.115-65.

CAMPOS, C.M.S.; SOARES, C. B. **Necessidades de saúde e o cuidado de enfermagem em saúde coletiva.**In: Soares CB, Campos CMS, organizadoras.. Fundamentos de Saúde Coletiva e o Cuidado de Enfermagem. 1a.ed. Barueri – SP: Manole Ltda, 2013, p. 265-292.

CAMPOS, C. M. S.; VIANA, N.; SOARES, C. B. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 82-91, June 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500082&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Aug. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015s01007>.

CAMPOS, T. No Brasil, a cada 48 segundos um trabalhador sofre um acidente de trabalho e um morre a cada 4 horas. **CUT** [internet]. 14 ago.2018. Acesso em 23 fev. 2020. Disponível em: <https://www.sinprodf.org.br/no-brasil-a-cada-48-segundos-um-trabalhador-sofre-acidente-e-um-morre-a-cada-4h/>.

CANGUSSU, B.M. **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.** 2014. 181 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

CARDOSO, A.C.; MORGADO, L. Trabalho e saúde do trabalhador no contexto atual: ensinamentos da Enquete Europeia sobre Condições de Trabalho. **Saude soc**, São Paulo , v. 28, n. 1, p. 169-181, Mar. 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000100012&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019170507>.

CARVALHO, M. C. J. de; OLIVEIRA, M. H. B. de; BONFATTI, R. J. O processo de institucionalização das práticas de saúde em uma unidade de produção da Fiocruz. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. spe2, p. 80-91, June 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000600080&lng=en&nrm=iso>. access on 12 July 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s207>.

CAVALCANTE, M. V. DA S.; LIMA, T. C. S. DE. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. **Argumentum**, v. 5, n. 1, p. 235–256, 2013.

COELHO, J. G.; VASCONCELLOS, L.C.F.; DIAS, E.C. A FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: CONSTRUÇÃO A PARTIR DO ENCONTRO DOS SUJEITOS. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 583-604, Aug. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000200583&lng=en&nrm=iso>. access on 12 July 2020. Epub Mar 19, 2018. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00113>.

CORDEIRO, L.; SOARES C.B. Processo de trabalho na Atenção Primária em Saúde: pesquisa-ação com Agentes Comunitários de Saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3581-3588, Nov. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103581&lng=en&nrm=iso>. access on 16 May 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.10332014>.

COSTA, K.C.F. **Análise da trajetória do controle social em saúde do trabalhador no estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.c2009. Acesso em 12 jul. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2307>

CUNHA, F. M. da; MENDES, A. N. **A abordagem da questão do trabalho no campo da Saúde Coletiva e no Sistema Único de Saúde: limites e desafios**. 2019. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Disponível em: < <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-01102019-105811/pt-br.php> > DOI: 10.11606/D.6.2019.tde-01102019-105811.

DAMASCENA, D. M.; VALE, P. R. L. F. do. Tipologias da precarização do trabalho na atenção básica: um estudo netnográfico. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 3, e00273104., 2020 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300503&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Aug. 2020. Epub June 26, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00273>.

DIAS, E. C.; HOEFEL, M. DA G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 817–827, 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400007&lng=en&nrm=iso>. access on 16 May 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400007>.

DUGANI, S. et al. Prevalence and factors associated with burnout among frontline primary health care providers in low-and middle-income countries: A systematic review. **Gates Open Res**, v. 2, n. 4, jun 2018. (doi: 10.12688/gatesopenres.12779.3).

DUHOUX, A. et al. Interventions to promote or improve the mental health of primary care nurses: a systematic review. **Journal of Nursing Management**, v. 25, n. 8, p. 597–607, 2017. doi:10.1111/jonm.12511.

EVANGELISTA, A. I. B. et al. A saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, p. 1011-1020, 2011. Número especial. Acesso em 22 fev. 2020. Disponível em:<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4404/3362>

FREIRE, P. A. Assédio moral e saúde mental do trabalhador. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 367-380, Oct. 2008, Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 22 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000200009>.

GAIOTTO, E. M. G.; GODOY-VIEIRA, A.; SOARES, C. B. **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, C. R. R.; MAEDA, S.T. Modelos de Atenção em Saúde no Brasil. *In*: SOARES C. B.; CAMPOS C.M.S. (Org.). **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. 1ª.ed. São Paulo: Manole, 2013. p. 325-348.

GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 4, p. 797-807, Dec. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400002&lng=en&nrm=iso>. access on 12 May 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400002>.

GOMEZ, C. M; VASCONCELLOS, L. C. F; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1963-1970, June 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232018000601963&lng=en&nrm=iso>. access on 12 May 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>.

GROSECLOSE, S. L.; BUCKERIDGE, D. L. Public Health Surveillance Systems: recent advances in their use and evaluation. **Annual Review of Public Health**. Palo Alto, v. 38, n. 1, p. 57-79, Dec. 2017. Acesso em 18 fev. 2020. Disponível em [:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27992726](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27992726). doi:10.1146/annurev-publhealth-031816-044348.

ILO. **Psychosocial factors at work: recognition and control**. Report of the Joint ILO/ WHO Committee on Occupational Health. Ninth Session, Geneva, 18-24 September, 1984. Geneva; 1986. (Occupational Safety and Health Series, 56). Disponível em: http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09_301_engl.pdf

ILO. **Sectoral Policies Department. Improving Employment and Working Conditions in Health Services**. Geneva: International Labour Office; 2017 Apr.42p.

ILO. **Technical and ethical guidelines for workers' health surveillance** [Internet]. Occupational Safety and Health Series No. 72). Geneva: International Labour Office; 1998 [cited 2018]. Available from: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_publ_9221108287_en.pdf

LACAZ, F.A.C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. suppl 2, p. S07-S19, 1997.

LACAZ, F.A.C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, Apr. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400003&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003>

LACAZ, F.A.C. et al. Estratégia saúde da família e saúde do trabalhador: um diálogo possível?. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 17, n. 44, p. 75-87, Mar. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000100007>.

LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1996.

LACAZ, F.A.C.; GOULART, P. M.; JUNQUEIRA, V. **Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde**. São Paulo: Editora Hucitec/FAPESP, 2017.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São

Paulo: Hucitec, 1989.

LEÃO, L. H. DA C.; MINAYO-GOMEZ, C. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4649-4658, Dec. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204649&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.12732014>.

LIZANO, E.L. 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*, v. 39, n.3, p. 167–181, May. 2015.

LORENZ, V. R.; GUIRARDELLO, E. B. The environment of professional practice and Burnout in nurses in primary healthcare. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 22, n. 6, p. 926-933, Dec. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000600926&lng=en&nrm=iso>. Access on 06 Aug. 2020. Epub Dec 16, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0011.2497>.

LOURENÇO, E.A.S.; LACAZ, F.A.C. Os desafios para a implantação da política de Saúde do Trabalhador no SUS: o caso da região de Franca-SP. **Rev.bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 44-56, June 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100008&lng=en&nrm=iso>. access on 21 May. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100008>.

MAENO, M.; TAKAHASHI, M. A. C.; LIMA, M. A. G. Reabilitação profissional como política de inclusão social. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 53-58, jun. 2009

MASLACH, C.; JACKSON, S. E.. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behavior**. v.2, p. 99–113. 1981.

MATHESON, C. *et al.* Resilience of primary healthcare professionals working in challenging environments: a focus group study. **Br J Gen Pract**. v. 66, n.648, p. e507-e515. 2016. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X685285>. [PMC free article] [PubMed]56.

MEDEIROS, C.R.G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1521-1531, June 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064>.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Rev APS**. v. 12. n.2, p. 204-213, Jun. 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14247>. Acesso em: 18 de fev. de 2020.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. *Rev Saude Publica* 1991; 25(5):341-349. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php? p.31>

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. DA F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, p. 21–32, 1997.

MONSALVES-REYES, C.S.; SAN LUIS-COSTAS, C.; GÓMEZ URQUIZA, J.L. *et al.* Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. **BMC Fam Pract**, v. 19, n. 59, 2018. Acesso em 16 de maio 2020. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0748-z>

MOREIRA, C. R. et al . Redução de danos: tendências em disputa nas políticas de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 72, supl. 3, p. 312-320, Dec. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000900312&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Aug. 2020. Epub Dec 13, 2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0671>.

MOURA, D. C. A.; LEITE, I. C. G.; GRECO, R. M. Prevalência de sintomas de depressão em agentes comunitários de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, e0026395, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000200503&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 jul. 2020. Epub 08-Jun-2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00263>

NOCE, U. A; CLARK, G. A emenda Constitucional no 95/2016 e a violação da ideologia constitucionalmente adotada [internet].Rio de Janeiro: **Revista Estudos Institucionais**, v. 3, n. 2, 2017, p. 1216-1244. Acesso em 23 fev. 2020. Disponível em: <https://estudos.institucionais.com/REI/article/view/194/169>.

OLINSKI, S.R.; SARQUIS, L.M.M. A contribuição de um sistema de informações para a vigilância à saúde do trabalhador: um enfoque sobre o absenteísmo. **REME – Rev. Min. Enferm.** v.14, n.4, p.479-489, Jan/Mar, 2010. Acesso em: 12 Jul. 2020. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/v14n4a05.pdf>

OLIVEIRA, A. L. P.; OLIVEIRA, L. X.; CAMPOS, S.S. 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**, Volume I Formação em Saúde do Trabalhador: pág. 53-58- junho 2016. Rio de Janeiro. Consultado em 18 fev. 2020. <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Caderno%20de%20Relatos%20em%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador%2C%20volume%20I%20-%20Forma%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador.pdf>

O’NEILL, J. *et al.* Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 67, n. 1, p. 56–64, 2014.

OXMAN, A. D.; VANDVIK, P. O.; LAVIS, J. N.; FRETHEIM, A.; LEWIN, S. SUPPORT Tools for evidence informed health Policymaking (STP) 2: improving how your organisation supports the use of research evidence to inform policymaking. **Health Res Policy Sys.** v. 7, Suppl 2, 2009. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-7-S1-S2>.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PANAGIOTI, M. *et al.* Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Internal Medicine**, v. 177, n. 2, p. 195–205, 2017.

PARIS, M.; HOGE, M. A. Burnout in the mental health workforce: A review. **Journal of Behavioral Health Services and Research**, v. 37, n. 4, p. 519–528, 2010

PEREIRA, J. A. Contribuição da engenharia de segurança do trabalho (SESMT) para reinserção profissional de acidentados, com foco na inovação e humanização do ambiente laboral. [internet]. **JUS**; 2015. [citado em abr. de 2015]. Acesso em 18 fev. 2020. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/37783/contribuicao-da-engenharia-de-seguranca-do-trabalho-sesmt-para-reinsercao-profissional-de-acidentado-s-com-foco-na-inovacao-e-humanizacao-do-ambiente-laboral>

PINTO, N. F.; ALBERTINI, S. E.; MURAKAMI Y. A Construção das Diretrizes para a Formação e Pesquisa em Saúde do Trabalhador no SUS do Paraná. In: SANTOS, G.B.; NETO, R.V. (Org.). **Caderno de Relatos de Experiências em Saúde do Trabalhador:** formação em Saúde do Trabalhador. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, v.1, 2016. p. 9-14. Consultado em 19 fev. 2020. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Caderno%20de%20Relatos%20em%20Sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador%2C%20volume%20I%20-%20Forma%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde%20do%20Trabalhador.pdf>

QUEIROZ, V.M.; SALUM, M.J.L. Reconstruindo a intervenção de Enfermagem em Saúde Coletiva. (Comunicação Coordenada apresentada ao Congresso Brasileiro de Enfermagem, 48, São Paulo, 1996. Prêmio Isaura Barbosa Lima. Disponível em: http://fortalecimentoedegaste.com.br/wp-content/uploads/2016/11/Salum_Reconstruindo-a-intervencao-da-Enfermagem.pdf).

RANTANEN, J. et al. Work and health country profiles: country profiles and national surveillance indicators in occupational health and safety (People and Work Research Reports 44). **Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health**, 2001. Acesso em 19 fev. 2020. Disponível em: https://www.who.int/occupational_health/regions/en/oeheurcountryprofiles.pdf

REINHARDT, E.L.; FISCHER F.M. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.25, n.5, p. 411–7, maio 2009.

RENAST. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. Acesso em: 05 Ago 2020. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/portaria-n%C2%BA-3252-22-dezembro-2009-diretrizes-execu%C3%A7%C3%A3o-fi-nanciamento-a%C3%A7%C3%B5es-vigil%C3%A2ncia-sa%C3%BAde>

RIZZOTTO, M. L. F.; BORTOLOTO, C. O conceito de equidade no desenho de políticas sociais: pressupostos políticos e ideológicos da proposta de desenvolvimento da CEPAL. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 793-804, Sept. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300014&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011000300014>.

RODRIGUES, A. MPT: a cada quatro horas e meia, uma pessoa morre vítima de acidente de trabalho [Internet]. Brasília: **EBC**; 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>

ROMERO, L.C.P.; DELDUQUE, M.C. A instituição da responsabilidade sanitária pela via legal no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1167-1179, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400018&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400018>.

SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1143-1150, May 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500008&lng=en&nrm=iso>. access on 12 July 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500008>.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Rev. adm. empres.** São Paulo, v. 48, n. 3, p. 64-80, Sept. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902008000300007&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-75902008000300007>.

SANTOS, M. da S.; SILVA, J. G.; BRANCO, J. G. O. O enfrentamento à violência no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** [Internet].; v. 30, n.2, p. 229-238, 2017. Acesso em: 6 Ago 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40851821011>

SANTOS, V.C.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 41, n. spe, p.777-781,

Dec. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500006&lng=en&nrm=iso>. Access on 19 Feb. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000500006>.

SANTOS, R. S. *et al.* O conflito armado e os impactos na saúde dos trabalhadores que atuam na Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saude soc.**, São Paulo , v. 29, n. 1, e180850, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000100304&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Apr. 2020. Epub Mar 02, 2020. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020180850>.

SÃO PAULO (ESTADO). **Informação e Comunicação em Saúde do Trabalhador [internet]. São Paulo.** Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância em Saúde. Acesso realizado 20 fev. 2020. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/apresentacao.asp?te_codigo=20

SÃO PAULO. **Informações sobre atendimento a pessoas com doenças e vítimas de acidentes de trabalho [internet].** São Paulo: Portal de Atendimento; 2019. Acesso em 19 fev. 2020. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saudedotrabalhador156.pdf>

SÃO PAULO. **OS-Organizações Sociais [internet].** São Paulo:Cidade de São Paulo Gestão; 2020. [citado 5 fev. 2020]. Acesso em 19 fev. 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/gestao/organizacoes_sociais/index.php?p=13877

SÃO PAULO. **Contratos de Gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS) [internet].** São Paulo:Cidade de São Paulo Saúde; 2019. [citado 17 jun. 2019]. Acesso em 19 fev. 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/aceso_a_informacao/index.php?p=178347

SÃO PAULO. **Coordenação de Gestão de Saúde do Servidor [internet].** São Paulo:Cidade de São Paulo Gestão; 2019. [citado 21 maio 2019]. Acesso em 19 fev. 2020. Disponível em:https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/gestao/aceso_a_informacao/index.php?p=239120

SÃO PAULO. **Organizações Sociais Qualificadas [internet].** São Paulo: Cidade de São Paulo Gestão; 2020. [citado 5 fev. 2020]. Acesso em 19 fev. 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/gestao/organizacoes_sociais/index.php?p=13877

SÃO PAULO. **Coordenadoria de Vigilância em Saúde [internet].** São Paulo: Cidade de São Paulo Gestão; 2020. Acesso em 9 mai. 2020. Disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/cidadao/animais/orgaos-e-entidades/coordenacao-de-vigilancia-em>

SATO, L.; BERNARDO, M. H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 869–878, 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400011&lng=en&nrm=iso>. access on 16 May 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400011>.

SCHALK, D. M. *et al.* Interventions aimed at improving the nursing work environment: a systematic review. **Implementation Sci.** v. 5, n 34, p. 1–11, 2010. Acesso em 23 fev. 2020. Disponível em: <http://www.implementationscience.com/content/5/1/34>.

SILVA, E. V. M.; SILVA, S. F. **As implicações da Gestão do Trabalho no SUS: um olhar do gestor local.** In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Caderno RH Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, p. 49-58.

DA SILVA, A. T. C. *et al.* Work- related depression in primary care teams in Brazil. **American Journal of Public Health.** 2016. v. 106, n 11, p. 1990–1997. doi:10.2105/AJPH.2016.303342. Access 12 Jul. 2020. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5055765/pdf/AJPH.2016.303342.pdf>

SOARES, C. B. *et al.* Oficinas emancipatórias como intervenção em saúde do(a) trabalhador(a). **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 43, supl. 1, e7s, 2018 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572018001000302&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Aug. 2020. Epub Nov 01, 2018. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000007618>.

SOARES, L. B. T. **Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?** São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

SOUZA, T. S.; VIRGENS, L. S. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 38, n. 128, p. 292-301, dez. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000200016&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 fev. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000200016>.

SOUZA, V. M. N. Aposentadoria Por Invalidez Benefício por Incapacidade [internet]. São Paulo: **Âmbito Jurídico**; 2019.[citado 13 set. 2019. Acessado em 19 fev. 2020. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/cadernos/direito-previdenciario/aposentadoria-por-invalidez-beneficio-por-incapacidade/>

SPIEGEL, D. Transtorno de despersonalização/desrealização [internet]. Kenilworth: **MSD**; 2017.[July 2017]. Acessado em 19 fev. 2020. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/transtornos-psiQUI%3%A1tricos/transtornos-dissociativos/transtorno-de-despersonaliza%3%A7%3%A3o-desrealiza%3%A7%3%A3o>

The King's Fund 2011. **Experience-based co-design**. Working with patients to improve health care [Online]. Available at: <https://www.kingsfund.org.uk/search?search=co-design>. Accessed in 13 mai 2020.

TRAPÉ, C. A. **Operacionalização do conceito de classes sociais em epidemiologia crítica: uma proposta de aproximação a partir da categoria reprodução social**. 2011. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

TRAVAGIN, L. B. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. 115, p. 995-1006, Dec. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000400995&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Aug. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711501>.

VALADÃO, P. A. S; LINS, L.; CARVALHO, F. M. Melhor no passado: a verdadeira saúde da família. **Saude soc.**, São Paulo , v. 28, n. 1, p. 193-206, Mar. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Apr. 2020. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180284>.

VIANA, N; Soares CB; CAMPOS, C.M.S. Reprodução Social e Processo Saúde-Doença: para compreender o objeto da Saúde Coletiva. In: Soares CB, Campos CMS, organizadoras. Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2013. p. 135-136.

WEENINK, J. W. *et al.* 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**, v. 26, n. 12, p. 1004–1014, 2017.

YASSI, A. *et al.* Workplace programmes for HIV and tuberculosis: A systematic review to support development of international guidelines for the health workforce. **AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV**,v. 25, n. 5, p. 525–543, 2013. 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, v. 187, Trabalho, p. 16-19, out. 2012. Acesso em 20 mar 2020. Disponível em:<https://sinait.org.br/arquivos/artigos/artigoaaaf5fe5b423f847831c33897ce50c3a.pdf>

APÊNDICES

Apêndice A – Quadro com as bases de dados e estratégias de buscas utilizadas para recuperação dos estudos que compuseram as opções

Base de dados	Estratégia de busca	Resultado	Data
PUBMED	<p>((((((((((((("Health Personnel"[Mesh] OR "Health Personnel"[tw])) OR ("Health Personnel"[Mesh] OR "Health Personnel"[tw] OR "health worker" OR "health workers")) OR ("Allied Health Personnel"[Mesh] OR "Allied Health Personnel"[tw])) OR "health employee") OR ("Nurses' Aides"[Mesh] OR "Nurses' Aides"[tiab])) OR ("Licensed Practical Nurses"[Mesh] OR "Licensed Practical Nurses"[tw])) OR ("Community Health Workers"[Mesh] OR "Community Health Workers"[tiab])) OR ("Institutional Management Teams"[Mesh] OR "Institutional Management 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"[Mesh] OR "Occupational Health"[tw])) OR occupational safety[tw]) OR "Health worker effect") OR "employee Health") OR ("Bullying"[Mesh] OR "Bullying"[tw])) OR ("Occupational Stress"[Mesh] OR "Occupational 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 Violence"[tw])) OR "worker's surveillance") OR "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])</p>	58 estudos + 230 estudos= 288	13/08/2018 e atualização com revisão da estratégia em 04/04/2019

BVS	(“Intersectoral Collaboration” OR “Colaboracion Intersectorial” OR “Colaboração Intersetorial”) OR (“Primary Health Care” OR “Atención 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	7 estudos	05/09/2018
-----	--	-----------	------------

	(“Allied Health Personnel”) OR (“Licensed Practical Nurses” OR “Enfermeros no Diplomados” OR “Técnicos de Enfermagem”) OR (“Community Health Workers” OR “Agentes Comunitarios de Salud” OR “Agentes Comunitários de Saúde”) OR ("Institutional Management Teams" OR “Equipos de Administración Institucional” OR “Equipes de Administração Institucional”) OR (“Case Managers” OR “Gestores de Casos” OR “Gerentes de Casos”) OR (“médico de família” OR “médico” OR doutor” OR “doctor” OR “physicians” OR “practitioner doctor”) OR (“odontólogos” OR “dentistas” OR “dentist” OR “dentistry” OR “dental”) AND ("health workforce" OR “Recursos Humanos en Salud” OR “ recursos humanos em saúde”) OR ("workload" OR “carga de trabajo” OR “carga de trabalho”) OR ("Workplace Violence" OR “violência laboral” OR “violência no trabalho”) OR ("worker's surveillance" OR “Notificação de Acidentes de Trabalho” or “Notificación de Accidentes del Trabajo”) OR ("Precarious employment" OR “Riesgos Laborales” OR “riscos ocupacionais”) OR (“Estrés Laboral” OR “estresse ocupacional” OR "occupational stress") OR (“occupational health” OR “saúde ocupacional” OR “salud laboral”) OR (“Burnout, Professional” OR “Agotamiento Profesional” OR “esgotamento profissional”)		
HSE	("health worker" OR "health workers ") AND ("Primary Health Care") AND ("Occupational Health" OR "Occupational Stress" OR Burnout)	10 estudos	18/09/2018

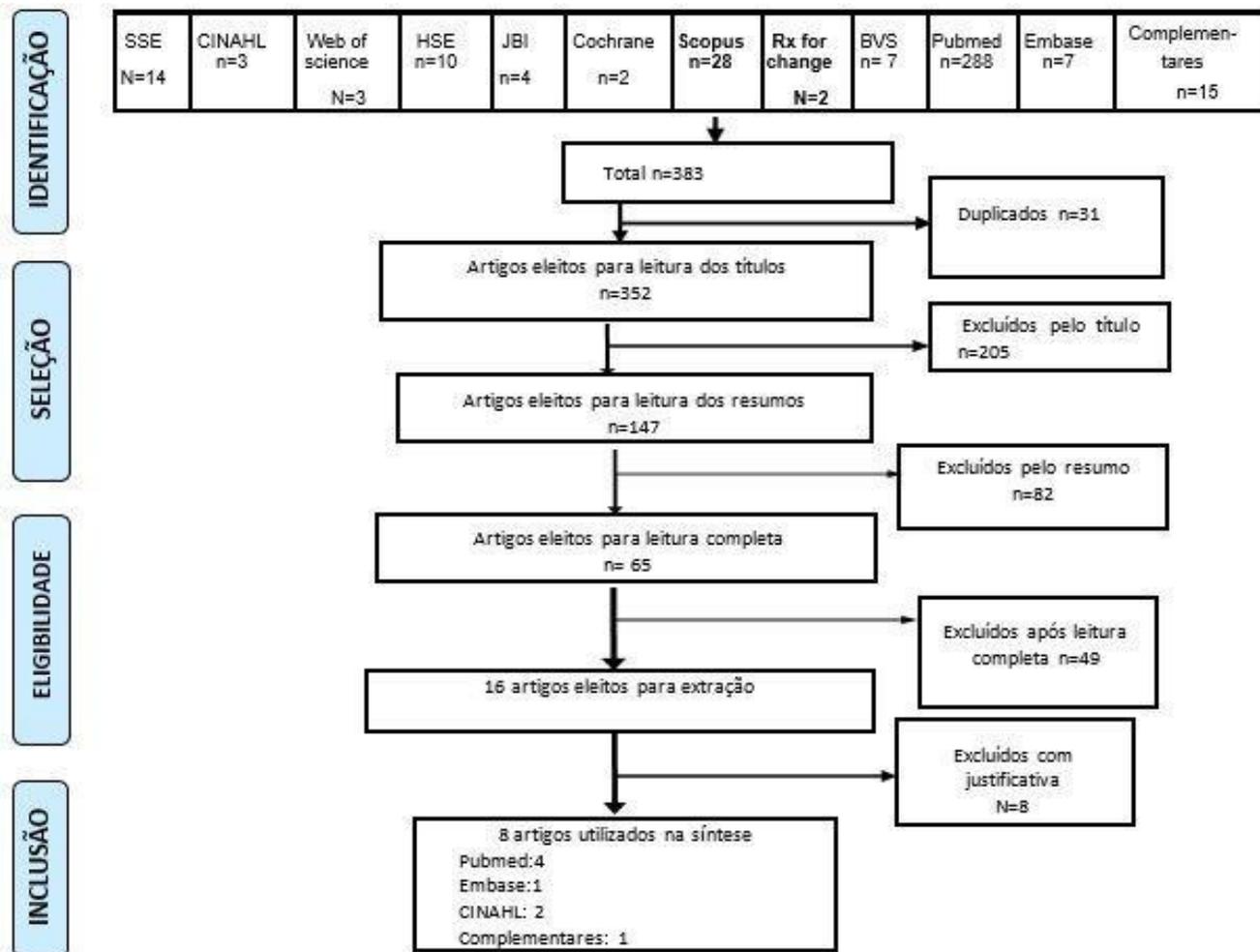
Cochrane	'("health worker" OR "health workers" OR "health employee") AND ("Primary Health Care") AND ("Occupational Health") OR ("Health worker effect" OR "employee Health") OR ("Bullying") OR ("Occupational Stress") OR ("Burnout, Professional" OR "professional burnout") OR ("Health Manpower") OR ("health 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")) in Title Abstract Keyword'	2 estudos	18/09/2018
CINAHL	((MH "Health Personnel") OR (MH "Allied Health Personnel") OR (MH "Health Personnel, Unlicensed")) OR "health personnel" OR "Allied Health Personnel" OR "Health Personnel, Unlicensed" OR "health workers" OR "health care professionals" OR nurse* OR (doctor or physician or medical practitioner) OR practitioner* OR "case manager" OR (dentistry or dentist or dental) AND ((MH "Primary Health Care") OR "primary healthcare" OR (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	3 estudos	13/08/2018

	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)	4 estudos	18/09/2018

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"))	3 estudos	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 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"))) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "re"))	28 estudos	18/09/2018
Rx for change	("health worker" OR "health workers ") AND ("Primary Health Care") AND ("Occupational Health" OR "Occupational Stress")	2 estudos	18/09/2018
Complementares		15	

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice B – Fluxograma do processo de inclusão dos estudos



Fonte: MOHER *et al.*, 2009.

Apêndice C – Quadro com os estudos excluídos após leitura completa e motivos de exclusão

Base de dados	Autor	Estudo	Ano do estudo	Motivo da Exclusão
PUBMED	RUSSELL <i>et al.</i>	Determinants of rural Australian primary health care worker retention: A synthesis of key evidence and implications for policy making.	2016	Tem como foco a retenção de trabalhadores na APS, 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 as condições de cuidado em saúde mental para médicos na Noruega, sem entretanto apresentar uma revisão sobre intervenções.
HSE	KOK <i>et al.</i>	How does context influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? Evidence from the literature.	2014	Analisa fatores que influenciam o desempenho de agentes comunitários de saúde, mas não analisa intervenções.
PUBMED	ALAM <i>et al.</i>	Managing diagnostic uncertainty in primary care: a systematic critical review.	2017	Focada na análise da incerteza diagnóstica entre médicos da APS, esta revisão identifica apenas um estudo de intervenção, que não apresenta evidência de eficácia em relação à saúde do trabalhador.
SSE	THISTED <i>et al.</i>	Managing employees' depression from the employees', co-workers' and employers' perspectives. An integrative review.	2018	Analisa fatores relacionados à participação no trabalho entre trabalhadores com depressão, mas não avalia intervenções.
Compleme n tares	HASTINGS <i>et al.</i>	Exploring the relationship between governance mechanisms in healthcare and health workforce outcomes: a systematic review.	2014	Analisa performance e prestação de serviços de saúde à população, e não discute impactos da governança sobre os trabalhadores
Compleme n	COMETTO <i>et al.</i>	Health policy and system support to optimise community	2018	Guia de boas práticas de Agentes

tares		health worker programmes: an abridged WHO guideline.		Comunitários de saúde com foco no fortalecimento da APS e sistemas de saúde. Não avalia intervenções relacionadas à saúde dos trabalhadores.
Compleme n tares	GARCIA <i>et al.</i>	Indicators of burnout in Primary Health Care workers.	2018	Tem como finalidade analisar indicadores de <i>burnout</i> em trabalhadores de APS, e não analisa intervenções.

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice D – Revisões sistemáticas que fundamentam a opção 1 - Estabelecer programa multiprofissional para monitoramento e prevenção de problemas de saúde (desgaste) para trabalhadores da Atenção Básica: vigilância tradicional à saúde

Autor	Estudo	Elementos da opção	Objetivo do estudo	Principais achados	AMS TAR	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	2/9	Não foi mencionado	0/145 Reino Unido, EUA	2/145	2009

				burnout subsequente ao treinamento, e esse efeito persistiu no seguimento de 18 meses.					
AWA; PLAUM ANN; 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	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,	3/9	5/25	0/25 Holanda, EUA, Reino Unido, Israel, Canadá, Noruega, Suécia e Polônia.	25/25	2007

		relaxamento ou recreação produção musical		treinamento de habilidades, e apoio social levaram à redução significativa no esgotamento ou mudanças positivas nos fatores de risco, com duração de até 6 meses após a intervenção.					
DUHO	Interventio	Medidas individuais	Sintetizar as evidências	Nessa revisão, quatro dos sete estudos	7/9	7/7	0/7	7/7	2015

<p>UX <i>et al.</i>, 2017</p>	<p>ns to promote or improve the mental health of primary care nurses: a systematic review</p>	<p>medidas de ambiente de trabalho e medidas organizacionais visando prevenir ou reduzir o estresse no trabalho.</p>	<p>sobre a eficácia das intervenções que visam promover ou melhorar a saúde mental dos enfermeiros da atenção primária.</p>	<p>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.</p>			<p>EUA, Reino Unido, Holanda, Noruega e Austrália</p>		
-------------------------------	---	--	---	---	--	--	---	--	--

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice E – Revisões sistemáticas sobre a opção 2 – Adotar um protocolo de gestão e acompanhamento de trabalhadores da Atenção Básica 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	AMS TAR	Proporção de estudos que incluíram a população	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
WEENINK <i>et al.</i> , 2017	Getting back on track: a systematic review of the outcomes of remediation and rehabilitation programmes for healthcare professionals with performance	Physician Health Programmes (PHPs) - 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 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

	n ce concerns								
--	---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

YASSI <i>et al.</i> , 2013	Workplace program for HIV and tuberculosis: a systematic review to support development of international guidelines for the health workforce	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 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 a importância de prosseguir com as orientações em certas circunstâncias, mesmo na ausência de alta qualidade de	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 confiança nos testes que estão integrados aos programas de tuberculose e outros serviços de tratamento	9/10	4/11	10/11	4/11	2008
							Zâmbia, EUA, África do Sul, Botsuana, Zimbábue e Ruanda		

		evidência".				
--	--	-------------	--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice F – Revisões sistemáticas sobre a opção 3 – Desenvolver práticas em saúde, de mudança na organização do trabalho, visando o fortalecimento dos trabalhadores: práticas inovadoras em saúde do trabalhador

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; PLAU M ANN; 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	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	3/9	5/25	0/25 Holanda, EUA, Reino Unido, Israel, Canadá, Noruega, Suécia e Polônia.	25/25	2007

		ou recreação produção musical. Medidas organizacionais: reestruturação do processo de trabalho, relações de desempenho do trabalho, reajustes de turnos e avaliação de empregos foram oferecidos, por exemplo Medidas combinadas: individuais e organizacionais.		esgotamento.					
BUYK X	Systematic	Intervenções para reter o trabalhador em locais remotos e	Esta revisão teve como objetivo	Para manter o profissional de saúde no serviço contratado, os	3/9	14/14	0/14	14/14	2009

<i>et al.</i> 2010	review of effective retention incentives for health workers in rural and	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;	synthetizar as evidências disponíveis sobre a eficácia das estratégias de retenção para trabalhadores da	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			Austrália		
-----------------------	--	---	--	---	--	--	-----------	--	--

	remote areas: towards evidence-based policy	infraestrutura adequada; remuneração competitiva; Fomentar uma organização do trabalho efetiva; Moldar o ambiente profissional de modo que possa reconhecer e recompensar significativamente contribuições individuais para o cuidado de pacientes; Garantia de segurança social, para a família e suporte comunitário.	saúde em áreas rurais e remotas, com foco nos estudos relevantes para a Austrália.	prazo. Muitos fatores, além do financeiro, contribuem para a permanência do profissional de saúde no empregos, e outros fatores também devem ser avaliados.					
SCHALK <i>et al.</i> , 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;	O objetivo deste estudo foi revisar sistematicamente a literatura científica sobre intervenções implementadas visando melhorar o NWE e sua	Em geral, quando se olha para a combinação do número de medidas de resultados por intervenção e a quantidade de melhorias	5/9	1/11	0/11 EUA, Holanda, Suécia e Noruega	5/11	2008

	Intervenção participativa de curto prazo; Círculo de qualidade da prática de enfermagem; Caixa de ferramentas educacionais; Atendimento individualizado e supervisão clínica sistemática regular; Rigor no planejamento dos cuidados de	eficácia.	significativas por intervenção: 1) enfermagem primária (56%), 2) caixa de ferramentas educacionais (71%), 3) o atendimento					
--	---	-----------	---	--	--	--	--	--

		enfermagem com de supervisão clínica para apoiar os enfermeiros quando houvesse tensão emocional; Treinamento de <i>feedback</i> positivo do supervisor; Intervenção de prevenção à violência.		individualizado 4) supervisão clínica (100%), 5) intervenção de prevenção da violência (86%) foram mais eficaz na melhoria do NWE. O restante intervenções mostraram eficácia de $\leq 50\%$.					
PANA GI OTI et al., 2016	Controlled intervention to reduce burnout in physicians: a systematic	Intervenções com dois focos: Intervenções individuais envolvendo técnicas de <i>mindfulness</i> e outras técnicas e cognitivo-	Avaliar a eficácia de intervenções para reduzir burnout em médicos. Avaliar se diferentes tipos	Revisão classificada como de alta qualidade observou que as intervenções dirigidas à organização estavam associadas a	9/11	5/19	1/19 EUA, Holanda, Espanha, Canadá, Austrália,	19/19	2016

<p>review and meta-analyses</p>	<p>comportamentais; Intervenções com foco na organização.</p>	<p>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.</p>	<p>efeitos melhores do tratamento dos médicos com <i>burnout</i> em comparação com as intervenções dirigidas ao profissional individualmente. As intervenções mostraram maior eficácia na redução de <i>burnout</i> para médicos mais experientes na atenção primária quando comparados a médicos recém-formados.</p>			<p>Argentina e Israel.</p>		
---------------------------------	---	--	---	--	--	----------------------------	--	--

Fonte: Elaboração própria.

Saúde do trabalhador na América Latina

A Saúde do Trabalhador (ST) contrapõe-se, como campo de conhecimentos e práticas, à Saúde Ocupacional (SO). Nascida a partir dos saberes que consubstanciam a Saúde Coletiva latino-americana, a ST revela a relação intrínseca entre trabalho e saúde e compreende o trabalhador como participante político da luta por condições de trabalho fortalecedoras. Dessa forma, são fundamentais para a constituição do campo da ST, a pesquisa sobre as relações trabalho-saúde e o movimento dos trabalhadores por melhores condições de trabalho. Diferentemente da SO, que se preocupa com o estabelecimento de riscos fundamentando-se no referencial clínico, a ST compreende que as formas de trabalhar determinam o desgaste dos trabalhadores e, por isso, se ocupa de compreender os processos de trabalho e os processos de produção em que os trabalhadores se inserem. Para isso, a ST lança mão de categorias de análise que são inerentes aos processos de produção, como organização do trabalho, divisão social e técnica do trabalho e alienação; procura relações com categorias empíricas, como ritmo, jornada, turnos, fragmentação e formas de controle sobre o trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989; LACAZ, 2007). Na prática isso significa dedicar-se à produção de conhecimentos e práticas que tenham potencial para promover transformações sobre os processos de trabalho e sobre os processos de produção. Tal perspectiva, conta com produção restrita por ser contra-hegemônica, isto é, crítica à estrutura de trabalho que sustenta a exploração na formação social hegemônica, e depende da luta política dos que militam na área.

Estado neoliberal no Brasil

A política econômica neoliberal prevê intervenção mínima do Estado nas relações entre capital e trabalho, com a finalidade de dar total liberdade ao capital. Por isso as ações do Estado neoliberal são de desregulação da economia, privatização de empresas estatais, políticas sociais compensatórias para as frações sociais que não têm poder aquisitivo para acessar o mercado, enfraquecimento dos órgãos de representação dos trabalhadores, como os sindicatos, flexibilização da legislação trabalhista e previdenciária, entre outras. No Brasil, o neoliberalismo foi introduzido no início dos anos 1990, na contramão dos valores ético-políticos do recém criado SUS, que legisla sobre o direito à saúde, inscrito na Constituição de 1988, de inspiração no Estado social. Nessa lógica, prevalece o critério econômico liberal e o mercado como regulador das ações de saúde, cabendo ao Estado incentivar financeiramente os municípios através de dotações específicas para programas, em geral, focalizados nos segmentos sociais considerados “SUS-dependentes”, os grupos de risco. Com isso, o caráter de universalidade do direito à saúde é afrontado; a manutenção e expansão do direito à saúde depende da constante luta política (CALIPO; SOARES, 2013).

Reabilitação tradicional à saúde no Brasil

No Brasil a implementação de serviços de reabilitação teve início na segunda metade do século 19, com institutos para cegos e surdos, além dos asilos para “doentes mentais”, e se consolidou como atenção terciária a partir da segunda metade do século 20, no governo Vargas, respondendo a necessidades de manutenção do exército de reserva, bem como a pressões da população por direitos (SOARES, 1991).

Em nossos dias, a definição de reabilitação profissional se estende para além da finalidade de retorno funcional ao trabalho, e é objeto de políticas estatais e de equipamentos do SUS. A concepção inicial foi ampliada desde a noção de recuperação para o trabalho, para abarcar finalidades de produção de autonomia e participação social àqueles que precisam de atendimento, fundamentando-se em perspectiva que engloba os componentes sociais no estabelecimento e superação da incapacidade e em políticas de inclusão, através da eliminação de barreiras ideológicas, dentre outras (MAENO; TAKAHASHI; LIMA, 2009). Segue, porém, fundamentada majoritariamente no conhecimento clínico, restringindo-se às intervenções individuais de cura e adaptação e a conceitos, como os de cidadania e cuidados humanizados, que se referem à inclusão no SUS (MOREIRA *et al.*, 2019), mas não à responsabilização das estruturas que determinam o desgaste dos trabalhadores.

Igualdade e equidade

Equidade é um termo comumente explicado no sentido de oferecer recursos iguais para os iguais e diferente para os diferentes, com base no conceito de justiça social, e tem a finalidade de remediar as desigualdades estruturais inerentes à formação social. Uma sociedade que se queira justa por meio da realização de políticas públicas depende, entretanto, da aplicação dos valores da igualdade e da equidade substantivas e não meramente formais. O uso do conceito marxiano de igualdade é fundado na satisfação das necessidades – "de cada qual segundo sua capacidade, a cada qual segundo suas necessidades", e baseia-se na organização social que garanta a promoção do bem comum para todos igualmente (AZEVEDO, 2013). Assim, a busca pela igualdade com base em ações equitativas idealmente estaria focada em aproximar as rendas, e assim, as possibilidades de reprodução social. Na realidade isso não se efetiva por meio das políticas sociais reguladas pela lógica neoliberal no Brasil, que focalizam ações para as populações chamadas mais vulneráveis com a mera finalidade de sustentar estabilidade política, ao estabelecer uma crença de que haveria uma justiça no direcionamento de alguns direitos para compensar desgastes instaurados, sem desafiar, entretanto, a determinação social desses desgastes. Sob influência neoliberal, por meio da lógica de divisão entre dirigentes e executores, a ideologia da competência técnico-científica foi aplicada no processo de despolitização das ações em saúde, notadamente na forma como o SUS se operacionalizou na década de 1990 no Brasil. Assim, uma proposta de “justiça social” foi desenhada para substituir a universalidade pela equidade apontando para a privatização da saúde por meio do foco em grupos como família e comunidade, restrição do acesso pela utilização do cartão SUS e execução de programas específicos, pela atuação de órgãos técnicos despolitizados (CALIPO, SOARES, 2008). Nessa lógica, o que se chama equidade não foca a possibilidade de alcançar igualdade substantiva (de renda), mas foca a compensação das mazelas resultantes da desigualdade material, essa, naturalizada. A ideia de igualdade e equidade formais, que orienta as políticas focalizantes, mascara e justifica a indiferença às desigualdades reais (AZEVEDO, 2013).

Reforma sanitária no Brasil

Fenômeno social e histórico que pode ser entendido como uma reforma social teorizada para alcançar transformação nas formas de trabalhar e de viver capazes de permitir o desenvolvimento de um modo de vida com igualdade substantiva para todas e todos. Centrou-se em três elementos constituintes: democratização da saúde; democratização do estado e seus aparelhos; democratização da sociedade e da cultura. Essa ampla proposta foi uma resposta dos movimentos de redemocratização da sociedade brasileira, que se concretizou a partir da 8a. Conferência Nacional de Saúde, como projeto civilizatório articulado à radicalização da democracia, propondo que o que se quer para a saúde é o que se quer para toda a sociedade brasileira. Na prática, concretizou-se como uma reforma parcial, ou seja, focada no setor saúde, e em suas instituições, sem alcançar a almejada transformação do *status-quo* determinante das condições de trabalho e vida da população brasileira (PAIM, 2008).

Responsabilidade sanitária

Termo enunciado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que define que a Federação, os Estados e os Municípios compartilham o compromisso por meio de normas jurídicas, de organizar e fazer funcionar o sistema de saúde, unificado, descentralizado e regionalizado. Há, portanto, leis que a administração pública deve cumprir e fazer cumprir com a finalidade de que os comportamentos nocivos à saúde sejam evitados e em última instância, punidos. O emprego irregular de verbas públicas, por exemplo, foi tipificado como crime, pelo código penal. Entre 2004 e 2011 uma série de projetos de lei foram apresentados à Câmara dos Deputados, transformando a lógica, que antes considerava os riscos da administração e que previa consequências no âmbito administrativo, para então a responsabilização do(a) gestor(a), com previsão de consequências ao indivíduo, no campo penal. A crítica a essa focalização da responsabilidade decorre de que: a sanção jurídica é realizada a posteriori, ou seja, quando o problema na oferta de saúde à população já está instalado; se a percepção do problema fica restrita ao âmbito jurídico, pode-se apenas verificar o cumprimento ou não da lei, deixando de avaliar a complexidade administrativa e técnica do desenvolvimento das ações sanitárias; a responsabilização fica em torno da discussão sobre direitos individuais quando os impactos das ações são sobre a saúde coletiva; e somente pode ser acionada a fiscalização e responsabilização por provocação, ou seja, aqueles lesados pelo problema é que devem identificá-lo e mover ação de responsabilização, quando o desejável é que houvesse uma defesa automática e institucional da saúde coletiva (ROMERO, DELBUQUE, 2013).

Organizações Sociais (OSs)

Criadas pela Lei n. 9.637/98, como parte da reforma do Estado ocorrida na década de 1990, as Organizações Sociais (OS) são parte do

mecanismo de publicização, ou seja, de redução das atividades desenvolvidas pelo Estado. São entidades públicas não-estatais reguladas pelo direito privado, que têm autorização do Estado para realizar contratos de gestão com entes federais, estaduais ou municipais e assim participar do orçamento público (TRAVAGIN, 2017). Dessa forma, as OSs podem realizar contratações a partir das condições do mercado e adotar normas próprias para compras e contratos com flexibilidade na execução de seus orçamentos. Esse modelo permite definir os direitos sociais como serviços no sistema produtivo, e assim sendo, podem ser tratados pela lógica das mercadorias; a concepção de Estado presente nas bases fundantes do SUS e aquela da lógica das OSs são diferentes, e o direito à saúde não fica garantido nesse modelo (CALIPO, SOARES, 2008). A constitucionalidade das OSs tem sido questionada, dado o seu caráter substitutivo da gestão estatal e não complementar como está previsto na Lei Orgânica da Saúde, de 1990; a gestão e os recursos públicos são transferidos para as OSs, o que se configura como privatização (TRAVAGIN, 2017).

Contrato de gestão

Instrumento legal de gestão administrativa, regulado pela lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (BRASIL, 1998), firmado entre o Poder Executivo e a diretoria de instituições de direito público e empresas estatais, criado a partir da chamada Nova Gestão Pública (manifestação do neoliberalismo no Brasil a partir da década de 1990). Em tese, esse instrumento teria a potencialidade de trazer maior transparência e *accountability* (responsabilização) para a gestão pública. Na prática, o que se observa é a assunção da lógica empresarial na gestão em saúde, que inverte as finalidades do processo de produção em saúde previstos na reforma sanitária e no processo de democratização do país previsto na constituição federal de 1988. Se a proposta do SUS entendia em princípio o trabalho em saúde como parte de um projeto de sociedade mais justa, o modelo da Nova Gestão Pública operacionaliza o acesso a direitos como acesso a serviços, em uma lógica de mercado que focaliza a atenção àquelas populações mais vulneráveis e desgasta os trabalhadores do setor saúde com uma organização do trabalho orientada pela finalidade do lucro e da manutenção de contratos. No município de São Paulo, a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998, regulamenta os contratos de gestão para a qualificação de entidades privadas como Organizações Sociais da Saúde (SANO, ABRUCIO, 2008). Outros estados e municípios estabelecem seus próprios padrões de fiscalização, não obedecendo a qualquer padrão de âmbito nacional; as OS são dispensadas de licitações e concursos públicos, contratando trabalhadores por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e não precisam prestar contas aos tribunais públicos (TRAVAGIM, 2017).

Necessidades em saúde

Necessidades em saúde são necessidades intrínsecas à reprodução social das classes sociais, que se expressam nos indivíduos que compõem essas classes. A partir do campo de conhecimentos e práticas da saúde coletiva, a tarefa do trabalho em saúde é responder a necessidades em saúde dos diferentes grupos sociais, que apresentam diferentes formas de reprodução social. Essas necessidades são geradas pelas formas de trabalhar e viver e são determinadas de acordo com as condições advindas da inserção da pessoas e dos grupos sociais às diferentes formas de produção e reprodução social, características de cada classe social. Para identificar as necessidades em saúde, três elementos da realidade devem ser analisados: os padrões de reprodução social (formas de trabalhar e padrões de vida, de consumo), as características da presença do Estado no território (espaço social em que os grupos estabelecem parte importante de suas relações sociais, com os serviços e instituições sociais disponíveis), e as características da participação social, entre outras formas de participação (CAMPOS; SOARES, 2013).

Vigilância em saúde do trabalhador

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, e tem como objetivo garantir a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população que trabalha, por meio da integração de intervenções sobre os agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos (BRASIL, 2013). Distingue-se da vigilância em saúde em geral por tomar como seu objeto específico a investigação e intervenção na relação do processo de trabalho com a saúde, desenvolvidas com a participação dos trabalhadores em todas as suas etapas, superando a concepção de vigilância como mera produção de informações. Assim, a VISAT deve atuar sobre o processo de trabalho ao estabelecer intervenções e negociações de controle e mudanças em sua base tecnológica ou de organização do trabalho, buscando em última instância, eliminar o risco de acidentes e adoecimento relacionado ao trabalho. Apresenta como características gerais: (1) caráter transformador - processo pedagógico, com caráter proponente de mudanças sobre os determinações e condicionantes dos problemas de saúde relacionados ao trabalho; (2) Ações de promoção, proteção e prevenção - priorização de medidas de controle dos riscos na origem e de proteção coletiva; (3) Interdisciplinaridade; (4) Pesquisa-intervenção - processo contínuo em que a pesquisa é parte indissolúvel, subsidiando e aprimorando a própria intervenção; (5) Articulação intrasetorial - articulação com os demais componentes da Vigilância em Saúde - Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância em Saúde Ambiental, Promoção da Saúde e Vigilância da Situação de Saúde; (6) Articulação intersetorial - transversalidade entre as políticas de saúde do trabalhador e outras políticas setoriais; (7) Pluriinstitucionalidade: articulação, com outras instituições públicas com responsabilidade na área de saúde do trabalhador, consumo e ambiente (RENAST, s/d).