Diálogo deliberativo sobre a 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[1]

Carla Andrea Trapé[2]

Cassia Baldini Soares[3]

Kátia Regina dos Santos Narciso[4]

Lucas Modesto Pinheiro da Silva [5]

Nathan Mendes de Souza [6]

[1] Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo (PPGE), área de concentração Enfermagem em Saúde Coletiva., Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (FSP/USP), São Paulo, SP, Brasil

[2] Professora Doutora, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

[3] Professora Associada, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

[4] Mestranda, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

[5] Graduando, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

[6] Professor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

---

SOBRE ESSA SÍNTESE

Esta síntese foi desenvolvida como parte da tese de doutorado de Emiliana Maria Grando Gaiotto, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, orientada pela Professora Doutora Cássia Baldini Soares. O conteúdo deriva do Diálogo deliberativo sobre a Síntese de evidências para políticas de saúde do trabalhador da Atenção Básica: opções para supervisões de saúde", realizado no contexto da Rede de Políticas Informadas por Evidências (PIE), com o objetivo de subsidiar decisões políticas fundamentadas em evidências.

Essa síntese serviu de base para o artigo posteriormente publicado:

Gaiotto, E. M. G., Trapé, C. A., Soares, C. B., Souza, N. M., & Narciso, K. R. dos S.. (2023). Diálogo deliberativo como instrumento de decisão política: a saúde do trabalhador da Atenção Primária à Saúde. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 27, e230166. https://doi.org/10.1590/interface.230166.

O artigo está licenciado sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Para mais informações, acesse: https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Esta publicação da síntese na plataforma PIE tem como objetivo apoiar outros núcleos na adoção de modelos de Diálogos Deliberativos baseados em evidências. Nenhum endosso oficial da revista Interface é declarado ou presumido.

AGRADECIMENTOS

Aos integrantes do grupo de trabalho para elaboração da síntese de evidência: Edward T. Midorikawa (CRST/SMS/SP), Katia R. dos Santos Narciso (EE-USP), Francisco A. de Castro Lacaz (UNIFESP), Leonardo Mello e Silva (FFLCH/USP), Maria do Perpétuo Socorro de S. Nóbrega (EE-USP e ABEN/SP), Mariana S. Dias (EE-USP), Tereza S. Toma (IS/SES/SP) e Maritsa C. de Bortoli (IS/SES/SP).Em especial à Aline Godoy-Vieira (EE_USP) revisora na síntese de evidências

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

Agradecemos a todos os participantes, observadores e ao facilitador a participação neste diálogo.

CONFLITO DE INTERESSES

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

Citação

Gaiotto, E.M.G.; Trapé, C.A.; Soares, C.B.; Narciso, K.R.S.; Silva, L.M.P.; Souza, N. M. Diálogo deliberativo sobre a Síntese de evidências para políticas de saúde do trabalhador da Atenção Básica: opções para supervisões de saúde. São Paulo [s.n.], 2025.42p

FICHA CATALOGRÁFICA

GAIOTTO, Emiliana Maria Grando.

Diálogo deliberativo sobre a 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.

1. Diálogo deliberativo. 2. Síntese de Evidências. 3. Políticas de saúde do trabalhador. 4. Atenção básica. I. Trapé, Carla Andrea. II. Soares, Cassia Baldini. III. Narciso, Kátia Regina dos Santos. IV. Silva, Lucas Modesto Pinheiro da. V. Souza, Nathan Mendes. VI. Título.
CDD 613.6

Elaborada por Alana Ribeiro Rodrigues
Bibliotecária CRB-8/8791

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 1
2. INTRODUÇÃO 1
2.1 O problema 1
2.2 A síntese de evidências 3
2.3 Objetivo 5
3. MÉTODO 5
3.1 Participantes 6
3.2 Operacionalização 6
3.3 Análise 7
3.4 Procedimentos éticos 8
4. ANÁLISE DOS RESULTADOS 9
4.1 Avaliação da síntese de evidência 15
5. DISCUSSÃO 19
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 27
7. AVALIAÇÃO DO DIÁLOGO DELIBERATIVO 30
8. REFERÊNCIAS 31
APÊNDICE 37
ANEXO 41

1. APRESENTAÇÃO

Este diálogo deliberativo foi organizado pelo Grupo de Pesquisa Fortalecimento e desgaste no trabalho e na vida: bases para a intervenção em saúde coletiva, da Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo, e se refere à Síntese de evidências para políticas de saúde do trabalhador da Atenção Básica: opções para supervisões de saúde, que faz parte da tese de doutorado de Emiliana Maria Grando Gaiotto, orientada pela Prof.ª Cassia Baldini Soares, do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e que contou com o apoio de outros integrantes do grupo de pesquisa.

2. INTRODUÇÃO

2.1 O problema

O problema, que foi objeto da Síntese de evidências para políticas de saúde do trabalhador da Atenção Básica: opções para supervisões de saúde, foi delimitado, num primeiro momento, com o apoio de um grupo de trabalho de 11 integrantes (profissionais de saúde e gestores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo, representantes de entidades profissionais e da sociedade civil organizada, pós-graduandos e especialistas na área de Saúde do Trabalhador (ST) e Atenção Básica (AB), que participaram de oito oficinas de problematização e instrumentalização. Essas oficinas definiram o problema de pesquisa que gerou a síntese de evidência avaliada neste diálogo.

Para definir o problema, vários elementos foram considerados pelo grupo, dentre eles dados epidemiológicos que mostram a envergadura do problema. Resumidamente, destaca se que no Brasil foram contabilizados 574.050 acidentes de trabalho e 1.989 mortes em 2017 e que o país ocupa o quarto lugar no *ranking* das nações que mais registram mortes durante atividades laborais, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, Tailândia e China (1). Observe-se que na Prefeitura Municipal de São Paulo os dados disponíveis não estão caracterizados para compreender o problema na especificidade dos setores, o que invisibiliza os

problemas de Saúde do Trabalhador nos diferentes setores e como consequência, os gestores apresentam dificuldade para se apropriarem da situação e discutir possíveis soluções (2).

Para definir o problema, considerou-se também o contexto político e sua repercussão no SUS. Tanto trabalhadores da saúde quanto representantes da sociedade civil organizada se deparam com o desmonte da ST por meio de medidas restritivas e de supressão de direitos como as decorrentes do fechamento da Ministério da Previdência Social (3), da Reforma Trabalhista de (4), do fechamento do Ministério do Trabalho (5), da reforma da Previdência Social (6), da Emenda Constitucional 95/16, de congelamento dos gastos com saúde por 20 anos (7), entre tantos outros retrocessos políticos que o país vem sofrendo nos últimos anos. Além disso, nesse ambiente neoliberal, é crescente o enfraquecimento da participação dos sindicatos nos acordos coletivos e mudanças nas normas regulamentadoras.

Para definir o problema, considerou-se ainda elementos da gestão. Para os gestores, é crítica a ausência de uma equipe ou grupo de trabalho na Secretaria Municipal da Saúde incumbida do aperfeiçoamento dos serviços de saúde, por meio de levantamento de necessidades e implementação de ações em resposta a essas necessidades. Hoje a gestão não dispõe de núcleo de trabalho de caráter participativo, composta de gestores, trabalhadores e pessoas chaves, que se concentre em desenvolver estratégias eficientes, comunicação transparente e que se reúna periodicamente, para apoiar os trabalhadores no enfrentamento dos potenciais de desgaste no trabalho, no desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes de AB e na elaboração e implementação de propostas de mudanças substanciais nas formas de organização, condições e processos de trabalho. O problema se desdobra também na área acadêmica, dado que as pesquisas, especialmente no âmbito internacional, são predominantemente voltadas para a Saúde Ocupacional, havendo poucos desenvolvimentos na área de Saúde do Trabalhador (2). Autores consagrados na área, entre eles, Rene Mendes (8), Elizabeth Costa Dias (8), Carlos Minayo-Gomez (9), Sonia Maria da Fonseca Thedim-Costa (9) e Francisco Antônio de Castro Lacaz (10), vêm contribuindo para a distinção entre esses dois campos, especialmente no contexto da América Latina. A construção do Quadro 1 baseou-se nas diferenças por eles apontadas.

Quadro 1 - Distinção entre os campos da Saúde Ocupacional e da Saúde do Trabalhador. São Paulo, 2020.

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

Fonte: Quadro baseado em Mendes, Dias (8), Minayo-Gomez, Thedim-Costa (9) e Lacaz (10)

2.2 A síntese de evidências

A síntese de evidências elaborada para responder ao problema levantado seguiu métodos rigorosos de busca, seleção, avaliação da qualidade metodológica das revisões sistemáticas incluídas e extração de dados. Foram realizadas buscas em 10 fontes de dados: PUBMED, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Health Systems Evidence (HSE), CINAHL, Cochrane Library, EMBASE, JBI Evidence Synthesis, Rx for change, Scopus e Web of Science, entre agosto de 2018 e maio de 2019, utilizando várias combinações de palavras chave. Foram selecionadas oito revisões sistemáticas para constituir a síntese. A síntese por sua vez se compõe de três opções

consideradas viáveis para implementação na área de ST dos trabalhadores da AB no âmbito das supervisões em saúde (Quadro 2).

Quadro 2. Opções, mensagens-chave, considerações para implementação e equidade da Síntese de evidências para políticas de saúde do trabalhador da Atenção Básica: opções para supervisões de saúde. São Paulo, 2020.

Opções	Mensagens- chave	Considerações para implementação Barreiras/facilitadores	Considerações para equidade
Opção 1. Estabelecer programa multiprofissional de prevenção e monitoramento de problemas de saúde (desgaste) para trabalhadores da 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	**Problemas/barreiras:** Desconhecimento dos direitos trabalhistas pelos trabalhadores da administração direta Desconhecimento da área de ST pelos profissionais que atendem os trabalhadores Subnotificação dos problemas de saúde dos trabalhadores contratados pelos OSS Ausência de ações coordenadas e de integração intersetorial na área de saúde do trabalhador	Para implementar esta opção deve-se levar em consideração tanto os servidores municipais quanto os profissionais de saúde contratados pelas OSS, uma vez que todos os trabalhadores são de responsabilidade da PMSP
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	**Facilitadores:** Garantia do acesso e eficiência dos serviços É importante que os trabalhadores de saúde da AB estejam capacitados para identificar, atender e encaminhar os trabalhadores de saúde quanto às necessidades em ST Programas de tratamento para profissionais de saúde devem garantir envolvimento significativo e supervisão utilizando a formação de um comitê de local de trabalho com várias partes interessadas A organização dos serviços de saúde e da rede de atenção para fornecer confidencialidade nos testes e minimizar o estigma **Problemas/barreiras:** Gerentes e coordenadores não estão capacitados para compreender os problemas dos trabalhadores que retornam ao trabalho após licença 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	A gestão de trabalhadores que retornam para o trabalho após licença médica deve assegurar o direito de todos os trabalhadores à avaliação e acompanhamento, o que é de responsabilidade do poder público igualmente para servidores municipais e terceirizados.
Opção 3. Desenvolver práticas em saúde voltadas para a organização do trabalho tendo como finalidade o fortalecimento dos trabalhadores da Atenção Básica: 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	**Problemas/barreiras:** AB apresenta alta rotatividade de trabalhadores **Facilitadores:** As mudanças organizacionais dos processos de trabalho em saúde podem ser potencializadas por processos de educação permanente dos trabalhadores. A análise territorial é uma importante ferramenta do planejamento e execução das ações de atenção integral à saúde dos trabalhadores Matriciamento da equipe da AB pelo CRST Instalação de observatório para os trabalhadores com apoio dos conselhos gestores municipais	Desenvolver práticas inovadoras fortalecedoras, respeitando a igualdade, demanda que todos os trabalhadores sejam convidados a participar da discussão e da elaboração conjunta do projeto de transformação das formas de organização do trabalho

Fonte: Elaboração própria

2.3 Objetivo

O objetivo do diálogo deliberativo é discutir a viabilidade, pertinência e exequibilidade das opções e das considerações sobre implementação e equidade estabelecidas na síntese, com a finalidade de propor uma política pública de saúde do trabalhador para trabalhadores da Atenção Básica no contexto do município de São Paulo e das Supervisões Técnicas de Saúde.

3. MÉTODO

O diálogo deliberativo (DD), também referido como diálogo de políticas, é um método de discussão estruturado, escolhido para este processo porque permite que evidências advindas de pesquisa passem por avaliação e sejam complementadas e/ou questionadas pelas experiências e conhecimentos daqueles que pesquisam o tema, vivenciam a realidade ou estão envolvidos com as decisões a serem tomadas para dar resposta a uma necessidade detectada (11).

A síntese de evidências para informar políticas estabelece a importância do DD em função dos seguintes argumentos: a decisão deve ter o suporte dos que estão vivenciando o problema; as evidências de pesquisa constituem parte, mas não a totalidade das soluções para o problema; muitos interessados podem acrescentar contribuir para esses processos dado o lugar que ocupam na gestão ou na assistência à saúde; além dos que formulam políticas outros níveis da gestão em saúde podem tomar medidas para resolver problemas detectados na realidade da situação de saúde e de assistência à saúde (12).

As principais características do DD são: processo colaborativo, que provoca introspecção, e atenção a significados; busca uma base comum para ampliar as perspectivas de solução para um problema ou resposta a uma necessidade em saúde; está atento aos pontos fortes e causa reavaliação de pressupostos, procurando permanecer aberto e estabelecer acordos (13).

O DD tomou por base a abordagem desenvolvida pelo *McMaster Health*

Forum (Canadá), seguindo os métodos prescritos pelas Ferramentas SUPPORT (em Inglês SUPporting POlicy relevant Reviews and Trials) no processo de elaboração de políticas informadas por evidências (13). Essas ferramentas procuram se cercar de elementos chave como: amparo institucional na condução do processo; cumprimento de etapas para esclarecimento de problemas, estruturação de opções e planejamento da implementação das opções, garantindo o levantamento das necessidades de evidências de pesquisa e identificação e avaliação das evidências fornecidas em cada uma das etapas; além da transição da etapa de avaliação de evidências de pesquisa para a de tomada de decisões (11). Além de fornecer subsídios para explicitar de forma clara o problema a ser enfrentado, identificar as opções para enfrentar o problema, ponderar sobre equidade e barreiras na implementação das opções, as ferramentas apoiam também a etapa de disseminação dos resultados, mediante a realização de diálogos deliberativos (14).

3.1 Participantes

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

Os participantes receberam a síntese e a documentação de orientação do DD (Apêndice 1), com um mês de antecedência. E dois outros lembretes.

Todos receberam ainda informações de identificação dos participantes e observadores e um formulário online padronizado (15), para avaliação do DD (Anexo 1). Os participantes receberam também um formulário padronizado online com perguntas para avaliação da síntese (Anexo 2) (15).

3.2 Operacionalização

O DD foi realizado online no dia 17 de novembro de 2020, das 15h às 19h, por meio da ferramenta Google Meet.

Além dos 16 participantes e do facilitador, 10 ouvintes, membros do grupo

de trabalho que desenvolveu a síntese, também estiveram presentes para acompanhar os trabalhos. Dois observadores ficaram incumbidos de fazer anotações sobre o andamento das discussões e comentários no *chat*. A reunião foi gravada, com a autorização dos participantes, ouvintes, observadores e facilitador.

O DD teve início com as boas vindas da coordenadora do grupo de pesquisa responsável pelo evento. Em seguida, o facilitador, professor da Universidade Federal de Minas Gerais, fez uma breve apresentação sobre o que é, e como vem sendo utilizado na área de síntese de evidências para políticas (15). Em seguida, apresentou-se os principais pontos da síntese de evidência, resgatando sucintamente o conteúdo do documento encaminhado a todos os participantes.

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

Ao final de cada componente discutido, o facilitador confirmou com os participantes as deliberações.

3.3 Análise

A análise de conteúdo foi escolhida como método para apreender os significados daquilo que foi discutido durante o diálogo deliberativo (16, 17), procurando-se, com o apoio do referencial dialético, captar as contradições da realidade discutida e as mediações que estão em jogo para promover as mudanças que superam essas contradições (18). O referencial dialético demanda que se recorra constantemente à teoria que subsidia o estudo que está sendo desenvolvido (19).

Este estudo está ancorado no campo de conhecimentos e práticas da Saúde do Trabalhador, ou seja, tem como fundamento a teoria da determinação social da saúde. Essa teoria explica que os desgastes dos trabalhadores estão profundamente enraizados nas formas de trabalhar, que apresentam para os trabalhadores alguns potenciais de desgaste, assim como podem apresentar também alguns potenciais de fortalecimento. Em outras palavras, o que está na base do adoecimento dos trabalhadores são as formas de organização e as condições de trabalho com as quais os trabalhadores se deparam no dia a dia, bem como o salário, e as condições de

transporte, entre outras formas de viver que decorrem diretamente dessas formas de trabalhar.

A análise do material nessa perspectiva demanda que se busque captar na discussão os elementos dessa teoria, ou seja, os desgastes dos trabalhadores, os potenciais de desgaste, as explicações para o processo de desgaste, a natureza e o alcance das propostas de superação desses desgastes, entre outros.

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

Numa primeira etapa, organizou-se o material e numa segunda etapa procedeu-se à leitura exaustiva desse material para compreendê-lo na sua totalidade, nos seus componentes e na relação que os componentes mantêm com a totalidade. Numa terceira etapa, procurou se as unidades de sentido, ou seja, aquilo que melhor caracteriza o que foi dito, seja porque foi reiterado, seja pelo impacto que causou. Chamaremos essas unidades de sentido de temas. Cada tema por sua vez é composto por subtemas, de forma a expor pormenorizadamente a síntese de todo o material. Os temas e subtemas e os excertos correspondentes são apresentados no item Análise dos resultados.

3.4 Procedimentos éticos

Este diálogo deliberativo seguiu todos os procedimentos éticos da Resolução CNS 196/96 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP no. 25396719.4.0000.5392 e da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo-SMS/SP, no. 25396719.4.3001.0086. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido online (Apêndice 2). Os procedimentos éticos estão de acordo com as recomendações das ferramentas SUPPORT para que os participantes do DD não divulguem a identidade e a afiliação dos participantes, de forma a garantir liberdade de crítica (11).

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

O Quadro 3 mostra de forma sintética os temas e subtemas da análise de conteúdo realizada. Parte importante se concentrou na discussão sobre a predominância do modelo biomédico de atenção à saúde do trabalhador presente tanto em sua dimensão teórica, que embasa a construção de programas e políticas, quanto na dimensão operacional, que diz respeito às ações desenvolvidas. Tal modelo pauta-se no referencial da SO que se restringe a identificar e analisar a relação direta entre exposição a riscos e adoecimento.

Os participantes discutiram a limitação dessa abordagem que dirige inclusive as ações de vigilância e de reabilitação dos trabalhadores e que desconsidera a relação entre organização dos processos de trabalho e adoecimento, mascarando os elementos estruturais que estão na raiz do desgaste tais como alienação do processo de trabalho, ausência de participação política, divisão social do trabalho, lógica empresarial das ações em saúde do trabalhador, entre outros.

Nessa perspectiva a discussão traz à tona outra dimensão importante, a dimensão política expressa na crítica à lógica privada de organização das ações em saúde do trabalhador e nas diferentes formas de contratos de gestão.

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

Quadro 3 - Temas, subtemas e conteúdos representativos da análise de conteúdo do diálogo deliberativo sobre Síntese de evidências para políticas de saúde do trabalhador da Atenção Básica: opções para supervisões de saúde. São Paulo, 2020.

TEMAS	SUBTEMAS	CONTEÚDOS REPRESENTATIVOS
Dimensão teórica: predomínio da perspectiva biomédica para explicar os problemas de saúde dos trabalhadores	Desconhecimento do referencial da Determinação Social da Saúde	Existe dificuldade de entendimento do conceito de determinação social que norteia esta síntese de evidência. Tanto o sistema de saúde, através da prestação de serviços, quanto os que nele trabalham não têm familiaridade com essa explicação. O desenho do problema está albergando vários elementos: subnotificação, dificuldade de articulação da Atenção Básica com o Centro de referência de Saúde do trabalhador (CEREST) e crítica só predomínio da perspectiva estritamente biomédica, que desconsidera a conexão social entre relações de produção, formas de organização do trabalho, processo de trabalho e processo saúde-doença.
	"Mascaramento" da divisão social pela divisão técnica do trabalho	A divisão social e técnica do trabalho é escamoteada nas discussões e na legislação sobre a saúde dos trabalhadores. As manifestações dessa divisão são, no entanto, concretas, por exemplo, o profissional médico chega a receber de 10 a 12 vezes mais que um ACS. Ainda que haja desgaste no trabalho médico, as possibilidades de fortalecimento são maiores, pois há mais ofertas de emprego para médicos, maiores possibilidade de mudanças de emprego, entre outros.
Dimensão operacional: predomínio da perspectiva biomédica na	Fragmentação e desarticulação dos serviços	A organização do SUS em teoria recebeu influência da compreensão da determinação social da saúde, que esteve presente na disputa das diretrizes que o fundamentam, mas na prática prevalece a fragmentação e a falta de integração dos serviços de saúde, sendo o financiamento do SUS o desencadeador da fragmentação dos sistemas.

TEMAS	SUBTEMAS	CONTEÚDOS REPRESENTATIVOS
Operacionalização das ações em saúde do trabalhador	Ações voltadas para a Saúde Ocupacional (SO)	Mesmo que em teoria as estruturas do SUS tenham se erguido sob os fundamentos da ST, as práticas estão voltadas para a SO. A SO apresenta limites já que o trabalho prestado pelos trabalhadores da AB requer tecnologia sofisticada que exige de cada trabalhador a mobilização de muitos recursos cognitivos e emocionais para resolução de problemas, que são de natureza complexa.
	Vigilância em saúde do trabalhador focado no adoecimento	Os trabalhadores estão adoecendo e o monitoramento é feito considerando-se exclusivamente a dimensão fisiológica, por meio de exames laboratoriais, mental, por meio de questionários. Mas essas medidas não resolvem os problemas, pois se está focando novamente no resultado, no trabalhador exposto a situações adversas à sua saúde.
Dimensão política: a organização das ações em saúde do trabalhador obedece a lógica privada	Órgãos técnicos organizados pela lógica empresarial	Existe um viés na organização da representação dos trabalhadores no aparato institucional, pois a governança das questões da ST na AB remete à lógica do setor privado. Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) não apresentam um núcleo técnico da produção do conhecimento concreto em ST, e defendem os interesses do empresariado. As informações ficam invisíveis, pois elas são mascaradas por esse núcleo. Na atenção em saúde dos trabalhadores na AB predominam para os trabalhadores terceirizados das OSS os SESMT, totalmente corporativos, com médico e engenheiro de segurança na reduzida equipe, e para os servidores públicos, o Departamento de Perícia Médica, modelo de tratamento preocupado primordialmente com afastamentos e com insalubridade e não com a perspectiva da S. Também não apresenta caráter multiprofissional.
	Enfraquecimento ou ausência de participação do trabalhador nas decisões	É necessário questionar o sistema de tutela em ST existente no país que privilegia o domínio e a perspectiva do gestor (público e privado) em detrimento da participação e da perspectiva do trabalhador.

TEMAS	SUBTEMAS	CONTEÚDOS REPRESENTATIVOS
	Predomínio da lógica empresarial na vigilância em saúde do trabalhador	O sistema de tutela da saúde do trabalhador pressupõe o ocultamento de acidentes e doenças garantindo os interesses do empregador. A subnotificação é crônica e não por acaso, já que existe essa intencionalidade. É o empregador, e em grande parte os gestores, que emitem a notificação de acidentes de trabalho nos setores privado e público. O INSS legitima isso no setor privado e a Coordenação de Gestão de Saúde do Servidor (COGESS) da SMS legitima no setor público. Ambos perpetuam a visão compatível com o pensamento hegemônico de que se deve analisar caso a caso e a prova fica a cargo do trabalhador, o que dificulta a análise do fenômeno na totalidade inviabilizando o desenho de intervenções no coletivo.
Dimensão política: dificuldade em lidar com trabalhadores em diferentes contratos de gestão	Diferentes contratos de gestão impactam de forma diversa saúde do trabalhador	Uma falha grave é que no processo de gestão não se mencionam as políticas internas de RH; isso traz dificuldades para que o município possa interferir, pois não estando no contrato, não há governabilidade para fazer modificações. Trabalha-se com profissionais de diferentes contratos (municipalizados, terceirizados, Ossos) e é muito difícil pensar em formas de operacionalizar esse controle para atender às necessidades dos trabalhadores. A desvalorização da AB, a não permanência dos trabalhadores das OSS, a competição entre OSS que apresentam propostas de salários diferentes, faz que não haja uma gestão única do sistema no nível municipal, pois há vários empregadores competindo pelos trabalhadores com políticas salariais diferentes e sem programa de carreira. Os contratos de gestão não têm uma pauta de saúde do trabalhador e tratam meramente de número e entrega de produção, independente se a pessoa apresenta uma boa condição de saúde. Os agentes comunitários de saúde, por exemplo, que sofrem por questões emocionais, relutam em se afastar, pois se o caso evoluir para afastamento pelo INSS terão dificuldades com o provimento da família.
Dimensão política: necessidade de mudança do modelo de atenção em saúde do trabalhador	Superação do modelo tradicional de vigilância	É necessário que na estrutura do SESMT e CIPA se pense em espaços em que haja a representação de trabalhadores. A participação do trabalhador deve estar incluída dentro dessa perspectiva da atenção, monitoramento e vigilância em saúde. Devem ser incorporados nos indicadores da vigilância o monitoramento dos potenciais de desgaste e fortalecimento do trabalho, envolvendo os trabalhadores nesse processo.

Fonte: Elaboração própria

TEMAS	SUBTEMAS	CONTEÚDOS REPRESENTATIVOS
	Superação do modelo tradicional de reabilitação	É necessário que no processo de reabilitação dos trabalhadores se leve em consideração: a) as dimensões pessoais de enfrentamento do profissional adoecido; b) os aspectos emocionais, físicos e de relações sociais para que o indivíduo se recupere dentro de uma rede que lhe dê suporte; c) o sistema de saúde com sua compreensão e manejo de prevenção e manutenção da saúde; d) o local de trabalho, que inclui as diferentes formas de organização do trabalho dentro do setor, citando-se aqui principalmente em relação ao setor público; e) o sistema legislativo quanto a suas normas dentro do sistema de saúde e da prefeitura, destacando-se as perícias como possíveis componentes na ampliação do adoecimento desses trabalhadores visto a forma reduzida em se pensar saúde nesses locais.
Apoio à superação: mudança da organização dos processos de trabalho visando o fortalecimento dos trabalhadores	Trabalhadores devem ser instrumentalizados para participação política	Os trabalhadores devem ser fortalecidos. Se eles não puderem notificar seus adoecimentos e suas doenças, seus acidentes, será mantido o modelo biomédico de lógica privada. Não há discussão possível dentro dessa estrutura que existe no sistema de tutela de saúde do trabalhador em que a lógica do setor privado foi totalmente incorporada no setor público. Os trabalhadores devem sentir-se empoeirados para conseguirem de fato reorganizar o processo de trabalho. Deve acontecer a formalização dessa reorganização de trabalhadores Atualmente existe uma hierarquização interna que divide diferentes categorias profissionais; isso tem trazido uma grande competitividade e para alcançar esses objetivos, profissionais levam trabalho para casa, se submetem a horas trabalhadas sem registros. Isso acaba dificultando a mobilização coletiva entre profissionais de uma mesma categoria. Existe um medo de perder o emprego ou oportunidade de crescimento. Os trabalhadores se submetem a trabalhar com condições de risco. Faz-se importante a capacitação dos gestores e sensibilização dos trabalhadores, inclusive daqueles que não adoeceram, até como fortalecimento destes; sempre com o objetivo de fortalecer e organizar o processo de trabalho. Que isso seja oficializado pelas lideranças Existe um número muito grande de problemas, principalmente relacionados ao sofrimento psíquico, entre os trabalhadores da saúde. É o momento de se tentar organizar o movimento sindical para criação de protocolos para coletivização das queixas; assim pode-se utilizar de outros instrumentos para a avaliação. Em plano individual não se obtêm sucesso. É imprescindível a valorização da articulação de sindicato para articular a coletivização destes sofrimentos e estipular estratégias institucionais para mudar este quadro grave. Falta a consideração de um determinante fundamental que é a participação dos trabalhadores, especialmente as suas representações no processo de gestão. Os grandes sistemas de gestão (OIT, OMS, ISSO) colocam que a efetividade de um serviço de saúde depende da participação não somente dos trabalhadores, mas também dos trabalhadores organizados. Falta participação mais aprofundada dos trabalhadores e suas representações (sindicatos) nos locais de trabalho.

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

		um local de espaço e trabalho coletivo com múltiplos olhares, em que o conhecimento é sistematizado e pode-se estabelecer a vigilância e o monitoramento das condições de trabalho e adoecimento.

Fonte: Elaboração própria

4.1 Avaliação da síntese de evidência

A avaliação da síntese foi feita por 11 (68,7%) participantes utilizando formulário padronizado de 21 questões (Anexo 2). Na Tabela 1 são apresentados os resultados quantitativos relativos às perguntas e em seguida é apresentada uma síntese dos resultados da questão aberta do formulário.

Tabela 1 - Avaliação da síntese de evidência feita pelos participantes do diálogo deliberativo. São Paulo, 2020.

Questões de avaliação	Sim n %	Não n %	Parcialmente n %	Não está claro n %
1.A mensagem-chave está completa, clara, concisa e despertou seu interesse?	10 (90,9%)	0	1 (9,1%)	0
2. O contexto e antecedentes do problema estão fundamentados nas evidências disponíveis?	11 (100%)	0	0	0
3. O problema da política está explicitado com objetividade e clareza?	8 (72,7%)	0	2 (18,2%)	1 (9,1%)

4. A prioridade e relevância do problema estão fundamentadas nas evidências disponíveis e descritas dentro do contexto político?	11 (100%)	0	0	0
5. As principais causas do problema foram apresentadas e discutidas?	9 (81,8%)	0	2 (18,2%)	0
6. Dados ou indicadores foram utilizados para estimar a magnitude do problema?	10 (90,9%)	0	1 (9,1%)	0
7. Existe uma pergunta de pesquisa desenvolvida a partir de um problema?	9 (81,8%)	0	1 (9,1%)	1 (9,1%)
8. A estratégia de busca foi realizada de forma adequada a partir do problema de política definido?	8 (72,7%)	0	2 (18,2%)	1 (9,1%)
9. Os critérios de elegibilidade dos estudos foram descritos?	8 (72,7%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)

Questões de avaliação	Sim n %	Não n %	Parcialmente n %	Não está claro n %
10. Apresenta fluxograma do processo de inclusão dos estudos?	9 (81,8%)	0	0	2 (18,2%)
11. Os estudos incluídos foram avaliados metodologicamente?	9 (81,8%)	0	1 (9,1%)	1 (9,1%)
12. O grau de confiança da evidência foi relatado na(s) revisão(ões) sistemática(s)?	9 (81,8%)	0	1 (9,1%)	1 (9,1%)
13. A extração dos dados foi relatada de forma suficiente e adequada?	9 (81,8%)	0	2 (18,2%)	0
14. As características gerais de cada opção estão descritas de forma suficiente e adequada?	9 (81,8%)	0	2 (18,2%)	0
15. Apresenta análise sobre a possibilidade de cada opção impactar de forma desigual nos diferentes grupos ou contextos?	7 (63,6%)	0	4 (36,4%)	0

16. Descreve estratégias que possam ser utilizadas para reduzir ou mitigar possíveis iniquidades das opções?	8 (72,7%)	0	3 (27,3%)	0
17. Apresenta considerações informadas por evidências sobre possíveis barreiras para a implementação de cada opção?	9 (81,8%)	0	2 (18,2%)	0
18. Propõe estratégias informadas por evidências de superação de potenciais barreiras de implementação das opções elencadas?	9 (81,8%)	0	1 (9,1%)	1 (9,1%)
19. Apresenta considerações sobre monitoramento e avaliação das opções elencadas?	7 (63,6%)	0	2 (18,2%)	2 (18,2%)
20. Em relação ao documento todo, a linguagem é clara e acessível?	11 (100%)	0	0	0
21. Envolveu participação de atores interessados no processo de elaboração da síntese?	8 (72,7%)	0	3 (27,3%)	0

Fonte: Elaboração própria

A Tabela 1 mostra que a síntese foi em geral muito bem avaliada, pois a maior parte (66,6%) das 21 questões que compõem a avaliação da síntese obteve mais do que 80% de respostas integralmente positivas e que nenhuma pergunta obteve menos que 60% de respostas integralmente positivas. As questões que demarcaram necessidade de aprimoramento da síntese, por terem sido avaliadas por alguns participantes como parcialmente positivas e nãos claras, foram:

1) 8 e 9: a síntese conta no formato atual com o Apêndice A que explicita integralmente as estratégias de busca por base e, portanto, não sofrerá modificação quanto a isso; o texto que trata dos critérios de elegibilidade dos estudos será revisto para conferir maior clareza;
2) 15 e 16: o texto que trata das questões relativas à equidade será revisto para aprimoramento;
3) 19: o texto será revisto para aprimorar as considerações sobre monitoramento e avaliação das opções;
4) 21: a participação dos atores interessados no processo de elaboração da síntese será incluída entre as limitações da síntese.

Apresenta-se a seguir a síntese dos comentários finais feitos pelos participantes no formulário de avaliação:

- Um participante comentou que o documento estava muito bem estruturado para embasar as discussões durante o diálogo deliberativo;
- Em relação às considerações sobre a equidade, um participante destacou a grande desigualdade entre os profissionais da equipe de saúde, com a categoria médica em situação de pleno emprego e recebendo salários muito superiores aos dos demais profissionais. Ressaltou ainda o grande poder de pressão dos médicos sobre os gestores (que muitas vezes têm a remuneração inferior à dos médicos) e sobre os outros trabalhadores da equipe. Assim, ressalta que a desigualdade imposta pelo mercado de trabalho e pelo modelo biomédico deve ser considerada na contextualização da síntese e em especial nas opções 2 e 3.

- A participação de Conselhos Gestores (Lei 8.142 de 1990) foi também trazida por um participante que destacou a ausência de entidades representativas dos trabalhadores nas três opções no processo de formular as opções;
- Um participante destacou que a pergunta- chave não ficou nítida, o que dificultou a avaliação sobre a descrição dos problemas, também referiu que há necessidade de exemplos no quadro de definição de desgastes e fortalecimentos. Pontuou ainda que os critérios de inclusão e de exclusão das revisões sistemáticas não estão nítidos e que o debate sobre equidade, tão relevante ao contexto local, pode ser aprimorado;

5. DISCUSSÃO

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

A crítica feita pelos participantes encontra respaldo na atual produção científica em saúde do trabalhador. Revisão da literatura em importante revista de saúde coletiva constatou que essa produção se compõe hegemonicamente de investigações epidemiológicas sobre processos de adoecimentos dos trabalhadores, fundamentados na perspectiva biomédica, enfocando agravos equacionados de

acordo com a matriz dos fatores de risco e na interlocução de aspectos biológicos com os psicológicos, sociais e de comportamento individual (20). Tal produção encontra-se, portanto, muito mais voltada para a SO e se distancia do referencial da ST, que reconhece a relação entre a organização do processo de trabalho em determinado contexto político e econômico e os processos de adoecimento (8).

O recorte biomédico da SO se expressa drasticamente na prática cotidiana dos serviços de saúde de forma que, mesmo quando os profissionais da AB reconhecem a relação entre trabalho e adoecimentos, encontram dificuldades para desenvolver ações, seja no âmbito da assistência, seja nos âmbitos da vigilância e da promoção da saúde. Tal constatação se reproduz com a ausência de recursos institucionais para agir, bem como de formação no tema. Tudo isso fomenta o fundamento equivocado de que a saúde dos trabalhadores deve ser tratada apenas nas especialidades, como as de Medicina do Trabalho e a Engenharia de Segurança (21).

Um dos pontos considerados fundamentais pelos participantes, e que foi agregado às opções com destaque, trata da participação dos trabalhadores nas decisões que se referem à saúde dos trabalhadores. Entende-se que no âmbito institucional é necessário redesenhar o espaço de representação dos trabalhadores no controle sobre a saúde dos trabalhadores de forma a superar a atenção centralizada no médico e no engenheiro do trabalho e estabelecer relações entre as formas de organização do trabalho, processos de trabalho e adoecimento. Para tanto é necessário que se constituam comissões de saúde representativas dos trabalhadores que forcem as amarras legais das estruturas institucionais empresariais, representadas pelos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA). Estas, historicamente constituídas como aparato de controle da força de trabalho pelas empresas, subordinam as equipes ao empregador e funcionam de forma protocolar sem qualquer autonomia, não permitindo imprimir mudanças concretas nas condições de trabalho que levam ao adoecimento (22). Além disso, mecanismos de gestão democrática devem ser discutidos nas instâncias locais, regionais e municipais de forma a garantir representação autêntica dos trabalhadores no monitoramento da saúde dos trabalhadores.

O grupo de participantes foi enfático na crítica às limitações das opções 1 e 2, entre outros motivos, por não explicitarem a necessidade de participação do trabalhador nas decisões concernentes à saúde dos trabalhadores, conforme previsto na Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), principalmente no que diz respeito à diretriz de gestão participativa e cogestão que prevê a organização de espaços coletivos de gestão, em que se contemple necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores (23), o que pode apoiar a gestão para tomar decisões mais democráticas.

Em contrapartida, os participantes manifestaram-se sobre a importância de desencadear também ações relacionadas à opção 1, frente à urgência de dar respostas às necessidades dos trabalhadores adoecidos, que necessitam de atenção imediata. A estrutura de saúde instalada do SUS encontra-se em processo de desmonte no atual contexto neoconservador de retrocesso político no país. Não fogem a essa destruição os serviços de prevenção e tratamento que se alinham com a opção 1, e que historicamente demonstram ser ferramentas para remediar os problemas causados pela exploração e pelas diferenças sociais, de forma a restituir a força de trabalho ao mercado (24).

O país vem sofrendo ofensivas obscurantistas e anticientificistas nas dimensões sociais, econômicas e políticas. O ataque do governo não se restringe à ciência crítica, mas é lançado à ciência como um todo, reproduzindo a forma como os movimentos protofascistas e a extrema-direita respondem ao debate baseado em evidências científicas (25).

Nesse cenário, a aprovação da Lei nº 13.467/2017, a denominada reforma trabalhista, poderá resultar na desconstrução da proteção social do trabalho e na subestimação do adoecimento do trabalhador. Ficaram de lado os elementos chave dos processos de adoecimento/desgaste dos trabalhadores, como a gestão por metas, o assédio moral, a intensificação dos ritmos de trabalho, os processos de avaliação, o estresse no trabalho, a falta de acesso à informação e a participação do trabalhador. Assim, no contexto atual em que a reforma trabalhista levada a cabo pelo atual governo destruiu direitos, é imprescindível que se organizem estratégias de resistência e luta envolvendo os sindicatos que representam os interesses dos trabalhadores (26).

Outro ponto abordado diz respeito às ações de vigilância que encontram

barreiras operacionais para efetivação frente aos problemas estruturais decorrentes do subfinanciamento do SUS, geradores de desarticulação da rede e fragmentação das ações. Tais questões corroboram com as subnotificações de adoecimento e acidentes decorrentes do trabalho e correspondem à intencionalidade de ocultamento de informações para resguardar os interesses dos empresários. Estudos com trabalhadores de enfermagem demonstram que uma das causas de subnotificação é o receio dos trabalhadores de serem repreendidos ou demitidos (27, 28), consequente à lógica empresarial de excluir quem pode trazer problemas para o empregador, como menor produtividade, em detrimento de um processo que permita o monitoramento das condições que impactem sobre a saúde do trabalhador. As poucas ações de vigilância que têm sido realizadas também se fundamentam na SO e dessa forma enfatizam o monitoramento da saúde dos trabalhadores na dimensão biológica e relacionam o adoecimento aos vários tipos de riscos identificados, com foco no tratamento de problemas de saúde.

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

O processo de reabilitação profissional nessa perspectiva deve se configurar em intervenção que articula o cuidado do trabalhador com mudanças no processo e organização do trabalho que gerou o desgaste. A reabilitação deve estar inserida em uma política pública que tenha como objetivo a efetiva reinserção social dos adoecidos e não apenas a efetivação de protocolos burocráticos que visem a redução de custos com benefícios previdenciários. Tal política exigiria: a inserção da saúde do trabalhador nas políticas de desenvolvimento econômico; a reconstrução da máquina previdenciária que supere a finalidade atual de redução de custos, a efetiva articulação da Saúde e da Previdência Social em projetos nacionais e locais, o monitoramento da trajetória dos trabalhadores e a participação da sociedade em espaços decisórios (24).

O grupo aponta ainda para a agudização do desgaste do trabalhador no atual

contexto de epidemia em que as muitas mortes de profissionais de saúde, o aumento da sobrecarga de trabalho, o isolamento das discussões com colegas de outros serviços de saúde e o sofrimento psíquico se tornam ainda mais presentes.

Os trabalhadores da saúde, principalmente os de enfermagem, vem sofrendo com condições de trabalhos precarizadas que se agudizaram na pandemia destacando-se infraestrutura de higiene inadequada, jornadas extenuantes, quadro insuficiente ou inadequado na composição dos profissionais de enfermagem, falta de treinamento e insuficiência ou indisponibilidade de equipamentos de proteção, que os expõe a riscos de contaminação e da ocorrência de erros e também acarretam sobrecarga de trabalho e desgastes físico e mental, resultando em adoecimento e morte (29, 30)

Nessa perspectiva, o trabalhador sozinho não consegue reabilitar-se, ele precisa de uma rede para se restabelecer.

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

Importante ressaltar que os problemas de gestão do trabalho no SUS decorrem em grande parte de limitações para se adequar às formas de contrato e aos regimes de trabalho no contexto de flexibilização do emprego e da legislação trabalhista, agravado pela fragmentação dos movimentos organizados dos trabalhadores, que diminui a possibilidade de negociações (31). Tais limitações se acentuam muito a partir do estabelecimento de convênios com as fundações privadas de direito público, como as Organizações Sociais de Saúde (OSS) ou da Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Tais convênios causam graves problemas nas relações de trabalho, sobretudo relacionados à precarização dos vínculos empregatícios, com o crescimento da informalidade (32).

Os trabalhadores da saúde estão adoecidos por vários motivos: sobrecarga de trabalho, cobrança de metas, ações incompatíveis com o que se espera que seja feito

para atender as necessidades da população, entre outros potenciais de desgaste amplamente apontados na literatura na área (33, 34). A subnotificação do adoecimento do trabalhador é crônica, não por acaso, não existe a análise sistematizada dos dados epidemiológicos para apoiar o planejamento de intervenções coletivas. É o caso da subnotificação do sofrimento mental (35), entre tantos.

A instrumentalização dos trabalhadores para a compreensão das raízes de seu adoecimento, para a participação no monitoramento dos potenciais de desgaste e para a participação em espaços decisórios se apresenta como possibilidade de promover a mudança da organização dos processos de trabalho visando o fortalecimento dos trabalhadores. Nessa perspectiva as oficinas emancipatórias apresentam-se como ferramenta potente para apoio à transformação. Trata-se de proposta para resgatar analiticamente a essencialidade histórica do trabalho, retomando os seus sentidos positivos para as sociedades humanas (36). Pauta se em um processo educativo cuja finalidade é fortalecer os (as) trabalhadores (as) da área da saúde, na medida em que nesse processo eles apreendem a realidade a partir de seus elementos concretos, revendo concepções prévias (preconceitos, conservadorismo etc.), que estão na base das cruéis exigências do trabalho, sob a égide do capitalismo, dificilmente cumpridas sem o desgaste dos (as) trabalhadores (as) (36, 37).

Quanto à efetivação de uma gestão democrática, há muitos recursos que podem ser usados como ferramentas no processo de planejamento participativo e contínuo. Com tradição na América Latina, o planejamento estratégico-situacional prevê equipes com representação plural (38); as pesquisas-ação e participativas podem ser utilizadas para implementação de evidências em saúde (39) e procuram integrar academia e serviço (40). Observa-se também a partir de experiência do sistema de saúde Inglês tendência em países desenvolvidos à adoção de pesquisas do tipo *codesign* tendo como finalidade melhorar a qualidade dos serviços de saúde (41). O termo *codesign* relaciona-se à expressão Experience-based-codesign (EBCD) que em português seria algo próximo de coprodução com base na integração das experiências de gestores, trabalhadores e usuários de serviços. A EBCD vem sendo adaptada para outros setores, incluindo educação e vários países, e combina orientação centrada no usuário e abordagem participativa e colaborativa (42).

Outra proposta importante é a construção de um observatório em ST. A Agência Europeia para Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA) criou em 2006 o Observatório Europeu dos Riscos, desenhado para identificar riscos novos e emergentes na segurança e saúde profissional, a fim de melhorar a oportunidade e a eficácia de medidas preventivas. Dentre as atividades de um observatório de saúde do trabalhador está a construção de banco de dados com informações relativas ao objeto estudado, acompanhamento e monitoramento do sofrimento no trabalho e sugestão de medidas de promoção de saúde e prevenção de agravos ocasionados pelo trabalho (35).

No contexto das supervisões de saúde municipais, o observatório: serviria como apoio para mesa de negociação entre trabalhadores e gestores; permitiria acompanhar e monitorar os trabalhadores com problemas, realizar oficinas sobre temas centrais, aprimorar registro dos dados relativos aos afastamentos, e pautar temas relativos à saúde do trabalhador no Conselho Municipal de Saúde (35).

O Observatório em Saúde do Trabalhador, para além do monitoramento das condições de saúde e produção científica, pode promover avanços na proposição e implementação de políticas e estratégias por meio da articulação entre movimento sindical e profissionais da área de saúde do trabalhador, a exemplo do observatório criado pela Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde que funcionou de 2010 a 2013. Tem a finalidade de produzir documentos, artigos, notícias de eventos, vídeos, para serem utilizados por pesquisadores, sindicalistas e profissionais de ST de forma a possibilitar a difusão de informações relevantes para orientar a luta pelo estabelecimento de políticas na área. A integração política dos representantes das centrais sindicais com as instâncias participativas de secretarias das áreas sociais pode reforçar o papel técnico-científico de subsidiar o controle social e o estabelecimento de novas políticas públicas para o setor (43).

Outra frente de ação pode se viabilizar com a criação de mecanismos de formação de novos pesquisadores, estudiosos e técnicos conhecedores da realidade enfrentada pelos trabalhadores, participando junto na busca de alternativas para modificar essa realidade e abrindo espaços, nos órgãos e serviços públicos, na academia e em outras instituições de formação, que contribuam para a construção e a consolidação de frentes de resistência ao processo crescente de precarização do trabalho (43).

Os participantes fizeram críticas e levantaram dúvidas quanto à validade da metodologia utilizada na síntese, visto que entre os estudos que compuseram as opções, há ausência das produções brasileiras e os contextos internacionais das revisões sistemáticas encontradas podem não representar o contexto brasileiro. Observou-se ainda que há evidente lacuna na produção científica de revisões sistemáticas do campo da ST, um campo relacionado à Saúde Coletiva e com área de influência restrita à região. Dessa forma, procurou-se incorporar neste diálogo a bibliografia indicada pelos participantes, considerando que o principal produto do processo não é a síntese em si, mas o resultado da discussão da síntese de evidências e das opções de implementação, que sofrem adaptações teórico-metodológicas e operacionais nos diálogos deliberativos com pesquisadores, gestores, ativistas e aqueles que estão diretamente envolvidos. Estes ajudam a construir de forma coletiva um processo de tradução do conhecimento que considerem as barreiras e facilitadores presentes nos contextos específicos das realidades em discussão (44).

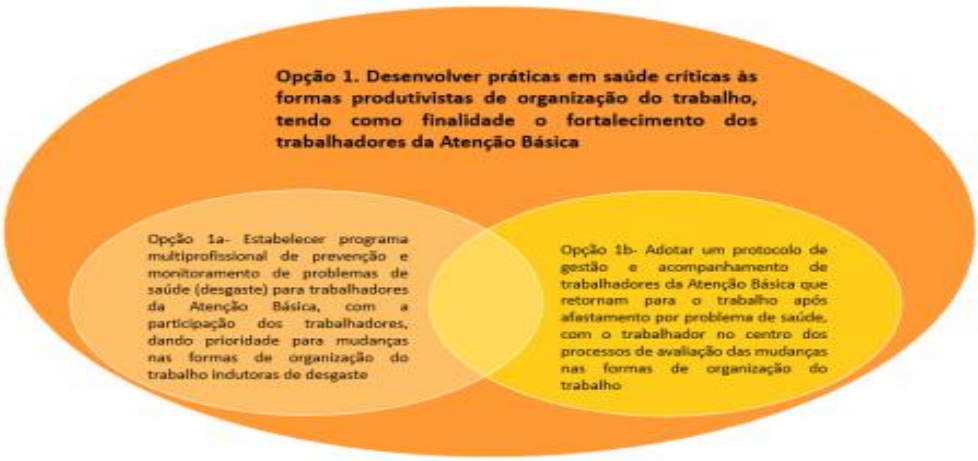
É importante destacar ainda que o objetivo da abordagem da Política Informada por Evidência (PIE) é informar os gestores sobre as melhores evidências disponíveis da literatura global. Estudos secundários que avaliam os estudos primários sobre o tema, como as revisões sistemáticas e as metanálises são consideradas as melhores evidências disponíveis e por isso têm prioridade no método PIE (15). Essas são selecionadas de forma transparente, criteriosa e sistemática com estratégias de busca bem definidas. Embora priorizados, os estudos secundários não são os únicos a serem considerados, especialmente quando se trata de temas que não muito estudados ou quando se necessita de considerações da realidade local para compreender as barreiras e facilitadores da implementação das propostas reunidas na síntese.

Diante das limitações das opções 1 e 2 apontadas pelo grupo, identificou-se que as propostas relacionadas à opção 3 devem ser centrais visto que as raízes do adoecimento estão na forma de organização do trabalho. A opção 3 além de abarcar as outras duas opções (Figura 1), promove ações de mudança da realidade ao propor a organização dos processos de trabalho por meio principalmente da instrumentalização dos trabalhadores. Os trabalhadores necessitam de espaços de reflexão e de organização para reivindicar mudanças na organização dos processos de trabalho. Nessa perspectiva as instituições e os movimentos relacionados aos

trabalhadores, como os sindicatos, devem ser acionados para que se promova a mudança e a saúde no trabalho (45).

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

Figura 1- Representação gráfica das opções a serem implementadas após o diálogo deliberativo. São Paulo, 2020.



Fonte: Elaboração própria

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

O conhecimento histórico e político da realidade da saúde do trabalhador no Brasil trazido pelos militantes da área ao diálogo foi fundamental para compreender as necessidades dos trabalhadores e as respostas prioritárias. O conhecimento científico dos especialistas na área foi fundamental para ponderar sobre a riqueza da produção bibliográfica brasileira e da América Latina no tema e conferir amadurecimento às opções encontradas na síntese. Foi também essencial contar com a experiência de gestores que, em contato cotidiano com a realidade, trouxeram para o debate dificuldades concretas dos serviços e a forma como se sentem diante dessas fragilidades no encaminhamento de soluções. Mais que tudo, foi fundamental contar com o depoimento dos trabalhadores que vivenciam o adoecimento, seu e de seus colegas, e as respostas inadequadas que são dadas pelos serviços e que marcam para sempre suas trajetórias. Foi ainda muito importante ter um facilitador experiente que garantiu aos presentes o espaço de manifestação e ao mesmo tempo legitimou as deliberações que foram tomadas para cada um dos elementos da síntese de políticas.

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

- Submeter as ações de prevenção, tratamento e recuperação e de vigilância em saúde do trabalhador no âmbito das supervisões em saúde à lógica da ST, ou seja, adotar equipes multiprofissionais na atenção à saúde, viabilizar a participação dos trabalhadores no monitoramento da implementação das opções e promover mudanças efetivas nas condições e nas formas de organização do trabalho;
- Atender de forma integral os trabalhadores com problemas de saúde e oferecer apoio aos que tiveram que se afastar por problemas de saúde frente ao quadro de desgaste em que se encontram no contexto atual;
- Efetivar processos de reabilitação não-tradicionais dos trabalhadores, ou seja, processos que considerem o fortalecimento dos potenciais individuais de enfrentamento do adoecimento, e que promovam mudanças nas condições que levaram ao desgaste;
- Exigir mudanças no sistema legal que ampara as perícias médicas, que na atual conformação são componentes de ampliação do adoecimento visto a forma

reduzida de conceber saúde nesses espaços institucionais marcados por protocolos burocráticos de natureza legal;

- Construir observatório em saúde do trabalhador no âmbito das Supervisões Técnicas de Saúde com a participação dos trabalhadores da AB e de outros setores da produção de serviços de saúde, para possibilitar o monitoramento dos potenciais de desgaste e do desgaste, a construção coletiva de conhecimento sobre a relação do adoecimento com a organização do trabalho, bem como a implementação de evidências em saúde do trabalhador;
- Instrumentalizar os trabalhadores por meio de oficinas emancipatórias e educação permanente, que disponibilizem dados epidemiológicos críticos de monitoramento, elementos teóricos de compreensão da relação entre a saúde dos trabalhadores e as condições, formas de organizar e processos de trabalho e discuta as possíveis formas de enfrentamento nas diversas instâncias de produção de serviços de saúde;
- Incentivar a participação dos trabalhadores nos conselhos gestores locais e sindicatos e comissões de saúde; construir espaços críticos de representação de trabalhadores na estrutura do SESMT e CIPA;
- Propor mudanças legislativas junto a parlamentares com mandatos coletivos e reconhecidos na luta política pelos interesses dos trabalhadores envolvendo, principalmente, alterações nas diferentes formas de contratos de gestão, que têm imprimido a lógica produtivista no SUS e particularmente na AB;
- Promover encontros entre trabalhadores para questionar o sistema de tutela em ST existente no país que privilegia o domínio e a perspectiva do gestor (público e privado), em detrimento da participação e da perspectiva do trabalhador, reivindicando que a Saúde do Trabalhador integre novamente a agenda da gestão em saúde;
- Fortalecer e ampliar a articulação da AB com os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, ampliando espaços de matriciamento.

7. AVALIAÇÃO DO DIÁLOGO DELIBERATIVO

A avaliação do diálogo deliberativo foi realizada por 11 participantes (69%) e 7 ouvintes (70%). Os resultados estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Avaliação do Diálogo Deliberativo por participantes e ouvintes. São Paulo, 2020.

	Participantes			Ouvintes		
Questões de avaliação	sim n %	não n %	Mais ou menos n %	sim n %	não n %	Mais ou menos n %
1. As informações apresentadas durante a reunião foram suficientemente esclarecedoras?	11 (100%)	0	0	7 (100%)	0	0
2. Foi dada liberdade para todos os participantes se expressarem?	11 (100%)	0	0	7 (100%)	0	0
3. O tempo para realização do diálogo foi suficiente?	10 (90,9%)	0	1 (9,1%)	6 (85,7%)	0	1 (14,3%)
4. O Diálogo deliberativo trouxe subsídios importantes para implementação de programas/políticas de saúde?	10 (90,9%)	0	1 (9,1%)	6 (85,7%)	0	1 (14,3%)
5. Os convidados representavam todas as partes interessadas no problema?	5 (45,5%)	1 (9%)	5 (45,5%)	6 (85,7%)	0	1 (14,3%)

Fonte: Elaboração própria

Entre os comentários, avaliou-se que:

- Tanto participantes quanto ouvintes consideraram que o DD propiciou um espaço acolhedor, esclarecedor e de muito aprendizado;
- Houve destaque para a escolha dos participantes, considerada muito positiva, na medida em que todos trouxeram contribuições relevantes para enriquecer
- O problema, sendo os depoimentos dos trabalhadores considerados muito importantes;
- Um dos participantes relatou que o DD é um método participativo interessante;

- Como crítica foi apontada a pouca participação de profissionais da Atenção Básica, de representantes sindicais de trabalhadores da administração direta, de integrantes do Conselho Municipal da Saúde e da Comissão de Saúde da Câmara Municipal, o que está de acordo com as respostas à questão 5, dividida entre sim e mais ou menos, e obtendo ainda uma resposta negativa.

8. REFERÊNCIAS

1. ILO. Sectoral Policies Department. Improving Employment and Working Conditions in Health Services: Report for discussion at the Tripartite Meeting on Improving Employment and Working Conditions in Health Services. Geneva: International Labour Office; 2017 Apr.42p. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/publication/wcms_548288.pdf

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

3. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.341, de 29 de Setembro de 2016. Altera as Leis n º 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e 11.890, de 24 de dezembro de 2008, e revoga a Medida Provisória nº 717, de 16 de março de 2016. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13341.htm

4. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.467, de 13 de Julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis n º 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília, DF. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015- 2018/2017/lei/l13467.htm

5. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.844, de 18 de Junho de 2019. Estabelece a organização básica dos órgãos da Presidência da República e dos Ministérios. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019- 2022/2019/Lei/L13844.htm.

6. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 103, de 12 de Novembro de 2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103

7. Brasil. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de Dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para

instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

8. Mendes R, Dias EC. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. Rev Saude Publica 1991; 25(5):341-349. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000500003&lng=en. https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000500003.

9. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa S. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cad. Saúde Pública. 1997; 13(Suppl 2): S21-32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600003&lng=en. https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600003.

10. Lacaz, FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Cad. Saúde Pública. 2007 Apr; 23(4): 757-766. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400003&lng=en. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003.

11. Lavis JN, Boyko J, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A: SUPPORT Tools for evidence informed health Policymaking (STP). 14. Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking. Health Research Policy and Systems; 2009, 7(Suppl 1):S14 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S14. Disponível em: http://www.health-policy systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-s14.pdf

12. Lavis JN, Boyko JA, Gauvin FP. Evaluating deliberative dialogues focused on healthy public policy. BMC Public Health. 2014 Dec; 14: 1287.https://doi.org/10.1186/1471-2458- 14-1287.

13. Boyko JA, Lavis JN, Abelson J, Dobbins M, Carter N. Deliberative dialogues as a mechanism for knowledge translation and exchange in health systems decision-making. Soc Sci Med. 2012 Dec; 75(11):1938-45. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.06.016. Epub 2012 Aug 14. PMID: 22938912.

14. Barreto, JOM; Toma, TS. Métodos na EVIPNet Brasil: Ferramentas SUPPORT para políticas de saúde informadas por evidências / Methodological approach in EVIPNet Brazil: SUPPORT Tools for evidence-informed health policy making BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) 2016 Jul.; 17(1): 43-49. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41646/2/ve_Jorge_Barreto_etal.pdf

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: Síntese de evidências para políticas / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência

e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_sintese_evidencias_politicas.pdf

16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec Abrasco; 1994.

17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

18. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1992.

19. Soares CB, Campos CMS, Yonekura T. Marxismo como referencial teórico metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. Rev. esc. enferm. 2013 Dez.; 47 (6): 1403-1409, Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000601403&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Dec. 2020. http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600022.

20. Lacaz FAC, et al. O campo Saúde do Trabalhador nos 25 anos da Revista Ciência & Saúde Coletiva. Ciênc. Saúde Coletiva. 2020 Dec; 25(12): 4843-4852. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-campo-saude-do-trabalhador-nos-25- anos-da-revista-ciencia-saude-coletiva/17664?id=17664&id=17664

21. Lacerda e Silva T, Dias EC, Pessoa VM, Fernandes LMM, Gomes EM. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. Interface (Botucatu). 2014 June; 18(49): 273-288. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200273&lng=en. https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0227.

22. Costa D, Lacaz FAC, Filho JMJ, Vilela RAG. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. Rev. bras. saúde ocup. 2013 June; 38(127): 11-21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100003&lng=en. https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100003.

23. Brasil 2013. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.p df

24. Maeno M, Vilela RAG. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. Rev. bras. saúde ocup. 2010 June; 35(121): 87-99. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100010&lng=en. https://doi.org/10.1590/S0303-

76572010000100010.

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

26. Cardoso ACM, Lima CR. A negociação coletiva e as possibilidades de intervenção nas situações de risco à saúde no trabalho. Rev. bras. saúde ocup. 2020; 45: e2. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000100400&lng=en. Epub Mar 09, 2020. https://doi.org/10.1590/2317-6369000004118.

27. Santos P, Reis L. Subnotificação de acidentes de trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa. Revista de Enfermagem UFPE on line. 2016 Jan 4; 10(2): 640-646. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11000

28. Napoleão AA, Robazzi MLCC, Marziale MHP, Hayashida M. Causas de subnotificação de acidentes do trabalho entre trabalhadores de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2000 July; 8(3): 119-120. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000300018&lng=en

29. Filho JMJ, Assunção AA, Algranti E, Garcia EG, Saito CA, Maeno M. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. Rev. bras. saúde ocup. 2020; 45: e14. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572020000100100&lng=en. Epub Apr 17, 2020.

30. Soares CB, Peduzzi M, Costa MV. Os trabalhadores de enfermagem na pandemia Covid 19 e as desigualdades sociais. Rev. esc. enferm. USP. 2020; 54: e03599. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342020000100101&lng=en. Epub Sep 16, 2020.

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

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

33. Shimizu HE, Carvalho Junior DA de. O processo de trabalho na estratégia saúde

da família e suas repercussões no processo saúde-doença. Cienc e Saude Coletiva. 2012;17(9):2405–14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script= sci_arttext & pid=S1413-81232012000900021 & lng=en. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000900021.

34. Glanzner CH, Olschowsky A, Pai DD, Tavares JP, Hoffman DA. Avaliação de indicadores e vivências de prazer/sofrimento em equipes de saúde da família com o referencial da Psicodinâmica do Trabalho. Rev Gauch Enferm. 2018 Jun;38(4):e20170098.

35. Coneglian RC. 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.

36. Soares CB, et al. Oficinas emancipatórias como intervenção em saúde do(a) trabalhador(a). Rev. bras. saúde ocup. 2018; 43 (Suppl 1): e7s. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572018001000302&lng=en. Epub Nov 01, 2018. https://doi.org/10.1590/2317-6369000007618.

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

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

39. Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, D'Ambruoso L, Shroff Z. Participatory action research in health systems: a methods reader. Harare: TARSC, AHPSR, WHO, IDRC Canada, Equinet, 2014. 125 p. Disponível em: https://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR_Methods_Reader 2014_for_web.pdf.

40. Cordeiro L, Soares CB. Implementation of evidence-based health care using action research: an emancipatory approach. Int J Nurs Pract. 2016;22(4):333-8. doi: 10.1111/ijn.12467. PMID: 27562664.

41. Slattery P, Saeri AK, Bragge P. Research co-design in health: a rapid overview of reviews. Health Res Policy Sys 2020; 18:1–13. 10.1186/s12961-020-0528-9.

42. Ramos M, Bowen S, Wright PC, Ferreira MGG, Forcellini FA. Experience based co design in healthcare services: an analysis of projects barriers and enablers, Design for Health. 2002. DOI: 10.1080/24735132.2020.1837508.

43. Siqueira CE, Pedra F, Corrêa Filho HR, Maeno M, Castro HA. A experiência do

Observatório de Saúde do Trabalhador no Brasil. Rev. bras. saúde ocup. 2013; 38(127):139- 148. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a15.pdf

44. Ramos MC, Silva EN. Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na saúde pública? Saúde debate. 2018 Jan; 42(116): 296-306. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100296&lng=en. https://doi.org/10.1590/0103-1104201811624.

45. Souza KR, Brito JC. Sindicalismo, condições de trabalho e saúde: a perspectiva dos profissionais da educação do Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva. 2012 Feb; 17(2): 379- 388. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200012&lng=en. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000200012.

APÊNDICE

Apêndice 1 -Orientações gerais para o Diálogo Deliberativo (DD)

Data: 17/11/20

Horário: 15:00 às 19:00

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

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

se o respeito aos preceitos éticos da pesquisa;

- Para que os resultados do DD sejam avaliados quanto à relevância para os participantes, será realizada uma avaliação estruturada sobre o potencial e a utilidade dessa abordagem. Os participantes receberão o formulário de avaliação por e-mail e serão orientados quanto ao preenchimento e retorno do mesmo.

O Quadro 1, adaptado das Ferramentas SUPPORT, pode ajudar a compreender as diferenças entre um DD e um debate.

Quadro 1- Diferenças entre um DD e um debate.

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

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

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

Participantes e ouvintes

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

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

APÊNDICE 2 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

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

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

A pesquisadora se compromete a manter sigilo de sua identidade, assim como dados que possibilitem a sua identificação, a fim de garantir o anonimato; ressalta-se que os dados coletados durante o DD somente poderão ser utilizados para as finalidades da presente pesquisa.

Se depois de consentir sua participação, o (a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de não responder alguma questão e/ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Após a realização do DD será elaborado um relatório com as considerações discutidas acerca das opções propostas para a saúde do trabalhador da AB. Esse sumário estará à disposição dos participantes a partir de 90 dias da data do DD, e poderá ser disponibilizado via e-mail.

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

nuvem e pode ser impresso e enviado por e-mail caso você julgue necessário, o pesquisador ficará com a versão eletrônica de seu aceite.

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

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

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

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

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

1. Concordo
2. Discordo

ANEXO

Anexo 1 - Formulário de Avaliação do Diálogo Deliberativo

Prezado(a) participante,

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

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

Agradecemos sua participação no Diálogo Deliberativo e nesta avaliação. As três alternativas de respostas apresentadas para as questões 1 a 5 do formulário são fechadas: Sim, Mais ou menos e Não. A questão 6 é aberta e pode ser utilizada para comentários em geral.

ANEXO 2 - Avaliação da qualidade metodológica de síntese de evidências para política

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

1. A mensagem-chave está completa, clara, concisa e despertou seu interesse? 2. O contexto e antecedentes do problema estão fundamentados nas evidências disponíveis? 3. O problema de política está explicitado com objetividade e clareza?
4. A prioridade e relevância do problema estão fundamentadas nas evidências disponíveis e descritas dentro do contexto político?
5. As principais causas do problema foram apresentadas e discutidas?
6. Dados ou indicadores foram utilizados para estimar a magnitude do problema? 7. Existe uma pergunta de pesquisa desenvolvida a partir de um problema?
8. A estratégia de busca foi realizada de forma adequada a partir do problema de política definido? 9. Os critérios de elegibilidade dos estudos foram descritos?
10. Apresenta fluxograma do processo de inclusão dos estudos?
11. Os estudos incluídos foram avaliados metodologicamente?
12. O grau de confiança da evidência foi relatado na (s) revisão (ões) sistemática(s)? 13. A extração dos dados foi relatada de forma suficiente e adequada?
14. As características gerais de cada opção estão descritas de forma suficiente e adequada?
15. Apresenta análise sobre a possibilidade de cada opção impactar de forma desigual nos diferentes grupos ou contextos?
16. Descreve estratégias que possam ser utilizadas para reduzir ou mitigar possíveis iniquidades das opções?
17. Apresenta considerações informadas por evidências sobre possíveis barreiras para a implementação de cada opção?
18. Propõe estratégias informadas por evidências de superação de potenciais barreiras de implementação das opções elencadas?
19. Apresenta considerações sobre monitoramento e avaliação das opções elencadas? 20. Em relação ao documento todo, a linguagem é clara e acessível?
21. Envolveu participação de atores interessados no processo de elaboração da síntese?

Avaliação geral:
Comentários:

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