

Diálogo deliberativo como instrumento de decisão política: a saúde do trabalhador da Atenção Primária à Saúde

Deliberative dialogue as a political decision-making tool: primary health care workers' health (abstract: p. 16)

Diálogo deliberativo como instrumento de decisión política: la salud del trabajador de la Atención Primaria de la Salud (resumen: p. 16)

Emiliana Maria Grando Gaiotto^(a)

<aggrando@hotmail.com> 

Carla Andrea Trapé^(b)

<carlaens@usp.br> 

Cassia Baldini Soares^(c)

<cassiaso@usp.br> 

Nathan Mendes Souza^(d)

<nathanmendes@hotmail.com> 

Kátia Regina dos Santos Narciso^(e)

<katia.narciso@hotmail.com> 

^(a) Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ensino Superior Santa Bárbara. Rua Onze de Agosto, 2900, Jardim Lucila. Tatuí, SP, Brasil. 18277-000.

^(b, c) Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

^(d) Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

^(e) Secretaria de Saúde de Louveira, Prefeitura Municipal de Louveira. Louveira, SP, Brasil.

As políticas de fortalecimento de saúde de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) são objeto deste estudo. Fundamentada na Saúde do Trabalhador, esta pesquisa compreende os potenciais de desgaste dos trabalhadores como inerentes à organização do trabalho nos processos de produção. O objetivo da pesquisa é apresentar os resultados do Diálogo Deliberativo realizado para decidir sobre diretrizes para política pública em saúde do trabalhador para fortalecimento dos trabalhadores da APS. Os resultados mostram que as críticas às políticas atuais se dirigiram ao predomínio de explicações biomédicas para os desgastes sofridos pelos trabalhadores, ao caráter focal das ações de atenção a esses desgastes e à incipiente participação dos trabalhadores nas decisões do mundo do trabalho impressa pela lógica neoliberal. Políticas críticas às formas produtivistas de organização do trabalho foram propostas para o fortalecimento dos trabalhadores.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Ciência da implementação. Atenção Primária à Saúde. Política de saúde.

Introdução

Este estudo toma como objeto as políticas de fortalecimento da saúde de trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS). A formulação de diretrizes para a implementação dessas políticas foi discutida e acordada por meio do diálogo deliberativo (DD).

O DD é um método de discussão estruturado que permite que evidências advindas de pesquisa passem por avaliação e sejam complementadas e/ou questionadas por aqueles que são especialistas na área¹.

O DD compõe um conjunto de ferramentas da Rede de Políticas Informadas por Evidência (EVIPNet, do inglês, Evidence-Informed Policy Networks). A EVIPNet foi criada em 2005 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para enfrentar o desafio de superar lacunas entre a produção do conhecimento científico nas universidades e centros de pesquisa e a implementação desse conhecimento nos serviços de saúde, concretizando processos de tradução de conhecimento (TC)¹.

A busca por uma definição original de TC, conforme Boyko et al.², remete ao Canadian Institute for Health Research, que elaborou os elementos-chave como a síntese e disseminação de conhecimentos; e a implementação concreta do conhecimento produzido na realidade dos serviços, com a finalidade de fortalecer os sistemas de saúde. Isso pode ser feito por meio da formulação e implementação de políticas públicas que utilizam abordagens inovadoras³.

Este estudo preocupa-se com o processo de tomada de decisões sobre políticas e toma por referência a Saúde do Trabalhador, campo de conhecimentos e práticas cuja matriz teórico-metodológica emerge da Saúde Coletiva latino-americana que parte da perspectiva de que os problemas de saúde dos trabalhadores são inerentes às condições e formas de organização do trabalho nos diversos processos produtivos.

Entre tantas contribuições para a formação e o adensamento do campo da Saúde do Trabalhador (ST), é mister referenciar os trabalhos de Mendes e Dias⁴; Minayo-Gomez e Thendim-Costa⁵; e Lacaz⁶, que alicerçaram a distinção entre ST e Saúde Ocupacional (SO), o que é particularmente relevante nesta pesquisa. A distinção fundamental está no eixo teórico dos dois campos, pois, enquanto a SO ancora-se na teoria da multicausalidade da doença, a ST tem seus fundamentos na teoria da determinação social da saúde. Assim, as intervenções também diferem: a SO objetiva intervir nos fatores de risco considerados elementos inerentes ao ambiente de trabalho envolvidos na produção da doença e propõe intervenções focadas na utilização de equipamentos de proteção individual, responsabilizando os trabalhadores pelos acidentes e doenças. Já a ST se ancora na incorporação da categoria de processo de trabalho como instrumento de análise, propondo mudanças direcionadas aos processos sociais e históricos que estão na base dos problemas de saúde do trabalhador^{4,6}; e buscando uma práxis transformadora das condições de trabalho, visando demonstrar com clareza as contradições da exploração capitalista e sobre elas intervir⁷, de forma a fortalecer as lutas pela melhoria das condições de trabalho e saúde⁶.

Explicita-se, assim, que o desgaste do trabalhador em saúde, a exemplo dos demais trabalhadores, resulta em última instância da exploração capitalista, que impõe aos trabalhadores o estranhamento em relação aos processos de produção⁷⁻¹⁰.

Nesse contexto, toma-se por pressuposto a reflexão crítica de Minayo-Gomes e Lacaz¹¹, autores consagrados na área que reconhecem as dificuldades das políticas públicas atuais, para dar respostas às necessidades em saúde dos trabalhadores e, ao mesmo tempo, convocar as universidades e centros de pesquisa para produzir conhecimento na área. Desse modo, o objetivo deste artigo é apresentar os resultados do DD que discutiu diretrizes para políticas públicas a serem implementadas na área de ST voltadas aos trabalhadores da APS do município de São Paulo, no âmbito das Supervisões Técnicas de Saúde.

Método

O estudo apresenta caráter qualitativo e foi desenvolvido com apoio das ferramentas Support para elaboração de políticas informadas por evidência (SUPporting POLicy relevant Reviews and Trials Tools for evidence-informed health Policymaking), adotadas globalmente pela EVIPNet¹.

O presente DD compõe a terceira etapa de um estudo mais amplo que buscou propor diretrizes para uma política pública de fortalecimento de trabalhadores inseridos na APS do município de São Paulo. O ponto de partida foi o processo de levantamento de necessidades dos trabalhadores da APS por meio de oficinas¹². A segunda etapa resultou em um conjunto de propostas estabelecidas por meio de uma síntese de evidências a respeito de intervenções em saúde do trabalhador voltadas para os trabalhadores da APS. Foram consultadas 11 fontes de dados no período de agosto de 2018 a maio de 2019. De um total de 383 artigos encontrados, foram incluídos oito, após as fases de seleção e elegibilidade¹³.

A síntese possibilitou a constituição de três propostas para a formulação de diretrizes para políticas em saúde do trabalhador voltadas aos trabalhadores da APS:

1. Estabelecimento de um programa multiprofissional de prevenção e monitoramento de problemas de saúde para trabalhadores da APS
2. Adoção de um protocolo de gestão e acompanhamento de trabalhadores da APS que retornam para o trabalho após afastamento por problema de saúde
3. Desenvolvimento de práticas em saúde voltadas para a organização do processo de trabalho tendo como finalidade o fortalecimento dos trabalhadores da APS¹³

Durante o DD, foram discutidos os desafios atuais para a operacionalização das estratégias propostas pela política vigente e a pertinência das propostas formuladas a partir da síntese de evidências, com a finalidade de propor diretrizes para implementação de uma política pública de saúde do trabalhador para o fortalecimento de trabalhadores da APS no contexto das Supervisões Técnicas de Saúde do município de São Paulo.

O estudo envolveu trabalhadores da Supervisão de Saúde do Campo Limpo, conformada por unidades básicas de administração direta e indireta – Organizações Sociais de Saúde (OSS) Albert Einstein. A subprefeitura do Campo Limpo ocupa uma área de 36 km² e está situada entre as subprefeituras do Butantã, Santo Amaro e M'Boi Mirim, com população aproximada de 650.000 habitantes¹⁴.

No total, participaram do DD 16 representantes dos diferentes setores envolvidos, indicados por atuarem na área de ST e/ou estarem envolvidos com a temática, sendo dois especialistas na área de ST, dois especialistas na área de APS, cinco representantes da gestão (diferentes serviços de saúde de ST e APS da Supervisão Técnica do Campo Limpo), quatro representantes da sociedade civil organizada (sindicatos, organizações não governamentais e Conselho Nacional de Saúde) e três profissionais da APS.

Operacionalização

O processo desenvolveu-se entre setembro e dezembro de 2020 e o DD ocorreu no dia 17 de novembro de 2020, por meio de uma ferramenta on-line. O evento foi integralmente gravado com a autorização dos participantes. Para o DD, utilizou-se a aplicação das regras de Chatham House, que permitem aos participantes a liberdade para o uso das informações e opiniões veiculadas na reunião, preservando-se a identidade de associação entre oradores e informações/opiniões¹⁵.

Os participantes receberam a síntese com as propostas formuladas a partir de revisão da literatura, bem como a documentação de orientação para o encontro com um mês de antecedência. Todos os participantes e observadores receberam ainda, com antecedência, a lista de nomes e instituições dos convidados, além de um formulário on-line padronizado, para avaliação da qualidade metodológica da síntese de evidências, conforme preconizado pelas diretrizes para síntese de políticas do Ministério da Saúde¹⁶.

Durante o debate, os participantes foram incentivados pelo facilitador a emitir suas considerações sobre os diversos componentes da síntese: caracterização do problema, propostas estabelecidas, considerações sobre implementação das evidências encontradas e considerações sobre equidade.

Análise de dados

A análise de conteúdo foi escolhida como método para apreender os significados daquilo que foi discutido durante o DD¹⁷, 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 necessárias, o que demandou recorrer constantemente à teoria que subsidia a pesquisa¹⁸.

O *corpus* de análise foi composto pela transcrição não literal da gravação da reunião e anotações feitas durante o DD pelos observadores, bem como pelos comentários dos participantes no *chat* e pelos resultados da avaliação. Optou-se por não apresentar os trechos das falas, mas as sínteses de elementos centrais que permearam a discussão.

O material foi organizado, foram realizadas leituras exaustivas e, em uma última etapa, foram identificadas as unidades de sentido⁹, que, por sua vez, constituíram temas, e estes foram reunidos em amplas dimensões de análise.

Procedimentos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (aprovação n. 25396719.4.0000.5392) e da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (aprovação n. 25396719.4.3001.0086). Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido on-line, receberam o relatório final e tiveram a possibilidade de solicitar correções e encaminhar sugestões.

Resultados

Durante a discussão, os participantes apontaram as limitações das propostas 1 e 2 da síntese de evidências principalmente por não explicitarem a relação entre desgaste do trabalhador e organização do processo de trabalho e, tampouco, a necessidade de participação do trabalhador nas decisões concernentes à saúde dos trabalhadores. Assim, o diálogo deliberou que a proposta 3 (desenvolvimento de práticas em saúde voltadas para a organização do processo de trabalho tendo como finalidade o fortalecimento dos trabalhadores da APS) englobava as outras duas propostas e incluía a dimensão da organização dos processos de trabalho.

Um dos primeiros aspectos discutidos no DD foi a necessidade de que o referencial teórico norteador da construção de diretrizes mostrasse claramente a superação da perspectiva biomédica do adoecimento ressaltando que trabalhadores, gestores e formuladores de políticas desconhecem o referencial da determinação social da saúde que ampara o campo da saúde do trabalhador.

As críticas às explicações biomédicas dirigiram-se à isenção das relações sociais capitalistas de responsabilidade pelas condições de trabalho que estão na origem do desgaste dos trabalhadores. O modelo que fundamenta a SO foi duramente criticado por focar-se na identificação e análise da relação direta entre a exposição a riscos e o adoecimento. Para o grupo, é imprescindível que se explicita que a divisão do trabalho é social, e não meramente técnica, o que se materializa na disparidade, por exemplo, da remuneração entre médicos e agentes comunitários e nos diferentes desgastes a que estão submetidos.

No que diz respeito às diretrizes para políticas relacionadas à gestão e operacionalização das estratégias e programas voltados para a ST, verificou-se a necessidade de superações em diversos aspectos que serão tratados a seguir.

Em primeiro lugar, prevalece a falta de integração dos serviços de saúde, sendo o subfinanciamento crônico do Sistema Único de Saúde (SUS) o desencadeador da fragmentação dos sistemas.

Além disso, os participantes reconheceram que o SUS estruturou-se tendo como um dos fundamentos o campo da saúde do trabalhador, mas reconheceu também que as práticas estão voltadas para a SO. Essas práticas foram consideradas muito limitadas frente à realidade complexa da APS, que exige de cada trabalhador a mobilização de muitos recursos cognitivos e emocionais para resolução dos problemas.

Acresce-se que o monitoramento da saúde dos trabalhadores é feito considerando-se exclusivamente a dimensão fisiológica no âmbito principalmente das notificações dos acidentes de trabalho. Reiterou-se que o sistema de tutela da saúde do trabalhador pressupõe o ocultamento de acidentes e doenças, garantindo os interesses do empregador. Sabe-se que a subnotificação é intencional e crônica. O empregador e, em grande parte, os gestores são quem emitem a notificação de acidentes de trabalho nos setores privado e público. Os casos de afastamento são avaliados individualmente e a prova fica a cargo do trabalhador, o que dificulta a análise do fenômeno na totalidade, inviabilizando o desenho de intervenções no coletivo.

Tal situação é agravada pelo fato de que 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 APS, predominam os SESMT, para os trabalhadores terceirizados das OSS, que se apresentam totalmente corporativos; e, para os servidores públicos, o Departamento de Perícia Médica, modelo de tratamento preocupado primordialmente com afastamentos e insalubridade.

No que diz respeito à gestão dos trabalhadores, uma falha grave é que não se mencionam as políticas internas de RH; isso traz dificuldades para que o município possa interferir por advogar em defesa dos trabalhadores. Trabalha-se com profissionais de diferentes contratos (municipalizados, terceirizados e OSS) e é muito difícil pensar em formas de operacionalizar esse controle para atender às necessidades dos trabalhadores. Os contratos de gestão não têm uma pauta de ST. Os agentes comunitários de saúde, por exemplo, relutam em se afastar, pois, se o caso evoluir para um afastamento pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), terão dificuldades com o provimento da família.

Essa realidade se complexifica quando se aborda o processo de reabilitação dos trabalhadores. Tal processo geralmente se reduz ao remanejamento do local de trabalho, sem que se leve em consideração as dimensões pessoais de desgaste; os aspectos emocionais, físicos e de relações sociais para que o indivíduo se recupere dentro de uma rede de apoio; o sistema de saúde com sua compreensão e manejo de prevenção e manutenção da saúde; as diferentes formas de organização do trabalho dentro do setor; e o sistema legislativo e normas dentro do sistema de saúde e da prefeitura, destacando-se as perícias como possíveis componentes na ampliação do adoecimento desses trabalhadores, haja vista a forma reduzida de se pensar saúde nesses locais.

Para a superação de tantos obstáculos, é imprescindível que as diretrizes para a formulação de políticas em saúde do trabalhador contemplem a sua participação em todas as suas dimensões, que deve estar incluída nas ações de vigilância em saúde, inclusive na estrutura do SESMT e da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Cipa). Além disso, devem ser incorporados nos indicadores da vigilância o monitoramento dos potenciais de desgaste e de fortalecimento do trabalho.

Tais processos de mudança devem passar por processos de coletivização e articular intervenções de ordem econômica, do Ministério do Trabalho, do Ministério da Saúde ou processos judiciais. Os sindicatos são instrumentos importantes para mobilizar estratégias de coletivização que gerem mudanças estruturais para transformar o grave contexto atual.

Para o fortalecimento dos trabalhadores, são necessárias transformações políticas em todas as esferas (locais, municipais, estaduais e federais), contemplando plano de carreira, formação adequada, resgate do sentido do trabalho e valorização do trabalhador. Ressalta-se que é imprescindível a valorização dos conselhos gestores, nos quais os trabalhadores teriam o espaço de 25% para discussão sobre a questão da ST (Lei n. 8.142). Esse debate inexistente. Assim, são necessárias mudanças estruturais que dependem de políticas públicas atreladas a opções políticas.

Nessa perspectiva, os participantes afirmam que a participação dos trabalhadores nos processos de discussão sobre sua saúde e a organização do seu trabalho, atribui sentido ao seu próprio trabalho.

Assim, as diretrizes para programas e políticas voltadas para a ST devem prever processos de educação permanente que permitam identificar a relação do adoecimento com a organização do trabalho e implementar as formas de enfrentamento por implementar as opções de melhorias necessárias. Os trabalhadores precisam conhecer os instrumentos de reivindicação.

Nessa perspectiva, instrumentos como oficinas de discussão permitiriam 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. O Observatório em Saúde do Trabalhador seria outra ferramenta potente, ao se configurar em espaço de trabalho coletivo com múltiplos olhares pautado no conhecimento sistematizado e no monitoramento das condições de trabalho e adoecimento.

Discussão

Os temas que compuseram as dimensões de análise encontram respaldo na produção científica em ST. Uma revisão da literatura recente, publicada em uma reconhecida revista de Saúde Coletiva, constatou que essa produção se compõe hegemonicamente de investigações epidemiológicas embasadas na perspectiva biomédica e na interlocução entre aspectos biológicos, psicológicos, sociais e de comportamento individuais¹⁹. Tal produção identifica-se, portanto, com a SO e se distancia do referencial da ST⁴.

O recorte biomédico da SO expressa-se drasticamente na prática cotidiana dos serviços de saúde de forma que, mesmo quando os profissionais da APS reconhecem a relação entre trabalho e adoecimentos, encontram dificuldades para desenvolver as ações de assistência, vigilância e saúde. Tal constatação se reproduz com a ausência de recursos institucionais para agir, bem como de formação na área, reforçando a concepção de que a saúde dos trabalhadores deve ser tratada apenas nas especialidades, como a de Medicina do Trabalho²⁰.

Um dos achados em destaque trata da participação dos trabalhadores nas decisões que se referem à ST. Entende-se que, no âmbito institucional, é necessário redesenhar o espaço de representação dos trabalhadores por meio da constituição de comissões de saúde representativas dos trabalhadores que forcem as amarras legais das estruturas institucionais empresariais, representadas pelos SESMT e Cipa. Estas, historicamente constituídas como aparato de controle da força de trabalho pelas empresas, subordinam as equipes ao empregador, impossibilitando mudanças concretas naquilo que está na base do adoecimento²¹.

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 DD foi enfático na crítica às limitações das propostas 1 e 2, principalmente por não explicitarem a necessidade de participação do trabalhador nas decisões concernentes à saúde dos trabalhadores, conforme previsto na Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), que preconiza a gestão participativa e cogestão, prevendo a organização de espaços coletivos de gestão e contemplando as necessidades e interesses de usuários, trabalhadores e gestores²².

Em contrapartida, firmou-se a importância de se desencadear também, embora não prioritariamente, ações relacionadas à proposta 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 recente contexto neoconservador de retrocesso político no país.

As alterações da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) vêm ocorrendo no contexto de tentativa de destruição do SUS, pela adoção de políticas neoliberais. A terceira edição sofreu diversas críticas pelas entidades representativas da Saúde Coletiva, pois o documento explicita a isenção de responsabilidade de coordenação e indução pelo Ministério da Saúde e a desqualificação do trabalho do agente comunitário de saúde, já que o município pode optar pela adesão de equipes da AB com ou sem esse cargo²³.

Outro ataque ao SUS foi o novo financiamento da APS que vem estimulando o caráter de um “SUS operacional”, focalizando o acesso do cadastro para as populações mais vulneráveis (apoiado na lógica do desempenho) e alterando, assim, a lógica da APS original e da universalidade do sistema²⁴.

Não fogem a essa destruição os serviços de prevenção e tratamento que se alinham à 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 mercado²⁵.

O país vem sofrendo ofensivas obscurantistas e anticientíficas nas dimensões sociais, econômicas e políticas. O ataque do governo de extrema-direita, de 2019-2022, não se restringiu à ciência crítica, mas foi lançado à ciência como um todo, reproduzindo a forma como os movimentos profascistas e a extrema-direita respondem ao debate baseado em evidências científicas²⁶.

Nesse cenário, a aprovação da Lei n. 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 sobre direitos e a participação do trabalhador. Assim, é imprescindível que se organizem estratégias de resistência e luta envolvendo os sindicatos que representam os interesses dos trabalhadores²⁷.

As ações de vigilância encontram barreiras operacionais para efetivação frente aos problemas estruturais decorrentes do subfinanciamento do SUS, que são também geradores de desarticulação da rede e fragmentação das ações. Tais questões corroboram 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 por parte dos trabalhadores de serem repreendidos ou demitidos²⁸, consequente à lógica empresarial de excluir quem pode trazer problemas para o empregador. As poucas ações de vigilância que têm sido realizadas enfatizam o monitoramento da saúde dos trabalhadores na dimensão biológica com foco no tratamento de doenças instaladas.

Entre os achados estão 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 e diferentes formas de organização dos processos de trabalho.

O processo de reabilitação profissional nessa perspectiva deve configurar-se em uma intervenção que articula o cuidado do trabalhador com mudanças no processo e organização do trabalho que geraram o desgaste. A reabilitação deve estar inserida em uma política pública que tenha como objetivo a efetiva reinserção social pautando-se na inserção da saúde do trabalhador nas políticas de desenvolvimento econômico; na reconstrução da máquina previdenciária que supere a finalidade atual de redução de custos; na efetiva articulação da saúde e da previdência social em projetos nacionais e locais; no monitoramento da trajetória dos trabalhadores; e na participação da sociedade em espaços decisórios²⁵.

A agudização do desgaste do trabalhador se tornou ainda mais evidente no recente contexto de pandemia. As condições de trabalho precarizadas dos trabalhadores da saúde, principalmente dos de Enfermagem, foram explicitadas, destacando-se infraestrutura

de higiene inadequada, jornadas extenuantes, quadro inadequado na composição da equipe, falta de treinamento e insuficiência de equipamentos de proteção, que os expõe à contaminação e ao erro e acarretam sobrecarga de trabalho e desgastes físicos e mentais, resultando em adoecimento e morte²⁹⁻³¹.

Outro aspecto da dimensão política apontado pelos participantes diz respeito aos processos de terceirização concretizados pelos contratos de gestão com as OSS. Na administração indireta, não existe uma política de gestão voltada ao plano de carreira e à valorização do trabalhador, com equiparação salarial (o que leva à competitividade dos trabalhadores das OSS). Menor ainda é a possibilidade de incluir a ST na 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 negociações³². Tais limitações se acentuam muito a partir do estabelecimento de convênios com as fundações privadas de direito público, como as OSS ou a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip). As relações público-privada causam graves problemas nas relações de trabalho, sobretudo relacionados à precarização dos vínculos empregatícios³³, pois significam a privatização da saúde dentro do aparato público³⁴.

Os trabalhadores da saúde da APS estão adoecendo por motivos como sobrecarga de trabalho, cobrança de metas e ações incompatíveis com o que se espera que seja feito para atender às necessidades da população^{35,36}. Extensa revisão da literatura, realizada pós-implementação da ESF, concluiu que os desgastes em potencial dos trabalhadores da APS são também decorrentes de vínculos precarizados e condições inadequadas de trabalho, que incluem situações de violência contra o trabalhador, além de desvalorização profissional³⁷, produzindo sofrimento mental, também subnotificado³⁸.

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 ao fortalecimento dos trabalhadores. Nessa perspectiva, as oficinas emancipatórias apresentam-se como ferramenta potente para apoio à transformação. Trata-se de uma proposta para resgatar analiticamente a essencialidade histórica do trabalho, pautando-se em um processo educativo que visa fortalecer os trabalhadores da área da Saúde por meio da apreensão da realidade a partir de seus elementos concretos, revendo concepções prévias que estão na base das cruéis exigências do trabalho, sob a égide do capitalismo³⁹.

Quanto à efetivação de uma gestão democrática, há muitos recursos que podem ser usados como ferramentas no processo de planejamento participativo e contínuo. Entre eles, estão o planejamento estratégico-situacional que prevê equipes com representação plural⁴⁰, as pesquisas-ação e participativas que podem ser utilizadas para implementação de evidências em saúde⁴¹, promovendo a articulação academia-serviço⁴², e pesquisas do tipo *codesign*⁴³, que combina orientação centrada no usuário e abordagem participativa e colaborativa⁴⁴.

A construção de um observatório em ST também constitui uma proposta com potencial participativo. Entre as atividades de um observatório de ST está a construção de um 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. No contexto das supervisões de saúde municipais, o observatório serviria como apoio para mesa de negociação entre trabalhadores e gestores e permitiria acompanhar e monitorar os trabalhadores com problemas; realizar oficinas sobre temas centrais; aprimorar o registro dos dados relativos aos afastamentos; e pautar temas relativos à ST no Conselho Municipal de Saúde⁴⁵.

O observatório em ST tem potencial para promover avanços na proposição e implementação de políticas e estratégias por meio da articulação entre movimento sindical e profissionais da área de ST. 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 setor⁴⁵.

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, contribuindo para a construção e a consolidação de frentes de resistência ao processo crescente de precarização do trabalho⁴⁵.

Diante das limitações das propostas 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 propostas, promove ações de mudança da realidade ao propor a organização dos processos de trabalho por meio principalmente da instrumentalização dos trabalhadores, que, por sua vez, 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 sejam promovidas a mudança e a saúde no trabalho⁴⁶.

Assim, a proposta 3 apresenta-se como mais abrangente e prioritária para o 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 vem acontecendo.

Ressalta-se que o principal produto do processo de encontrar as melhores políticas não é a síntese de evidências em si, mas sim o resultado da discussão sobre a viabilidade, pertinência e exequibilidade das propostas, que sofrem adaptações teórico-metodológicas e operacionais nos diálogos deliberativos com pesquisadores, gestores, ativistas e aqueles que sentem as necessidades em saúde. Estes ajudam a construir de forma coletiva o processo de tradução do conhecimento, considerando as barreiras e facilitadores dos contextos analisados⁴⁷.



Considerações finais

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

O conhecimento histórico e político da realidade da ST no Brasil trazido pelos militantes, o conhecimento científico dos especialistas, a experiência dos gestores e o depoimento dos trabalhadores foram fundamentais para rever as necessidades em saúde dos trabalhadores e as respostas prioritárias a essas necessidades.

O desenvolvimento desse diálogo entre os vários setores envolvidos, sobre a saúde dos trabalhadores da APS, durante a pandemia Covid-19, com tantos adoecimentos e mortes de profissionais da saúde e com o histórico de desmonte que vem ocorrendo no SUS, significou fortalecimento para os envolvidos e, certamente se desdobrará em avanço por que poderá desdobrar em melhorias no campo de ST. O DD mostrou-se um instrumento político aliado da luta da classe trabalhadora.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

O presente trabalho recebeu apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) – Brasil – Código de Financiamento 001.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editora associada

Manoela de Carvalho

Submetido em

29/05/23

Aprovado em

05/07/23



Referências

1. Lavis JN, Boyko JA, 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 Res Policy Sys.* 2009; 7 Suppl 1:S14. doi: 10.1186/1478-4505-7-S1-S14.
2. Boyko JA, Riley BL, Willis CD, Stockton L, Zummach D, Kerner J, et al. Knowledge translation for realist reviews: a participatory approach for a review on scaling up complex interventions. *Health Res Policy Sys.* 2018; 16(1):101. doi: 10.1186/s12961-018-0374-1.
3. Almeida C, Báscolo E. Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature. *Cad Saude Publica.* 2006; 22 Suppl:S7-S19. doi: 10.1590/s0102-311x2006001300002.
4. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev Saude Publica.* 1991; 25(5):341-9.
5. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad Saude Publica.* 1997; 13 Suppl 2:S21-S32. doi:10.1590/S0102-311X1997000600003.
6. Lacaz FAC. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cad Saude Publica.* 2007; 23(4):757-66. doi: 10.1590/S0102-311X2007000400003.
7. Soares CB, Campos C, Souza HS, Godoy-Vieira A, Cordeiro L, Lopes IO, et al. Oficinas emancipatórias como intervenção em saúde do(a) trabalhador(a). *Rev Bras Saude Ocup.* 2018; 43 Suppl 1. doi: 10.1590/2317-6369000007618.
8. Antunes R. Os Sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2a ed. São Paulo: Boitempo; 2009.
9. Laurell AC, Noriega M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.
10. Gonçalves RBM. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação de Trabalhadores em Saúde; 1992. (Caderno Cefor I - Série textos).
11. Minayo-Gomez C, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Cien Saude Colet.* 2005; 10(4):797-807. doi : 10.1590/S1413-81232005000400002.
12. Gaiotto EMG, Godoy-Vieira A, Soares CB, Silva LGM, Toma TS, Nobrega MPSS. Necessidades em saúde do trabalhador da atenção básica: relato de experiência de articulação entre pesquisadores, gestores e trabalhadores no município de São Paulo. *Physis.* 2023; 33(87):e33045. doi: 10.1590/S0103-7331202333045.
13. Gaiotto EMG. Síntese de evidências para instrumentalizar a formulação de políticas públicas de fortalecimento dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2021.
14. São Paulo. Cidade de São Paulo. Histórico do Campo Limpo [internet]. São Paulo: Subprefeitura Campo Limpo; 2023 [citado 24 Mar 2023]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/sausedotrabalhador156.pdf>
15. Chatham House. Chatham House Rule [Internet]. London: Chatham House; 2023 [citado 20 Mar 2023]. Disponível em: <https://www.chathamhouse.org/about-us/chatham-house-rule>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretriz metodológica: síntese de evidências para políticas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 24 Mar 2023]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretriz_sintese_evidencias_politicas.pdf



17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.
18. Soares CB, Campos CMS, Yonekura T. Marxismo como referencial teórico-metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(6):1403-9. doi: 10.1590/S0080-623420130000600022.
19. Lacaz FAC, Goulart PM, Souza EA, Trapé CA, Moita D, Mota-Sousa G, et al. O campo saúde do trabalhador nos 25 anos da Revista Ciência & Saúde Coletiva. *Cienc Saude Colet*. 2020; 25(12):4843-52. doi: 10.1590/1413-812320202512.21292020.
20. 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; 18(49):273-88. doi: 10.1590/1807-57622013.0227.
21. Costa D, Lacaz FAC, Jackson Filho JM, Vilela RAG. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Rev Bras Saude Ocup*. 2013; 38(127):11-21. doi: 10.1590/S0303-76572013000100003.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 24 Mar 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
23. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política nacional de atenção básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saude Debate*. 2018; 42(116):11-24. doi: 10.1590/0103-1104201811601.
24. Mendes A, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. *Cad Saude Publica*. 2022; 38(2):e00164621. doi: 10.1590/0102-311X00164621.
25. Maeno M, Vilela RAG. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. *Rev Bras Saude Ocup*. 2010; 35(121):87-99.
26. Sena Júnior CZ. Obscurantismo e anticientificismo no Brasil bolsonarista: anotações sobre a investida profotascista contra a inteligência e a ciência no Brasil. *Cad GPOSSHE*. 2019; 3(1):21-49. doi: 10.33241/cadernosdogposshe.v3i1.1987.
27. Cardoso ACM, Lima CR. A negociação coletiva e as possibilidades de intervenção nas situações de risco à saúde no trabalho. *Rev Bras Saude Ocup*. 2020; 45. doi: : 10.1590/2317-6369000004118.
28. Santos PHS, Reis LA. Subnotificação de acidentes de trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE*. 2016; 10(2):640-6. doi: 10.5205/1981-8963-v10i2a11000p640-646-2016.
29. Gandra EC, Silva KL, Passos HR, Schreck RSC. Enfermagem brasileira e a pandemia de Covid-19: desigualdades em evidência. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2021; 25 Spe:e20210058.
30. Jackson Filho JM, Assunção AA, Algranti E, Garcia EG, Saito CA, Maeno M. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da Covid-19. *Rev Bras Saude Ocup*. 2020; 45:e14.
31. 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.
32. Barbosa Filho S, Barros MEB. O trabalho em saúde e o desafio da humanização: algumas estratégias de análise-intervenção. *Tempus (Brasília)*. 2012; 6(2):101-22. doi: 10.18569/tempus.v6i2.1117.



33. 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. doi: 10.33026/peg.v13i2.2023.
34. Morais HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, Cazuzu AKI, Silva NAF. Organizações sociais da saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2018; 34(1):e00194916.
35. Damascena DM, Vale PRLF. Tipologias da precarização do trabalho na atenção básica: um estudo netnográfico. *Trab Educ Saude*. 2020; 18(3):e00273104.
36. 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*. 2017; 38(4):e2017-0098. doi: 10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0098.
37. Silva LMP, Gaiotto EMG, Campos CMS, Soares CB. Potenciais de desgaste no trabalho da atenção básica no Brasil: uma revisão integrativa. *Conjecturas [Internet]*. 2022 [citado 1 Abr 2023]; 22(14):401-41. Disponível em: <http://conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/1807>
38. Coneglian RC. Sofrimento mental como sentinela: possibilidades para a construção de um observatório das repercussões psicossociais na gestão municipal do trabalho no SUS [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2013.
39. Soares CB, Campos CMS, Souza HS, Godoy-Vieira A, Cordeiro L, Lopes IO, et al. Oficinas emancipatórias como intervenção em saúde do(a) trabalhador(a). *Rev Bras Saude Ocup*. 2018; 43 Suppl 1:e7s.
40. Matus C. Fundamentos da planificação situacional. In: Rivera F, Uribe J, organizadores. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez; 1989. p. 105-76.
41. Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, D'Ambruso L, Shroff Z. Participatory action research in health systems: a methods reader [Internet]. Harare: TARSC, AHPSR, WHO, IDRC Canada, Equinet; 2014 [citado 24 Mar 2023]. Disponível em: https://www.equinet.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR_Methods_Reader2014_for_web.pdf
42. 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.
43. Slattery P, Saeri AK, Bragge P. Research co-design in health: a rapid overview of reviews. *Health Res Policy Sys*. 2020; 18(1):17. doi: 10.1186/s12961-020-0528-9.
44. 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 Health*. 2020; 4:276-95. doi: 10.1080/24735132.2020.1837508.
45. Siqueira CE, Pedra F, Corrêa Filho HR, Maeno M, Castro HA. A experiência do observatório de saúde do trabalhador no Brasil. *Rev Bras Saude Ocup*. 2013; 38(127):139-48. doi: 10.1590/S0303-76572013000100015.
46. Souza KR, Brito JC. Sindicalismo, condições de trabalho e saúde: a perspectiva dos profissionais da educação do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet*. 2012; 17(2):379-88.
47. Ramos MC, Silva EN. Como usar a abordagem da política informada por evidência na saúde pública? *Saude Debate*. 2018; 42(116):296-306. doi: 10.1590/0103-1104201811624.



This study addresses policies to improve the health of primary health care workers. Grounded in workers' health, we investigate the potential for job strain inherent in the organization of work in production processes. We present the results of a deliberative dialogue held to decide on guidelines for public policy to improve primary health care workers' health. The results show that criticisms levelled at current policies focus on the predominance of biomedical explanations for job stress, the focal nature of care actions addressing job strain and the limited participation of workers in decision-making in the world of work imprinted by neoliberal logic. Policies that are critical of the productivist model of work organization were proposed to improve workers' health.

Keywords: Worker health. Implementation science. Primary health care. Health policy.

Las políticas de fortalecimiento de la salud de trabajadores de la Atención Primaria de la Salud (APS) son el objeto de este estudio. Con fundamento en la Salud del Trabajador, este estudio incluye los potenciales de desgaste de los trabajadores como inherentes a la organización del trabajo, en los procesos de producción. El objetivo es presentar los resultados del Diálogo Deliberativo realizado para decidir sobre directrices para política pública en salud del trabajador para el fortalecimiento de los trabajadores de la APS. Los resultados muestran que las críticas a las políticas actuales se dirigieron: al predominio de explicaciones biomédicas para los desgastes sufridos por los trabajadores, al carácter focal de las acciones de atención a esos desgastes y a la incipiente participación de los trabajadores en las decisiones del mundo del trabajo impuesta por la lógica neoliberal. Se propusieron políticas críticas a las formas productivistas de organización del trabajo para el fortalecimiento de los trabajadores.

Palabras clave: Salud del trabajador. Ciencia de la implementación. Atención Primaria de la Salud. Política de salud.