

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

WENDER FERREIRA SILVA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA LER/DORT NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA PARA EQUIPE VENEZA: SANTA VITÓRIA - MG**

UBERABA/ MINAS GERAIS

2019

WENDER FERREIRA SILVA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA LER/DORT NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA PARA EQUIPE VENEZA: SANTA VITÓRIA - MG**

UBERABA/ MINAS GERAIS

2019

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Maria José Nogueira

UBERABA /MINAS GERAIS

2019

WENDER FERREIRA SILVA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA LER/DORT NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA PARA EQUIPE VENEZA: SANTA VITÓRIA - MG**

UBERABA/ MINAS GERAIS

2019

Banca examinadora

Professor (a). Maria José Nogueira

Professor (a). Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, em – de ----- de 2019.

RESUMO

Inicialmente foram realizadas reuniões na unidade básica da atenção primária sede da Equipe Veneza, envolvendo trabalhadores da equipe, usuários e gestores. Optou-se por realizar uma coleta de dados por meio de registros escritos na própria unidade, como prontuários e outras fontes secundárias como ESUS, ATLAS Brasil e IBGE; no intuito de traçar um diagnóstico situacional dos principais problemas de saúde do território. Houve entrevistas com profissionais de saúde e informantes-chave para complementar o diagnóstico. Realizou-se o diagnóstico situacional em saúde pelo método de estimativa rápida, possibilitando o levantamento dos principais problemas de saúde no território da Equipe Veneza, o que foi chamado de lista de problemas. Identificados os principais problemas de saúde e discutidos com a equipe, foi estabelecida uma ordem de prioridade para os problemas. Seguiu-se a escolha do problema prioritário, Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT), formulando-se sua descrição, explicação e justificativa. Continuou-se com a identificação dos principais fatores causais do problema prioritário LER/DORT, que foram chamados de “nós críticos”. Os principais “nós críticos” foram identificados e traçou-se um plano de intervenção para os mesmos; desenhando-se as operações necessárias para suas resolutividades, pessoas responsáveis por essas questões e tempos necessários para efetivação das operações. O objetivo do projeto de intervenção é criar ações de enfrentamento para promover, prevenir, detectar precocemente e oferecer linha de cuidado para o atendimento do usuário portador de LER/DORT, em ambientes físicos diversos, por equipe multidisciplinar, envolvendo a equipe de saúde Veneza.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. LER/DORT. Estimativa rápida. Plano de intervenção.

ABSTRACT

Initially, meetings were held in the primary care unit of the Venice Team headquarters, involving staff workers, users and managers. It was decided to perform a data collection through written records in the unit, such as medical records and other secondary sources such as ESUS, ATLAS Brazil and IBGE; in order to establish a situational diagnosis of the main health problems of the territory. There were interviews with health professionals and key informants to complement the diagnosis. A situational health diagnosis was carried out using the rapid estimation method, enabling the survey of the main health problems in the territory of the Venice Team, which was called a list of problems. Identified the main health problems and discussed with the team, a priority order was established for the problems. This was followed by the choice of the priority problem, Repetitive Strain Injury (RSI) and Work-related Osteomuscular Disorder (DORS), formulating its description, explanation and justification. We continued with the identification of the main causal factors of the priority problem RSI / DORS, which were called "critical nodes". The main "critical nodes" were identified and an intervention plan drawn up for them; designing the operations necessary for its resolutions, people responsible for these issues and times necessary to carry out operations. The objective of the intervention project is to create coping actions to promote, prevent, detect early and provide a care line for the care of the user with LER / DORS, in various physical environments, by a multidisciplinary team involving the Venice health team.

Key words: Family Health Strategy. Primary Health Care. RSI/DORS. Rapid estimate. Intervention plan.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DORT	Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Aspectos gerais do município	10
1.2 Aspectos da comunidade	11
1.3 O sistema municipal de saúde	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde Isidoro Cândido Ferreira	12
1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	13
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo Geral	Erro! Indicador não definido.8
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	Erro! Indicador não definido.9
6.1 Descrição do problema selecionado	Erro! Indicador não definido.9
6.2 Explicação do problema selecionado	Erro! Indicador não definido.9
6.3 Seleção dos nós críticos	Erro! Indicador não definido.9
6.4 Desenho das operações	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	44

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Santa Vitória é uma cidade com 19.608 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2018), localiza-se a uma latitude 18°50'19" sul e a uma longitude 50°07'17" oeste, estando a uma altitude de 498 metros e 760 km de distância até a Capital do Estado. A cidade teve um crescimento populacional importante nas duas últimas décadas em função do êxodo rural ocorrido na região e da instalação de duas usinas de açúcar e álcool. Ao contrário de outras cidades brasileiras esse crescimento foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infraestrutura e desenvolvimento social. A cidade localiza-se na fronteira de Minas com Goiás, constituindo nos últimos anos em uma região de consumo e passagem de vendas de drogas o que resultou no aumento da violência e pequenos furtos (IBGE, 2010).

A cidade apresenta razoável diversidade econômica, o município apresenta uma área razoavelmente extensa, 3.001,357Km², plana, favorecendo a pecuária de gado de corte e produção de leite. Conta também com a boa extensão de terras com plantação de cana de açúcar e produção de álcool. Na zona urbana, há prevalência de comércio varejista. A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm se revezando à frente da administração municipal ao longo de décadas. Culturalmente há ênfase para festas religiosas, exposição agropecuária, cavalgadas e jogos estudantis (IBGE, 2010).

Na área da saúde, o município adotou a Estratégia Saúde da Família para reorganização da atenção básica e conta hoje com 06 equipes na zona urbana (PSF Vicente Bonito, PSF Dr. José Carlos Rodrigues da Silva, PSF Amador José dos Santos, PSF José Nilton de Medeiros e PSF Isidoro Cândido Ferreira (composto pela equipe Veneza e equipe Isidoro) e 01 equipe na zona rural (PSF José Paulo Fernandes), cobrindo 100% da população. As unidades são bem estruturadas e equipadas. Possui 01 policlínica para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades e pronto atendimento 24h, onde são realizados exames como radiografias, ultrassonografias e eletrocardiograma. Há 01 Hospital conveniado para internações, cirurgia geral, pequenas cirurgias, cirurgias ginecológicas, partos, realização de exames de endoscopia e colonoscopia.

1.2 Aspectos da comunidade

A equipe Veneza tem um território com aproximadamente 2.309 usuários cadastrados no ESUS, localizada próxima ao centro, englobando bairros novos, recém-criados, com a população composta de uma geração de filhos de pessoas fundadores de Santa Vitória e migrantes. Considerada uma população com percentual baixo de idosos. A maior parte dos usuários, ou estão em idade escolar, ou em idade produtiva laboral. Sendo que as principais atividades desenvolvidas são comércio, trabalho na indústria de cana de açúcar, serviço público, pecuaristas e trabalhadores rurais e atividades informais. A estrutura de saneamento é de excelente qualidade, coleta de lixo adequada. 100% das casas são de alvenaria, com água tratada e encanada. O perfil de escolaridade dos usuários da equipe Veneza segue o padrão do município de Santa Vitória mostrados no parágrafo abaixo.

No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola é de 88,51%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental é de 86,83%; a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo é de 55,32%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo é de 41,34%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram, respectivamente, em 59,26 pontos percentuais, 34,45 pontos percentuais, 38,88 pontos percentuais e 32,52 pontos percentuais (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2010).

Em 2010, 88,39% da população de 6 a 17 anos do município estavam cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série. Em 2000 eram 76,89% e, em 1991, 74,62%. Dos jovens adultos de 18 a 24 anos, 13,84% estavam cursando o ensino superior em 2010. Em 2000 eram 3,70% e, em 1991, 1,70%. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) - Santa Vitória é 0,710, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é Longevidade, com índice de 0,865, seguida de Renda, com índice de 0,718, e de Educação, com índice de 0,576 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, 2010).

1.3 O sistema municipal de saúde

O sistema municipal de saúde é constituído da atenção primária da saúde, pontos de atenção à saúde secundários e terciários, sistema de apoio e sistema logístico. Faz parte da atenção primária: 07 equipes Estratégia Saúde da Família; 01 academia da Saúde Paulo Cabral de Lima; 01 Equipe Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF modalidade I. Pontos de Atenção à Saúde secundários são representados por: Unidade Mista Jerônimo Teodoro, CAPS I Lindomar Donizete Bizinotto, Hospital Genésio Franco de Moraes. Pontos de Atenção à Saúde Terciários: Universidade Federal de Uberlândia. Sistemas de Apoio: Diagnóstico e Terapêutico, Assistência Farmacêutica, Informação em Saúde, Trimed Medicina Diagnóstico, Farmácia de Minas Polo Santa Vitória. Sistemas Logísticos: ambulâncias para transporte municipal e intermunicipal, ambulância do SAMU, veículos de pequeno porte, SUS Fácil, cartão SUS, prontuário eletrônico.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Isidoro Cândido Ferreira

A Unidade Básica de Saúde Isidoro, que abriga a Equipe Veneza, foi inaugurada há cerca de 16 anos, mas só recentemente foi criada a equipe Veneza. Está situada na rua Francisco dos Reis Goulart, bairro Amoreiras, próximo ao centro. É um prédio construído apropriadamente para acolher o programa saúde da família. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe.

A Equipe de Saúde da Família Veneza, da Unidade Básica de Saúde Isidoro Cândido Ferreira é constituída pelos seguintes profissionais: 05 Agentes comunitários de saúde, 01 Assistente administrativo, 01 Auxiliar em saúde Bucal, 01 Cirurgião dentista, 01 Enfermeiro, 01 Médico, 01 Técnico de enfermagem.

A Unidade de Saúde funciona das 7:00h às 17 horas, com 2 horas para almoço, de segunda a sexta-feira. Os pacientes chegam até a unidade por meios próprios. Existe uma sala de recepção ampla que consegue acomodar geralmente todos os pacientes, com recepcionistas fazendo o acolhimento inicial. Hoje já utilizamos o prontuário eletrônico. Após o acolhimento na recepção, os pacientes passam por uma triagem realizada por técnicos de enfermagem. Após essa triagem, os pacientes são encaminhados para as consultas individuais com médicos,

dentistas, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais. Existe uma sala ampla para uso dos agentes comunitários de saúde, usada também para reunião de grupos operativos e reuniões multidisciplinares.

O tempo da Equipe Veneza está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas como: saúde bucal, controle de câncer de mama e câncer ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos. Temos grupos de hipertensos, diabéticos, tabagista, idosos, gestantes. A frequência nos grupos é variável, contando com adesão que poderia ser maior. São realizadas reuniões de matriciamento quinzenais onde são discutidos casos com representantes do NASF, CRAS e CAPS.

1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Após a coleta de dados, por meio de registros escritos na própria unidade como prontuários, outras fontes secundárias tais como ESUS, ATLAS Brasil, IBGE e também entrevistas com profissionais de saúde e informantes-chave, realizamos o diagnóstico situacional em saúde, método de estimativa rápida, possibilitando o levantamento do perfil de doenças mais importantes na área de abrangência da Equipe Veneza, o que chamamos de lista de problemas. Depois de identificados os principais problemas de saúde prevalentes na área de abrangência e discutidos com a equipe, foi estabelecida uma ordem de prioridade para os problemas. Em seguida, escolhido um dos problemas como prioritário, formulando sua descrição, explicação e identificação dos “nós críticos”.

Quadro 1 - Problemas de saúde do território e da comunidade identificados pelo método de estimativa rápida, da equipe de Saúde Veneza, Unidade Básica de Saúde Isidoro Cândido Ferreira, município de Santa Vitória, estado de Minas Gerais, ano de 2018.

Asma
Depressão
Diabetes mellitus
Dispepsias
Distúrbio do sono
Doença pulmonar obstrutiva crônica
Doenças osteomusculares - LER/DORT
Doenças relacionadas a saúde da mulher
Dor abdominal
Hipertensão arterial sistêmica
Infecção de vias aéreas superiores
Infecção de vias urinárias
Transtorno de ansiedade

Fonte: Método de estimativa rápida equipe Veneza, PSF Isidoro, município de Santa Vitória.

Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Veneza, Unidade Básica de Saúde Isidoro Cândido Ferreira, município de Santa Vitória, estado de Minas Gerais, ano 2018.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Hipertensão arterial sistêmica	Alta	4	Parcial	1
Diabetes mellitus	Alta	4	Parcial	1
Doenças osteomusculares - LER/DORT	Alta	4	Parcial	1
Distúrbio do sono	Alta	3	Parcial	2
Transtorno de ansiedade	Alta	3	Parcial	2
Depressão	Alta	3	Parcial	2
Doenças relacionadas a saúde da mulher	Alta	2	Parcial	3
Infecção de vias aéreas superiores	Alta	2	Parcial	3
Infecção de vias urinárias	Alta	2	Parcial	3
Dor abdominal	Alta	2	Parcial	3
Dispepsias	Alta	1	Parcial	4
Asma	Alta	1	Parcial	4
Doença pulmonar obstrutiva crônica	Alta	1	Parcial	4

Fonte: Equipe de Saúde Veneza – PSF Isidoro Cândido Ferreira

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

O quadro acima foi elaborado a partir dos principais problemas identificados na área de abrangência da equipe Veneza utilizando o método de estimativa rápida. Para priorização dos problemas foram utilizados métodos de avaliação baseados no grau de importância do problema: alta, média e baixa, na urgência: distribuídos pontos por grau de urgência, e na capacidade de enfrentamento da equipe:

totalmente resolvível pela equipe, parcialmente resolvível ou fora da capacidade de resolução.

2 JUSTIFICATIVA

Identificamos e selecionamos o tratamento de Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT) na saúde do trabalhador como um problema a ser enfrentado pela quantidade de pacientes que procuram a unidade de atendimento por ser a nossa área de abrangência constituída por maioria jovens em idade laboral (e-SUS AB, 2019), e por trabalharem em serviços que predispõe a essa patologia: serviços gerais, produção de cana de açúcar, pecuária, construção civil, entre outros que levam a esforços repetitivos. A abordagem da saúde do trabalhador com LER/DORT envolve mais que o diagnóstico clínico-médico e prescrição medicamentosa. É preciso considerar vários aspectos: como envolvimento de equipe multidisciplinar, reabilitação, promoção e prevenção, entre outros.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um projeto de intervenção para promoção, prevenção, detecção precoce, linha de cuidado para o atendimento do usuário portador de LER/DORT, em ambientes físicos diversos, por equipe multidisciplinar, envolvendo a equipe de saúde Veneza do PSF Isidoro Cândido Ferreira do município de Santa Vitória-MG.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do referencial teórico foram consultados artigos científicos na Biblioteca Virtual em Saúde do NESCON, revistas científicas e também realizada consulta de documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.).

Para elaboração da intervenção foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional – PES, como explica Campos, Faria e Santos (2010), que a partir dos seus fundamentos e método, propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo possibilitando a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais, incluindo a população, em que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação de diversos interesses em jogo. Essa participação enriquece o processo de planejamento, criando corresponsabilidade dos atores com a efetivação do plano de ação, dando mais legitimidade e mesmo viabilidade política ao plano. O planejamento estratégico situacional é desenvolvido em seis passos:

1) Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade;

Estimativa rápida constitui um modelo de se obter sobre um conjunto de problemas e recursos potenciais para seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais - autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais, etc. - que controlam recursos para enfrentamento dos problemas. De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), corresponde ao primeiro passo de um processo de planejamento que busca definir as intervenções necessárias para enfrentamento dos problemas de saúde de uma população específica. O termo “rápida” refere-se ao tempo gasto para o tempo gasto para coleta e análise dos dados. Esse tempo deve ser o mínimo necessário para coleta no campo e análise destes. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

2) Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção;

Conforme explica Campos, Faria e Santos (2010), após a identificação torna necessária a seleção ou priorização dos que serão enfrentados, uma vez que

difícilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recurso (financeiros, humanos, matérias).

Como critérios para seleção dos problemas, o grupo pode considerar: a importância do problema, sua urgência, a própria capacidade para enfrentá-los. Contudo pode definir outros critérios que julgar relevante (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

3) Descrição do problema selecionado;

Para Campos, Faria e Santos (2010), a identificação e a priorização dos problemas não são suficientes para que se possa definir as intervenções na perspectiva de selecioná-los. É preciso avançar mais na compreensão ou explicação de cada problema, caracterizá-lo e descrevê-lo melhor. É preciso ter ideia de sua dimensão e de como ele se apresenta em sua realidade. Portanto, da forma mais precisa possível, deve-se identificar o que caracteriza o problema, inclusive pela sua quantificação.

4) Explicação do problema;

A causa de um problema geralmente é outro problema ou outros problemas. A explicação do problema tem como objetivo entender a sua gênese e o que queremos enfrentar a partir da identificação das suas causas. Partindo-se desse pressuposto, pode-se entender que uma explicação situacional, como um processo de conhecimento, deve ser capaz de compreender o modo como um problema é produzido. Identificando quais são as causas desse problema e qual a relação entre elas. A partir da explicação do problema será elaborado um plano de ação, entendido uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5) Seleção dos nós críticos;

A identificação das causas de um problema é fundamental porque, para enfrentar um problema deve-se atacar suas causas. Por meio de uma análise cuidadosa, é possível maior clareza sobre onde atuar ou quais as causas devemos "atacar". Para isso, é necessário fazer uma análise capaz de identificar, e entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as

que precisam ser enfrentadas. “Nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz a ideia de algo sobre o qual eu possa intervir, ou seja, está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6) Desenho das operações.

Com o problema bem identificado considerando as causas mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para Campos, Faria e Santos (2010), os objetivos desse passo são:

- Descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”;
- Identificar os produtos e resultados para cada operação definida;
- Identificar os recursos necessários para concretização das informações.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2018).

Para a definição das palavras-chave e *keywords* utilizaram-se os Descritores: Estratégia de Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, LER/ DORT, Plano de Intervenção, Estimativa Rápida (BRASIL, 2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Existem relatos que versam da antiguidade sobre dor relacionada ao trabalho (DEMBE, 1996). Ramazzini (1985) faz um dos primeiros registros da descrição de ofícios e danos à saúde associados. São relatadas as afecções dolorosas decorrentes dos movimentos contínuos da mão realizados pelos escribas e notários, cuja função era registrar manualmente os pensamentos e os desejos de príncipes e senhores, com atenção para evitar o erro. O advento da Revolução Industrial, os quadros clínicos mostraram-se decorrentes de um desequilíbrio entre as exigências das tarefas realizadas no trabalho e as capacidades funcionais individuais, tornando-se mais numerosos. A partir da segunda metade do século XX, adquiriram expressão em número e relevância social, com a racionalização e a inovação técnica na indústria, atingindo, inicialmente, de forma particular, perfuradores de cartão. Atualmente, as expressões de desgaste de estruturas do sistema musculoesquelético atingem várias categorias profissionais e têm várias denominações, entre as quais lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). As nomenclaturas anteriores são utilizadas pelo Ministério da Saúde (MS) e comunidade médica (BRASIL, 2006).

A explicação no aumento da prevalência de LER/DORT ocorre devido as transformações do trabalho e das empresas, com estabelecimento de metas e produtividade, considerando suas necessidades, particularmente de qualidade dos produtos e serviços e aumento da competitividade de mercado, sem levar em conta os trabalhadores e seus limites físicos e psicossociais. Os trabalhadores são exigidos em excesso no trabalho com prescrição rígida de procedimentos, diminuindo manifestações de criatividade e flexibilidade (BRASIL, 2006).

Às exigências psicossociais não compatíveis com características humanas, nas áreas operacionais e executivas, adiciona-se o aspecto físico-motor, com alta demanda de movimentos repetitivos, ausência e impossibilidade de pausas espontâneas, necessidade de permanência em determinadas posições por tempo prolongado, atenção para se evitar erros e submissão ao monitoramento de cada etapa dos procedimentos, além de mobiliário, equipamentos e instrumentos que não propiciam conforto (BRASIL, 2006, p.3).

As doenças relacionadas ao trabalho podem ter implicações legais que atingem a vida dos pacientes. O seu reconhecimento é regido por normas e legislação, conforme a finalidade.

A Portaria GM n.º 777 (BRASIL, 2004)¹, do Ministério da Saúde, de 28 de abril de 2004, tornou de notificação compulsória vários agravos relacionados ao trabalho, entre os quais os de LER/DORT, cujo protocolo é este que se apresenta. Neste caso, não há implicações diretas para o paciente, pois a finalidade é a notificação para prevenção de novos casos de agravamento dos já existentes e organização de serviços e especialidades necessárias, por meio de intervenções nas áreas de assistência, vigilância e planejamento. Para os segurados do Seguro Acidente de Trabalho (SAT), além da notificação aos sistemas de informações de saúde, é necessário notificar os casos à Previdência Social. Neste caso, há consequências diretas para o paciente, pois – a partir do reconhecimento de uma doença ocupacional pela Previdência Social e da incapacidade para o trabalho – ocorre a concessão de auxílio-doença por acidente de trabalho para os trabalhadores com necessidade de afastamentos por mais de 15 dias (auxílio-doença de espécie 91 – B91). A concessão de auxílio-doença por acidente de trabalho implica manutenção do recolhimento do fundo de garantia durante o afastamento do trabalho e estabilidade durante um ano após o retorno ao serviço (BRASIL, 2012, p.8).

A Previdência Social, realizou estudo sobre os benefícios por incapacidade, foram observadas entidades nosológicas referentes às LER/DORT, que estão associadas a aproximadamente 200 ramos econômicos (BRASIL, 2012).

As LER/DORT são definidas como quadros clínicos do sistema músculo esquelético adquiridos pelo trabalhador submetido a determinadas condições de trabalho (KUORINKA e FORCIER, 1995). Caracterizam-se pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, geralmente nos membros superiores, tais como dor, parestesia, sensação de peso e fadiga.

Entidades neuro-ortopédicas definidas como tenossinovites, sinovites, compressões de nervos periféricos podem ser identificadas ou não. É comum a ocorrência de mais de uma dessas entidades neuro-ortopédicas e a concomitância com quadros mais inespecíficos, como a síndrome miofascial. Frequentemente são causas de incapacidade laboral temporária ou permanente, resultantes da superutilização das estruturas anatômicas do sistema músculo esquelético e da falta de tempo de recuperação. (BRASIL, 2000, p.6).

O IBGE realizou uma pesquisa nacional de saúde em 2013, constatando que 3.568.095 trabalhadores relataram ter tido diagnóstico de LER/DORT. As doenças ocupacionais, são as mais frequentes nas estatísticas da Previdência Social (FUNDACENTRO, 2019).

¹Revogada pela Portaria nº 2.472/GM/MS de 31 de agosto de 2010, publicada no Diário Oficial da União (DOU) nº 168, Seção 1, págs. 50 e 51, de 1º de setembro de 2010. Revogada pela Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011, no Diário Oficial da União (DOU) nº 18, Seção 1, pág. 37 de 26 de janeiro de 2011.

No boletim estatístico produzido pela Fundacentro, a PNS mostrou que com relação às limitações das atividades diárias causadas pela DORT, como dificuldades em trabalhar, ir ao trabalho, realizar afazeres domésticos e de autocuidado, como vestir-se e tomar banho, quase 16% dos entrevistados referiram que elas eram intensas ou muito intensas. Segundo o boletim, “a PNS também investigou sobre processos terapêuticos e de reabilitação, observou que 906.363, o que equivale a 25,40% dos entrevistados realizam ou realizaram algum tipo de exercício e/ou fisioterapia para minimizar os efeitos da LER/DORT, e quase 35% (1.247.300) deles usaram ou fazem uso de tratamento com injeções ou medicamentos pelos mesmos problemas” (FUNDACENTRO, 2019).

O Instituto Nacional de Prevenção de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORTs) aponta, através de dados levantados, que os DORTs são a segunda maior causa de afastamento do trabalho no Brasil (FHEMIG, 2019).

Em Minas Gerais, entre 2007 a 2011, foram notificados 6.171 casos. Deste total, 2.497 foram do sexo masculino e 3.674 do sexo feminino. Os trabalhadores na faixa etária de 35 a 49 anos são os mais acometidos pela doença. Em relação às ocupações, os faxineiros lideram o ranking com 391 casos, seguidos pelas empregadas domésticas (339) e os pedreiros (277) (FHEMIG, 2019).

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017).

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978) atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica à saúde (ABS) é a atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (BRASIL, 2004).

Sobre a Estratégia Saúde da Família, podemos dizer que existe atribuição de promover qualidade de vida para a população de seu território e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco, como falta de atividade física, má alimentação, uso de tabaco, entre outros. Nesse sentido a um fortalecimento da porta de entrada do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017).

A Equipe de Saúde da Família faz parte da Unidade Básica de Saúde local, onde ocorre, nesse nível de atenção, resolução de aproximadamente 80% dos problemas de saúde da população. Se a pessoa precisar de um cuidado mais avançado, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se encarrega de fazer encaminhamentos para órgãos competentes (BRASIL, 2017).

A Estratégia Saúde da Família é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Também há equipe de Saúde Bucal, composta por cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde (BRASIL, 2017).

Para Brasil (2017), a equipe de saúde da família apresenta singularidades que permitem a realização de um trabalho de prevenção, promoção e cuidados terapêuticos na atenção à saúde. Isso por estar próxima de seu público-alvo em um espaço delimitado chamado território. São atividades realizadas pela equipe de saúde da família: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis e identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta; executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida; garantir a continuidade do tratamento, pela adequada referência do caso; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde por meio da educação sanitária; promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas; discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam; incentivar a formação e/ou

participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 2017).

O estabelecimento da relação de causa e/ou agravamento entre o trabalho e o quadro clínico de LER/DORT é atribuição multidisciplinar; pressupõe a técnica de realizar uma boa anamnese ocupacional, que não é atribuição exclusivamente médica (BRASIL, 2012).

O clínico da Unidade de Saúde da Atenção Básica, com dúvidas referentes ao quadro clínico, encaminha os pacientes aos especialistas, uma vez que os casos de baixa complexidade podem ser diagnosticados e acompanhados na própria unidade básica de saúde, a exemplo do que acontece com qualquer especialidade médica (BRASIL, 2012).

A equipe de saúde da família tem um protagonismo importantíssimo no diagnóstico, acompanhamento e reabilitação dos pacientes com LER/DORT, obedecendo os princípios do SUS: universalização, integralidade e equidade. Na atenção básica, através da equipe de saúde da família, podem ser trabalhadas a promoção em saúde visando a construção de políticas saudáveis, criação de ambientes favoráveis a saúde das pessoas, desenvolvimento de habilidades pessoais, incentivo de ações comunitárias. Estímulo às ações que visem a prevenção são atribuições das equipes de saúde da família: reeducação postural, ginástica laboral, intervalos para descanso entre outras. As ações de prevenção e promoção podem ser realizadas por todos os membros da equipe quando treinados e capacitados. Os acolhimentos dos pacientes com LER/DORT podem ser realizados por todos os membros da equipe, com direcionamento para a avaliação do enfermeiro, médico ou outro profissional devidamente capacitado para avaliação. As notificações dos casos devem ser realizadas e observada a emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), se necessário. O manejo dos casos de LER/DORT pode envolver equipe multidisciplinar, observando as particularidades de cada caso. Os encaminhamentos para especialidades como ortopedia, medicina do trabalho, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e outros devem ser feitos pela equipe de saúde da família quando houver o extrapolamento dos recursos da equipe de saúde da família (BRASIL, 2012).

Como em qualquer consulta, deve-se coletar dados fornecidos pelo paciente, realizar o exame físico, integrá-los com dados epidemiológicos e fazer uma hipótese diagnóstica. A organização atual dos serviços de saúde permite que várias das etapas de coleta de dados sejam realizadas por outros profissionais, além do médico. Isso não exime o médico de seu

papel, porém, permite a análise dos casos mediante informações coletadas por equipes de saúde, como ocorre no Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2006, p.18).

Deseja-se a participação de outros profissionais de saúde, como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiro, assistente social, psicólogo, profissional de terapias complementares e terapeuta corporal, com conhecimentos de técnicas diversificadas para obtenção e efetividade no tratamento (BRASIL, 2012).

A fisioterapia é essencial no tratamento dos pacientes com LER/DORT, tendo como objetivos principais o alívio da dor, o relaxamento muscular e a prevenção de deformidades, proporcionando uma melhoria da capacidade funcional. Os seguintes recursos podem ser utilizados: eletrotermofototerapia, massoterapia e cinesioterapia, sendo que a combinação de técnicas deverá ser definida após a avaliação fisioterápica. Não é possível padronizar o tipo nem a duração do tratamento. A presença ativa do fisioterapeuta é fundamental para uma avaliação contínua da evolução do caso e para mudanças de técnicas ao longo do tratamento. A utilização de grupos terapêuticos para pacientes crônicos, com abordagem de temas como percepção corporal, automassagem, alongamento e relaxamento, tem se mostrado eficiente na reabilitação física desses pacientes (BRASIL, 2012).

Para que se sintam amparados em sua insegurança e em seu temor no que se refere às situações de conflito no trabalho, às consequências do adoecimento e às perspectivas de futuro e reinserção profissional, a psicoterapia individual ou em grupo é essencial para os pacientes de LER/DORT (BRASIL, 2012).

Para que haja um ganho de autonomia dos pacientes, a terapia ocupacional tem se mostrado bastante útil. As atividades relacionadas com a vida cotidiana, o lazer e o trabalho levam os pacientes a reapropriar suas capacidades e a ressignificar suas vidas, considerando todas as mudanças decorrentes do adoecimento. Avaliar, indicar e confeccionar órteses de posicionamento, para a prevenir deformidades, fazem parte do papel do terapeuta ocupacional (BRASIL, 2012).

Práticas integrativas e complementares em saúde, como acupuntura, do-in, shiatsu, entre outras, têm ganhado espaço e se mostrado importantes no tratamento de LER/DORT (BRASIL, 2012).

Os grupos terapêuticos permitem o conhecimento e a troca de experiências entre pacientes com LER/DORT. Com caráter terapêutico educativo, têm obtido resultados significativos, permitindo o pensar sobre o adoecimento. Nos grupos podem ser realizadas discussões sobre as dúvidas e as dificuldades enfrentadas no estabelecimento do diagnóstico e do tratamento, proporcionando a consciência do estabelecimento dos limites impostos pela doença e o aprimoramento da cidadania (BRASIL, 2012).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “LER/DORT” na atenção primária na equipe Veneza PSF Isidoro Cândido Ferreira, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado

Identificamos e selecionamos o tratamento de LER/DORT na saúde do trabalhador como um problema a ser enfrentado pela quantidade de pacientes que procuram a unidade de atendimento por ser a nossa área de abrangência constituída por maioria jovens em idade laboral, 63,5%, e por trabalharem em serviços que predispõe a essa patologia: serviços gerais, produção de cana de açúcar, pecuária, construção civil, entre outros que levam a esforços repetitivos.

6.2 Explicação do problema selecionado

A abordagem da saúde do trabalhador com LER/DORT envolve mais que o diagnóstico clínico-médico e prescrição medicamentosa. É preciso considerar vários aspectos: como envolvimento de equipe multidisciplinar, reabilitação, promoção e prevenção, entre outros.

6.3 Seleção dos nós críticos

Quadro 4 – Nós críticos do problema “LER/DORT”, na Equipe de Saúde da Família Veneza, do PSF Isidoro município de Santa Vitória-MG:

Baixa promoção e prevenção de saúde
Diagnóstico tardio
Dificuldade e demora para realização de exames complementares
Quebra na continuidade da reabilitação
Aspectos legais envolvendo empregados, empregadores e previdência social
Tratamento multidisciplinar envolvendo ambientes físicos diversos, fora da unidade

Fonte: Método de estimativa rápida equipe Veneza, PSF Isidoro, município de Santa Vitória.

6.4 Desenho das operações

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico relacionado ao problema “LER/DORT”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Veneza, do município de Santa Vitória, estado de Minas Gerais.

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Baixa promoção	<ul style="list-style-type: none"> + informação sobre LER/DORT 	<ul style="list-style-type: none"> População mais informada sobre LER/DORT 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação do nível de informação da população de risco para LER/DORT; Campanha educativa na rádio local; Panfletagem nas residências, escolas e comércios. 	<ul style="list-style-type: none"> Cognitivo – mais conhecimento sobre estratégia de comunicação; Organizacional – mais organização da agenda; Político – mais articulação intersetorial (parceria com setor comercial, industrial, organizações comunitárias, escolas) e mobilização social.
Prevenção de saúde	<ul style="list-style-type: none"> Consciência e saúde corporal para o trabalhador 	<ul style="list-style-type: none"> Diminuir taxa de lesões do tipo LER/DORT 	<ul style="list-style-type: none"> Treinamento de pessoas para informar e coordenar sobre utilização sistemática dos equipamentos de proteção individual, mobiliário 	<ul style="list-style-type: none"> Cognitivo – informação sobre estratégias de prevenção; Financeiro – recursos audiovisuais, folhetos educativos.

			<p>adequado as características fisiológicas, pausas para descanso;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento de pessoas para estimular, ginástica laboral e correção postural, nas escolas, comércios e indústrias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizacional – sala equipada com computador, datashow e cadeiras; • Político – conseguir o local, mobilização social e intersetorial com setores empregadores ;
Diagnóstico tardio	<ul style="list-style-type: none"> • + diagnóstico precoce. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conscientização dos trabalhadores sobre LER/DORT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do nível de informação da população de risco para LER/DORT; • Campanha educativa na rádio local; • Panfletagem nas residências, escolas e comércios; • Capacitação dos profissionais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo – mais conhecimento sobre estratégia de comunicação; aperfeiçoamento dos profissionais de saúde sobre o tema; • Organizacional – mais organização da agenda; • Político – mais articulação intersetorial (parceria com setor comercial, industrial, organizações comunitárias, escolas) e

				mobilização social.
Dificuldade e demora para realização de exames complementares	<ul style="list-style-type: none"> + exames 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura de 90% dos exames previstos em protocolo. 	<ul style="list-style-type: none"> Contratação de licitação de compra de exames. 	<ul style="list-style-type: none"> Financeiro – aumento de oferta de exames. Político – + decisão de recursos para estruturar o serviço;
Quebra na continuidade da reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> + mecanismo de referência e contra referência. 	<ul style="list-style-type: none"> Aumento da comunicação intersetorial; 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitação de pessoal; 	<ul style="list-style-type: none"> Cognitivo – + elaboração de projetos da linha de cuidado e de protocolos. Político – empenho administrativo;
Aspectos legais envolvendo empregados, empregadores e previdência social	<ul style="list-style-type: none"> + cidadania. 	<ul style="list-style-type: none"> Apoio em relação a aspectos legais. 	<ul style="list-style-type: none"> Capacitação de assistentes sociais da rede; Capacitação no setor de RH das empresas, comércios e outros. Parceria com a previdência social e outros. 	<ul style="list-style-type: none"> Cognitivo – + informação sobre o tema; Financeiro – recursos para treinamento de pessoal; Organizacional – espaço para capacitação. Político – apoio administrativo;
Tratamento multidisciplinar envolvendo ambientes físicos diversos, fora da unidade	<ul style="list-style-type: none"> Linha de cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar tratamento multidisciplinar para LER/DORT. 	<ul style="list-style-type: none"> Implementação efetiva de referência e contra referência; Capacitação intersetorial. 	<ul style="list-style-type: none"> Cognitivo – implementação do prontuário eletrônico; Financeiro – recursos para

				<p>compra de computadores em rede.</p> <ul style="list-style-type: none">• Organizacional – Organização do fluxo de referência e contra referência.• Político – decisão de recursos para estruturar o serviço, articulação entre os setores assistenciais de saúde;
--	--	--	--	--

Fonte: Equipe Veneza, PSF Isidoro, município de Santa Vitória-MG.

Quadro 6 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema LER/DORT.

Operações/Projetos	Recursos críticos
+ informação sobre LER/DORT	<ul style="list-style-type: none"> • Político – mais articulação intersetorial (parceria com setor comercial, industrial, organizações comunitárias, escolas) e mobilização social.
+ diagnóstico precoce	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo – mais conhecimento sobre estratégia de comunicação; aperfeiçoamento dos profissionais de saúde sobre o tema. • Financeiro – recursos audiovisuais, folhetos educativos.
+ exames	<ul style="list-style-type: none"> • Financeiro – aumento de oferta de exames. • Político – + decisão de recursos para estruturar o serviço.
+ mecanismo de referência e contra	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo – + elaboração de projetos da linha de cuidado e de protocolos. • Político – empenho administrativo.
Consciência e saúde corporal para o trabalhador	<ul style="list-style-type: none"> • Financeiro – recursos audiovisuais, folhetos educativos. • Político – conseguir o local, mobilização social e intersetorial com setores empregadores.
+ cidadania	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo – + informação sobre o tema; • Financeiro – recursos para treinamento de pessoal; • Político – apoio administrativo.
Linha de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Financeiro – recursos para compra de computadores em rede. • Político – decisão de recursos para estruturar o serviço, articulação entre os setores assistenciais de saúde.

Fonte: Equipe Veneza, PSF Isidoro, município de Santa Vitória-MG.

Quadro 7 – Proposta de ação para motivação dos atores.

Operações/Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
+ informação sobre LER/DORT População mais informada sobre LER/DORT	• Político – mais articulação intersectorial (parceria com setor comercial, industrial, organizações comunitárias, escolas) e mobilização social.	• Setor de comunicação social	• Favorável	• Apresentação do projeto; • Apoio das associações; • Apoio dos setores empregadores
		• Secretário de saúde	• Favorável	
		• Sociedade civil	• Favorável	
+ diagnóstico precoce Conscientização dos trabalhadores sobre LER/DORT	• Cognitivo – mais conhecimento sobre estratégia de comunicação; aperfeiçoamento dos profissionais de saúde sobre o tema. • Financeiro – recursos audiovisuais, folhetos educativos.	• Secretário de saúde	• Favorável	• Apresentação do projeto.
+ exames Cobertura de 90% dos exames previstos em protocolo	• Financeiro – aumento de oferta de exames. • Político – + decisão de recursos para estruturar o serviço;	• Prefeito Municipal;	• Favorável	• Apresentar projetos licitatórios e motivação
		• Secretário de saúde;	• Favorável	
		• Fundo municipal de saúde	• Indiferente e	
+ mecanismo de referência e contra Aumento da comunicação intersectorial;	• Cognitivo – + elaboração de projetos da linha de cuidado e de protocolos. • Político – empenho administrativo.	• Secretário de saúde;	• Favorável	• Apresentar projeto de implantação de referência e contra referência e sua importância.
		• Profissionais de Saúde	• Alguns são favoráveis, outros	

			indiferentes.	
<p>Consciência e saúde corporal para o trabalhador</p> <p>Diminuir taxa de lesões do tipo LER/DORT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Financeiro – recursos audiovisuais, folhetos educativos. • Político – conseguir o local, mobilização social e intersetorial com setores empregadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Secretarias de saúde, planejamento, ação social, cultura e lazer, educação, ONGs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alguns são favoráveis, outros indiferentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o projeto; • Apoio das associações.
<p>+cidadania</p> <p>Apoio em relação a aspectos legais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo – + informação sobre o tema; • Financeiro – recursos para treinamento de pessoal; • Político – apoio administrativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Secretarias de saúde; • Entidades empregadoras; • Previdência social e outros. 	Favoráveis	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o projeto; • Apoio de diferentes setores.
<p>Linhas de cuidado</p> <p>Melhorar tratamento multidisciplinar para LER/DORT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Financeiro – recursos para compra de computadores em rede. • Político – decisão de recursos para estruturar o serviço, articulação entre os setores assistenciais de saúde. 	Secretário Municipal de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto de linhas de cuidado

Fonte: Equipe Veneza, PSF Isidoro, município de Santa Vitória-MG.

Quadro 8 – Plano operativo

Operações/ Projetos	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
<p>+ informação sobre LER/DORT</p> <p>Aumentar o nível de informação sobre LER/DORT</p>	<ul style="list-style-type: none"> • População mais informada sobre LER/DORT 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do nível de informação da população de risco para LER/DORT; • Campanha educativa na rádio local; • Panfletagem nas residências, escolas e comércios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do projeto; • Apoio das associações; • Apoio dos setores empregadores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ana Beatriz – Coordenadora Assistência Básica de Saúde • Karina – Enfermeira da ESF 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o projeto em 1 mês; • 3 meses para início das atividades; • Avaliações semestrais.
<p>+ diagnóstico precoce</p> <p>Levar informação aos trabalhadores e empregadores para que possam procurar assistência mais precocemente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conscientização dos trabalhadores sobre LER/DORT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do nível de informação da população de risco para LER/DORT; • Campanha educativa na rádio local; • Panfletagem nas residências, escolas e comércios; • Capacitação dos profissionais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do projeto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ana Beatriz – Coordenadora Assistência Básica de Saúde • Karina – Enfermeira da ESF 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o projeto em 1 mês; • 3 meses para início das atividades; • Avaliações semestrais.

<p>+ exames</p> <p>Ampliar a cota de exames previstos em protocolos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de 90% dos exames previstos em protocolo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contratação de licitação de compra de exames. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar projetos licitatórios e motivação 	<ul style="list-style-type: none"> • Geraldo Júnior – Secretário Municipal de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o projeto em 3 meses; • 8 meses para início das atividades; • Avaliação anual.
<p>+ mecanismo de referência e contra</p> <p>Facilitar e agilizar informações intersetoriais melhorando assistência aos usuários.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da comunicação intersetorial; 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação de pessoal; 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar projeto de implantação de referência e contra referência e sua importância. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ana Beatriz – Coordenadora Assistência Básica de Saúde • Karina – Enfermeira da ESF 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o projeto em 2 meses; • Comunicação intersetorial em 3 meses para início das atividades em 6 meses; • Avaliações semestrais
<p>Consciência e saúde corporal para o trabalhador</p> <p>Prevenção de LER/DORT através de medidas protetivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir taxa de lesões do tipo LER/DORT 	<ul style="list-style-type: none"> • Treinamento de pessoas para informar e coordenar sobre utilização sistemática dos equipamentos de proteção individual, 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o projeto; • Apoio das associações. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ana Beatriz – Coordenadora Assistência Básica de Saúde • Karina – Enfermeira da ESF 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o projeto em 1 mês; • 3 meses para início das atividades; • Avaliações semestrais.

		<p>mobiliário adequado as características fisiológicas, pausas para descanso;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treinamento de pessoas para estimular, ginástica laboral e correção postural, nas escolas, comércios e indústrias. 			
<p>+cidadania Apoio em relação a aspectos legais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio em relação a aspectos legais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação de assistentes sociais da rede; • Capacitação no setores de RH das empresas, comércios e outros. • Parceria com a previdência social e outros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o projeto; • Apoio de diferentes setores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lívia Assistente Social – Coordenadora do CRAS • Ana Beatriz – Coordenadora Assistência Básica de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar o projeto em 1 mês; • 6 meses para início das atividades; • Avaliações anuais.
<p>Linha de cuidado Melhorar tratamento multidisciplinar para</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar tratamento multidisciplinar para LER/DORT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação efetiva de referência e contra referência; 	<p>Apresentar o projeto de linhas de cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ana Beatriz – Coordenadora Assistência Básica de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Início 3 meses e finalização em 12 meses.

LER/DORT		<ul style="list-style-type: none">• Capacitação intersetorial.			
----------	--	--	--	--	--

Fonte: Equipe Veneza, PSF Isidoro, município de Santa Vitória-MG.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível, a partir de problemas vivenciados no dia a dia da Equipe Veneza, PSF Isidoro Cândido Ferreira, Município de Santa Vitória-MG, desenvolver de forma sistemática um plano de intervenção para resolução dos principais problemas chamados de “nós críticos” na abordagem das LER/DORT dos usuários da Equipe Veneza.

Os principais “nós críticos” identificados foram: baixa promoção e prevenção de saúde, diagnóstico tardio, dificuldade e demora para realização de exames complementares, quebra na continuidade da reabilitação, aspectos legais envolvendo empregados, empregadores e previdência social, tratamento multidisciplinar envolvendo ambientes físicos diversos fora da unidade. Elaborou-se o desenho das operações necessárias para o plano intervenção objetivando o enfrentamento dos “nós críticos”.

Espera-se que através do plano de intervenção criado para a resolução dos “nós críticos” do problema LER/DORT, por meio do empenho dos atores sociais envolvidos, uma vez levantados os recursos críticos e controlando esses recursos para a execução, traçadas as estratégias resolutivas para execução do plano de intervenção, consigamos aumentar a eficiência e eficácia da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos pacientes do território da Equipe Veneza do PSF Isidoro Cândido Ferreira, que apresentem-se acometidos pela entidade nosológica LER/DORT.

Observou-se durante a realização do plano de intervenção a participação ativa de atores sociais: profissionais da equipe de saúde, gestores e integrantes da comunidade entre outros.

A proposta apresentada através do plano encontra viabilidade, porque os atores sociais envolvidos mostraram-se empenhados. Os recursos críticos, o controle desses recursos, as estratégias de execução para resolução dos “nós críticos”, o tempo estipulado para execução foram todos colocados em evidência e aceitos por esses atores.

Para aumentar a informação sobre LER/DORT resolveu-se avaliar o nível de informação da população, promover campanhas educativas e panfletagens em diversos locais como residências, escolas, empresas, centros comunitários e comércios.

O diagnóstico precoce é de suma importância para evitar processos degenerativos irreversíveis e diminuir a incapacidade da doença. Para promovê-lo é preciso um processo de conscientização dos trabalhadores sobre a questão. Entendeu-se que seria necessário avaliar o nível de informação da população sobre o risco da doença, promover campanhas educativas na rádio local, panfletar em locais públicos e privados, principalmente em empresas e indústrias. Foi considerado importante a capacitação dos profissionais de saúde para esse processo de divulgação e conscientização do diagnóstico precoce.

Observou-se que havia necessidade de um maior número de exames previstos em protocolos. Para viabilizar esse volume de exames, mais recursos financeiros e processos licitatórios deveriam ser recrutados, o que foi entendido como positivo pelos gestores, mas visto como uma das maiores dificuldades para o enfrentamento e execução. Há necessidade de promoção de maior motivação dos atores envolvidos, principalmente gestores, o que foi realizado através da apresentação de projeto de execução.

O mecanismo de referência e contra referência tem a finalidade de facilitar e agilizar as informações intersetoriais, melhorando a assistência aos usuários, com capacitação dos profissionais da equipe de saúde da família e profissionais referenciados como ortopedistas, fisioterapeutas, assistente sociais, psicólogos entre outros. Verificou-se a necessidade de implementar protocolos de referência e contra referência e capacitação dos profissionais envolvidos.

A consciência e a saúde corporal do trabalhador é entendida como um fator de prevenção de LER/DORT, para isso são necessárias medidas protetivas: utilização sistemática de equipamentos de proteção individual, mobiliário adequado para características fisiológicas dos trabalhadores, ginástica laboral, correção postural. Para execução, há necessidade de capacitação e informação sobre essas questões nos diversos setores trabalhistas: empresas, indústrias, comércios, bancos e outros.

Notou-se a importância de estimular a cidadania, enfatizando direito e deveres, através da conscientização dos aspectos legais envolvidos no processo de adoecimento. Para isso há necessidade de capacitação envolvendo os seguintes atores: assistentes sociais da rede, setores de RH de empresas e comércios, parceria com previdência social entre outros.

Para o cumprimento de um dos princípios do SUS chamado integralidade, achou-se importante melhorar a linha de cuidado para o tratamento nos diversos níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Nesse processo é de fundamental importância reforçar a participação do CEREST regional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online], 2016a. (BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde** (DeCS). Brasília, [online] 2017. Disponível em: <http://decs.bvs.br/homepage.htm>). Acesso em: 03 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia da Saúde da Família (ESF)**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>. Acesso em: 25 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção de Lesão por Esforço Repetitivo**: distúrbios osteomusculares relacionados ao Trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de Atenção Integral a Saúde do trabalhador de Complexidade diferenciada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolos de complexidade diferenciada**: dor relacionada ao trabalho, lesões por esforços repetitivos (LER) Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2016b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/santa-vitoria/panorama>. Acesso em: 17 out. 2018.

BRASIL. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/santa-vitoria_mg. Acesso em: 17 out. 2018.

_____. Decreto n.º 6.957, de 9 de setembro de 2009. Altera o Regulamento da Previdência social, no uso da atribuição pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, no tocante à aplicação, acompanhamento e avaliação no Fator Acidentário de Prevenção - FAP. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 777, de 28 de abril de 2004. Dispõe sobre os procedimentos técnicos para a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador em rede de serviços sentinela específica, no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder executivo, Brasília, DF, 29 abr. 2004.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 03 dez. 2018.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1760.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2018.

DEMBE, A. E. **Occupational and disease: how social factors affect the conception of work-related disorders**. New Haven and London: Yale University Press, 1996.

FARIA H.P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Nescon/UFMG – 2 ed. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo_de_trabalho_em_saude_2/3. Acesso em: 03 dez. 2018.

FHEMIG. **Secretaria de Saúde Alerta sobre prevenção às doenças do trabalho**. Disponível em <<http://fhemig.mg.gov.br/index.php/banco-de-noticias/por-assunto/154-informacoes-do-governo-do-estado-de-minas-gerais/3251-secretaria-de-saude-alerta-sobre-prevencao-as-doencas-do-trabalho>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

FUNDACENTRO. **LER/DORT**. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/estatistica/boletins/boletimfundacentro1vfinal.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2019.

KUORINKA I; FORCIER L; editors. **Work-related musculoskeletal disorders (WMSDs): a reference book for prevention**. Great Britain: Taylor & Francis, 1995.

OMS. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Declaração de Alma-Ata, 1978**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível

em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2018.

RAMAZZINI, B. As doenças dos trabalhadores. Tradução de R. Estrela. São Paulo: Fundacentro, 1985.