



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Jéssica Beatriz Serodio Miras

**SAÚDE MENTAL DE TRABALHADORES DE SAÚDE NO
CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19. ESTUDO DE
CASO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
INTERIOR PAULISTA.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Dionísia do Amaral Dias

Botucatu

2022

JÉSSICA BEATRIZ SERODIO MIRAS

**SAÚDE MENTAL DE TRABALHADORES DE SAÚDE NO
CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19. ESTUDO DE CASO
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO INTERIOR PAULISTA.**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Saúde Coletiva da
Faculdade de Medicina de Botucatu,
UNESP, para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Trabalho e Saúde.

Orientação: Prof^a Dr^a Maria Dionísia do Amaral Dias

Botucatu

2022

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÊC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Miras, Jéssica Beatriz Serodio.

Saúde mental de trabalhadores de saúde no contexto da
pandemia da covid-19 : estudo de caso na atenção primária
à saúde no interior paulista / Jéssica Beatriz Serodio
Miras. - Botucatu, 2022

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Maria Dionísia do Amaral Dias

Capes: 40602001

1. Saúde do trabalhador. 2. Trabalhadores - Saúde
mental. 3. Atenção primária à saúde. 4. Estudo de casos.
5. Covid-19.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Covid-19; Saúde
do trabalhador; Saúde mental e trabalho.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE JÉSSICA BEATRIZ SERODIO MIRAS, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, DA FACULDADE DE MEDICINA.

Aos 21 dias do mês de julho do ano de 2022, às 09:00 horas, por meio de Videoconferência, realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de JÉSSICA BEATRIZ SERODIO MIRAS, intitulada **Saúde mental de trabalhadores de saúde no contexto da pandemia da COVID-19. Estudo de caso na atenção primária à saúde no interior paulista**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. MARIA DIONISIA DO AMARAL DIAS (Orientador(a) - Participação Presencial) do(a) Depto. de Saúde Pública / FM/Botucatu - Unesp, Profa. Dra. MARGARETH APARECIDA SANTINI ALMEIDA (Participação Presencial) do(a) Depto. de Saúde Pública / FM/Botucatu - Unesp, Prof. Dr. CARLOS ROBERTO DE CASTRO E SILVA (Participação Virtual) do(a) Depto. de Políticas Públicas e Saúde Coletiva / ISS/IMar/Santos - Unifesp. Após a exposição pela mestranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: APROVA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.

Profa. Dra. MARIA DIONISIA DO AMARAL DIAS 

Dedico esta pesquisa aos meus pais Lúcia e Ricardo
e a todos os trabalhadores e trabalhadoras de saúde.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Lúcia e Ricardo e a minha família por compreenderem minhas ausências para que eu pudesse me dedicar a esse momento tão importante. Agradeço em especial a minha mãe, a qual sempre me incentivou e acreditou na formação como um instrumento transformador da vida;

Ao meu namorado Guilherme, pela paciência, dedicação e cuidado nos dias bons e nos mais difíceis, se fazendo presente em todos eles. Obrigada por colocar meus pés no chão quando foi necessário;

A FMB-UNESP por me proporcionar momentos de aprendizado e aos docentes e funcionários pelo ensino e assistências prestadas;

A Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu e OSS Pirangi por possibilitarem a realização da pesquisa;

A minha orientadora Profa. Dra. Maria Dionísia do Amaral Dias, pelo apoio em todos os momentos da pós-graduação e todos os ensinamentos compartilhados, mas principalmente pela humanidade e cuidado que tem com seus alunos e orientandos, respeitando os limites, compreendendo as angústias e acreditando que é possível fazer pesquisa com comprometimento e sobretudo preservando a saúde;

Aos professores da banca de qualificação (Dra. Sueli Terezinha Ferrero Martin e Dra. Edvânia Ângela de Souza) e de defesa (Dra. Margareth Santini Aparecida Almeida e Dr. Carlos Roberto de Castro e Silva) pelo aceite, contribuição e ensinamentos e a todos os professores que passaram pela minha vida e que de alguma forma me fizeram chegar até aqui. Em especial aos que se empenharam durante a pandemia, se adaptando ao ensino remoto. Não foi fácil, mas foi possível pela dedicação de vocês;

Aos colegas que conheci no Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho (GEPESAT), no projeto de extensão e nas atividades acadêmicas;

Aos amigos Ana Carol, Bruna, Letícia H, Letícia F, Marcela, Maria Carol, Letícia S, Rodrigo e tantos outros por acolherem minhas angústias, alegrias, ansiedades e todos os sentimentos possíveis que surgem em um profissional da saúde, estudando saúde do trabalhador, na atual conjuntura política e socioeconômica do nosso país;

Aos residentes multiprofissionais e estagiários pelas trocas e lutas no cotidiano;

Por fim, com muito carinho e gratidão, agradeço a cada trabalhador e trabalhadora que cedeu seu tempo para relatar suas vivências no trabalho no contexto da pandemia.

"Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é
senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria
menor se lhe faltasse uma gota"
(Madre Teresa de Calcuta)

RESUMO

As novas formas de acumulação flexível e da hegemonia neoliberal trouxeram diversas consequências para as relações e as condições de trabalho. O setor de saúde, apesar de possuir particularidades, também é afetado, incluindo a Atenção Primária à Saúde (APS). Neste contexto, as novas condições laborais, com alta demanda, exigências excessivas por metas e produtividade e escassez da força de trabalho, levam à precarização do serviço e, conseqüentemente, ao sofrimento mental dos trabalhadores. Soma-se a este cenário os impactos decorrentes da pandemia da covid-19, que agravam as condições de saúde destes profissionais. Assim, o estudo em questão teve por objetivo compreender as cargas e desgastes psíquicos decorrentes do trabalho na APS no contexto da pandemia da covid-19, conforme a vivência de trabalhadores da rede municipal de saúde de Botucatu (SP). Para a coleta de dados utilizou-se de entrevistas semiestruturadas individuais, reunindo trabalhadores de unidades de saúde do modelo tradicional e de saúde da família. Optou-se por realizar a pesquisa com trabalhadores de saúde das diversas funções existentes na equipe. Da análise emergiram seis núcleos de significação, a saber: a) Tudo mudou! “É virado no avesso o serviço nosso” - a pandemia impõe diversas mudanças na organização do trabalho o que alia-se às incertezas em relação à covid-19 e todas as transformações na vida cotidiana; b) Condições adversas: “eles querem o seu máximo” - as condições de trabalho precarizadas na saúde são anteriores à pandemia e se exacerbam na situação de excepcionalidade; c) Díficeis relações de cuidado: “não entende que você tá tentando proteger” - o relacionamento com os usuários dos serviços é permeado por desconfianças e violências; d) “Você jura ser fiel à sua profissão”: compromisso em primeiro lugar – o comprometimento com a profissão em detrimento da própria saúde; e) Consequências à saúde do trabalhador: o trabalho em situação de pandemia e os impactos ao corpo e mente dos trabalhadores; f) Solidariedade e trabalho em equipe: possibilidades de resistência em meio à precarização social e do trabalho. Esta pesquisa revela que as condições laborais precarizadas no âmbito da saúde já ocorriam anteriormente à situação excepcional abordada, com impactos na saúde dos trabalhadores; contudo, a pandemia intensifica o contexto já dificultoso, com consequências adicionais à saúde dos mesmos. Indica também a necessidade de mais estudos relacionados à saúde mental dos profissionais da saúde, sobretudo em um contexto de desmonte de políticas públicas. Cabe salientar, contudo, a importância da manutenção de uma participação social ativa e do fortalecimento de espaços coletivos, para que seja possível resistir, preservar e reconquistar direitos sociais e trabalhistas. Portanto, espera-se que os resultados da pesquisa contribuam para estratégias de enfrentamento das condições e relações de trabalho, bem como para possíveis intervenções que possam minimizar ou prevenir consequências à saúde dos trabalhadores em situações semelhantes à analisada.

Palavras-chave: covid-19; saúde mental e trabalho; saúde do trabalhador; atenção primária à saúde

ABSTRACT

The new forms of flexible accumulation and neoliberal hegemony had several consequences for working relationships and conditions. The health sector, despite having particularities, is also affected, including Primary Health Care (PHC). In this context, the new working conditions, with high demand, excessive demands for goals and productivity and shortage of the workforce, lead to the precariousness of the service and, consequently, to the mental suffering of workers. Added to this scenario are the impacts resulting from the covid-19 pandemic, which worsen the health conditions of these professionals. Thus, the study in question aimed to understand the psychic burdens and wear and tear resulting from work in PHC in the context of the covid-19 pandemic, according to the experience of workers in the municipal health network of Botucatu (SP). For data collection, semi-structured individual interviews were used, bringing together workers from health care units of the traditional model and family health. It was decided to carry out the research with health workers from the various functions existing in the team. Six meaning cores emerged from the analysis, namely: a) Everything has changed! "Our service is turned inside out" - the pandemic imposes several changes in the organization of work, which is combined with the uncertainties regarding covid-19 and all the transformations in daily life; b) Adverse conditions: "they want the most" - precarious working conditions in health pre-date the pandemic and are exacerbated in exceptional situations; c) Difficult care relationships: "they don't understand that you're trying to protect" - the relationship with service users is permeated by mistrust and violence; d) "You swear to be faithful to your profession": commitment in the first place – commitment to the profession to the detriment of your own health; e) Consequences for workers' health: work in a pandemic situation and the impacts on the body and mind of workers; f) Solidarity and teamwork: possibilities of resistance in the midst of social and work precariousness. This research reveals that the precarious working conditions in the field of health already occurred before the exceptional situation addressed, with impacts on the health of workers; however, the pandemic intensifies the already difficult context, with additional consequences for their health. It also indicates the need for more studies related to the mental health of health professionals, especially in a context of dismantling public policies. It is worth noting, however, the importance of maintaining active social participation and strengthening collective spaces, so that it is possible to resist, preserve and regain social and labor rights. Therefore, it is expected that the research results will contribute to strategies for coping with working conditions and relationships, as well as possible interventions that can minimize or prevent consequences to the health of workers in situations similar to the one analyzed.

Keywords: covid-19; mental health and work; Worker's health; primary health care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CF 88	Constituição Federal de 1988
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PPP	Parceria Público-Privada
PSF	Programa Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Informações dos participantes da pesquisa.....	59
---	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO 1 – O TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	18
1.1 O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	25
1.1.1 Trabalho Precarizado na Atenção Primária à Saúde	29
1.1.2 O Trabalho na Atenção Primária à Saúde no Contexto da Pandemia da Covid-19	35
 CAPÍTULO 2 - SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR DA SAÚDE.....	40
2.1 CARGAS E DESGASTES MENTAIS DE TRABALHO NA SAÚDE	42
2.2 SAÚDE MENTAL E TRABALHO NA PANDEMIA DA COVID-19	48
 CAPÍTULO 3 - ABORDAGEM METODOLÓGICA	52
 CAPÍTULO 4 – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA: NOVOS MODOS DE FAZER, CUIDAR E RESISTIR	58
4.1 – APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	58
4.2 – O TRABALHO NA PANDEMIA DA COVID-19 DESVELA CONDIÇÕES DAS ATIVIDADES NA APS	60
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	112
 REFERÊNCIAS	114
 APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA	124
APÊNDICE 2 – TCLE	127

APRESENTAÇÃO

Sou assistente social formada desde 2015 pela Faculdade Sudoeste Paulista de Avaré/SP. Em 2016 tive meu primeiro contato com a Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Campus de Botucatu/SP, através do Programa de Aprimoramento Profissional em Serviço Social em Saúde Mental.

Em 2018 iniciei minha atuação profissional no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) também no município de Botucatu, no qual eu passei a colocar em prática os aprendizados da graduação e da especialização, atuando junto à equipe de saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS). Tais vivências me possibilitaram compreender, amar, valorizar e defender o Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde mental e a APS.

Escolher como tema de investigação a saúde mental de trabalhadoras e trabalhadores de saúde no contexto da pandemia da covid-19, permitiu visibilizar um trabalho tão fundamental e de profissionais muitas vezes invisíveis e que mesmo diante de condições tão precárias de trabalho, ainda resistem todos os dias, dão o melhor de si e continuam sendo a força e sustentação do SUS.

Pesquisar sobre esses trabalhadores e trabalhadoras, essa atenção em saúde e a saúde mental é poder retribuir os aprendizados adquiridos ao longo dessa jornada e também receber tantos outros diante de cada vida que se cruzou com a minha nesse processo. É tentar contribuir para a transformação de realidades, almejando que nós tenhamos não apenas reconhecimento, mas condições dignas de trabalho e de vida para alcançar nossos sonhos e sentido de nossa existência no mundo.

Hoje eu atuo em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), onde também tem sido um trabalho cheio de desafios e potências, como em qualquer serviço da rede de saúde no SUS. Mas daqui, não deixo de acreditar e desejar que a APS seja fortalecida, valorizada e ampliada. Espero que este estudo também faça sentido para você e que possamos criar juntos novas possibilidades e conquistas ao nosso SUS.

INTRODUÇÃO

Diante da situação de pandemia da covid-19 (*Corona Virus Disease*)¹ em que o mundo se encontra, é de extrema relevância o entendimento da doença e os enfrentamentos desta realidade. Desde 2019, vivenciamos uma situação sanitária extraordinária, devido à manifestação de um novo coronavírus: a síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS CoV-2). O surto ocorreu em dezembro de 2019, em Wuhan, província de Hubei, na China (HARAPAN et al, 2020; OPAS 2022) e a sua disseminação global nos leva ao terceiro ano de pandemia, apesar de esforços em todo o mundo por meio de medidas sanitárias para contenção e proteção contra a covid-19, incluindo desenvolvimento, fabricação e utilização de vacinas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recebeu a confirmação do primeiro caso de pneumonia de causas desconhecidas em 30 de dezembro de 2019 e declarou situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 30 de janeiro de 2020, devido ao aumento dos casos notificados. No Brasil, o primeiro caso de infecção por coronavírus foi notificado em 26 de fevereiro de 2020, e, poucas semanas após tal nota, foi decretada pandemia pela OMS, em 11 de março de 2020 (BRASIL, 2021; CRODA e GARCIA, 2020; CAVALCANTE, 2020). Assim, manifestaram-se muitos impactos na vida das pessoas, nos sistemas de saúde e no âmbito socioeconômico (MENESES, 2020).

A covid-19 é uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS CoV-2, com alto nível de transmissão, podendo gerar desde quadros assintomáticos leves (cerca de 80% dos casos), até casos gravíssimos, caracterizados como Síndrome Respiratória Aguda Grave – quando ocorrem maiores complicações clínicas, com necessidade de tratamento hospitalar do infectado. A doença pode ser transmitida por contato direto com pessoas ou objetos contaminados, através de gotículas respiratórias, disseminadas a exemplo de tosse ou espirro, ou transmissão por aerossol, em que são as gotículas menores que podem ficar suspensas no ar por horas (BRASIL, 2021; OPAS, 2022). Ao decorrer da pandemia, outras variantes foram e continuam sendo identificadas, tal como Ômicron, Alfa, Beta, Gama e Delta, sendo que se encontram em circulação e causam preocupações (OPAS, 2022; CASCELLA et al, 2022). As novas variantes podem apresentar características

1 Covid 19: Doença do Coronavírus que se iniciou em 2019.

diferenciadas e mantêm a Saúde Pública em estado de alerta, vide prejuízos como maior transmissibilidade ou virulência, redução da neutralização do vírus e da eficácia das terapêuticas ou da vacinação (CASCELLA et al, 2022). Cascella et al (2022) pontuam que as medicações hidroxicloroquina, cloroquina, Lonivanir/Ritovanir e Ivermectina são medicamentos que não impediram a infecção por SARS-Cov-2, e não apresentaram melhoras significativas no tratamento da covid-19, conforme estudos realizados.

No Brasil, uma problemática vivenciada e amplamente divulgada nas mídias foi a disseminação de informações falsas e não embasadas cientificamente quanto aos tratamentos contra a covid-19. Tais informações enganadoras foram, por vezes, disseminadas pelo presidente da república e seus apoiadores, que, desde o início da pandemia, defenderam o ‘tratamento precoce’ (conjunto de medicações, entre elas a hidroxicloroquina e ivermectina), gerando divisão na opinião da população diante de notícias sem evidências, bem como aumentando o risco à saúde pública brasileira.

Segundo os dados notificados à OMS até 14 de junho de 2022, as mortes causadas pela covid-19 ultrapassam 6 milhões no mundo. Já no Brasil, neste mesmo período, as mortes chegavam a 668.110 (OMS, 2021).

No Brasil, assim como em outros países, foram identificadas situações de violência laboral de toda espécie direcionadas aos profissionais da linha de frente na situação de pandemia da covid-19, tais como agressões físicas e verbais, assédio, xingamentos e discriminação desferidos pela população em geral e nas relações de trabalho. Nos locais de ofício, já ocorriam violências anteriormente ao contexto de pandemia, porém intensificaram-se, possivelmente pelo medo do contágio e pela construção da ideia de que os profissionais em questão podem disseminar mais facilmente o vírus, ou também decorrente da não aceitação dos usuários e/ou familiares quanto às orientações postas durante o atendimento e tratamento da doença (AYDOGDU, 2020; RIBEIRO; ROBAZZI; DALRI, 2021). Ocorreram também violências por alguns governos (por exemplo na China, Índia, Reino Unido, Estados Unidos), com imposições e ameaças caso os trabalhadores de saúde relatassem sobre suas condições de trabalho (RIBEIRO; ROBAZZI; DALRI, 2021). Vale ressaltar, conforme aponta Aydogdu (2020), que a falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) se caracteriza como uma violência institucional e governamental, e que a ausência desses equipamentos foi observada em diversos países.

Desde o início da pandemia, protocolos e orientações foram elaborados para os trabalhadores de saúde. Ações que objetivaram a minimização dos impactos do novo vírus, bem como orientações para o manejo adequado dos casos, pontuando a importância das medidas de isolamento e distanciamento social, uso adequado de EPI's, medidas básicas de higiene, meios para lidar com as condições clínicas dos usuários, encaminhamentos necessários conforme gravidade do caso e oferta de cursos de capacitação. As medidas visaram evitar a disseminação do vírus e o elevado índice de gravidade dos casos, de modo a driblar, conseqüentemente, a sobrecarga dos sistemas de saúde (BRASIL, 2020a; SANTOS; SANTOS, 2021), que foram afetados no âmbito mundial diante dos milhões de casos confirmados da covid-19 (PRADO et al, 2020).

Em diversos países, assim como no Brasil, as ações de saúde no contexto da pandemia inicialmente ficaram concentradas em destinar recursos ao âmbito hospitalar, através de ampliação e aquisição de leitos e respiradores pulmonares para o enfrentamento dos casos já agravados. Porém a Atenção Primária à Saúde (APS)² também possui papel fundamental na pandemia, quanto ao controle das altas taxas de transmissibilidade e contágio, por meio das medidas de distanciamento social, isolamento e vigilância, com ações dentro da lógica territorial e comunitária (MEDINA et al, 2020; MENESES, 2020). Neste contexto, as ações realizadas na APS são essenciais para o enfrentamento da pandemia da covid-19 e possuem potencial contribuição para a minimização das sobrecargas da atenção hospitalar (GOIS-SANTOS et al, 2020; OLIVEIRA et al, 2021; SANTOS; SANTOS, 2021).

A APS está presente em sistemas de saúde de todo o mundo, com organização diversa em cada país, contudo desenvolvendo ações em resposta às crises de saúde pública e também proporcionando maior resolutividade dos casos, sendo responsável pela coordenação do cuidado e ordenação da rede de saúde. Efetiva, assim, a acessibilidade, o cuidado continuado e o atendimento às necessidades de saúde da população (PRADO et al, 2020; OLIVEIRA et al, 2021).

2 Com os Movimentos da Reforma Sanitária Brasileira, buscou-se a utilização do termo "Atenção Básica à Saúde" ao invés de "Atenção Primária à Saúde", a fim de uma diferenciação ideológica, porém, como destaca Giovanella (2018), ambos os termos possuem imprecisões. Neste estudo utilizaremos "Atenção Primária à Saúde" devido ao seu reconhecimento internacional e considerando que pela Política Nacional da Atenção Básica, os termos são equivalentes.

O Brasil foi apontado junto de Canadá, Portugal, Reino Unido e Espanha pela eficácia da APS neste contexto. Entretanto, tal fato não significa que todos conseguiram conduzir a pandemia da covid-19 com ações e respostas rápidas. No Brasil, com os subfinanciamentos e as desigualdades nas distribuições dos recursos regionais e locais, evidenciou-se, durante a pandemia, as dificuldades que a APS vem enfrentando para exercer sua função de forma efetiva e resolutiva, necessitando ressaltar também que este ponto da rede de atenção não foi a porta de entrada para a amenização dos impactos da doença no país. Os países que potencializaram a APS definindo metas, garantindo o acesso e a cobertura, e que vivenciaram situações epidêmicas anteriores, como Cingapura, tiveram melhores respostas neste contexto (PRADO et al, 2020).

Sabe-se também que a distribuição do acesso aos serviços de saúde é desigual no mundo e que há países, principalmente os mais pobres, que não têm profissionais em número suficiente para abarcar as necessidades da população e também não possuem acesso a serviços de saúde de forma igualitária, tendo sido essa uma das maiores preocupações da OMS ao declarar a pandemia da covid-19 (OIT, 2022a). Preocupação já existente pré-pandemia, pois o número inadequado de profissionais da saúde, somado às condições precárias de trabalho (sem acesso a EPI's, a direitos trabalhistas, à segurança e à saúde ocupacional), podem dificultar o manejo cotidiano e em situações de surtos, epidemias e pandemias, tanto na qualidade dos serviços prestados, quanto no acarretamento de impactos à saúde desses trabalhadores.

Diante do exposto, transparecem as dificuldades vivenciadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e na APS, em particular, referentes às questões organizacionais e de gestão, que impactam diretamente na população usuária e nos trabalhadores do sistema de saúde.

Neste contexto, os prestadores de serviço da saúde enfrentam, desde o início da pandemia, diversos impactos em sua saúde física e mental, decorrentes, por exemplo, das altas exigências, duras rotinas e desconhecimento das causas e consequências do coronavírus. Na APS, em particular, são acrescidas nessas vivências as condições de trabalho precarizado, com as quais os colaboradores vêm se deparando ao longo dos anos. Todo esse pano de fundo pode gerar adoecimento ao trabalhador, através de cargas fisiológicas e psíquicas, as quais geram desgastes de diversas ordens. Sentimentos como

medo, tristeza e preocupação, sintomas ansiosos, estresse e depressão são destacados nesses momentos.

Tal situação suscitou diversas perguntas que motivaram a presente pesquisa, a fim de compreender as cargas e desgastes que esse trabalho tem gerado nos trabalhadores da APS: todos os profissionais estavam preparados para lidar com os novos modos de trabalho?; haviam ou há estrutura para o cumprimento de algumas exigências e adaptações?; ocorreu capacitação adequada para os trabalhadores da saúde?; com a intensidade do trabalho e as diversas campanhas de vacinação esses profissionais conseguiram usufruir do seu direito a folgas e descansos?; como a situação extraordinária de trabalho afeta/afetou a saúde mental dos trabalhadores da saúde?

Neste sentido, justifica-se o presente estudo visando ampliar o conhecimento sobre a saúde dos trabalhadores da área em questão, contribuindo na construção de estratégias de intervenção para prevenir ou minimizar a sua carga mental, e, conseqüentemente, a sobrecarga emocional, e as doenças decorrentes do trabalho em situações semelhantes. Assim, considera-se pertinente a investigação da vivência dos profissionais da saúde no contexto da pandemia da covid-19, a qual ampliou as cargas e desgastes no trabalho.

Objetivo

Compreender as cargas e desgastes psíquicos decorrentes do trabalho na Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia da covid-19, conforme a vivência de trabalhadores da rede municipal de saúde de Botucatu (SP).

CAPÍTULO 1

O TRABALHO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS é um dos frutos das lutas sociais incorporadas na Constituição Cidadã³, tendo sido possibilitado mediante movimentos como o da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), iniciado nos anos 1970. Tal movimento requeria a democratização da Saúde, compreendendo-a como direito universal de cidadania diante da determinação social do processo saúde-doença, no contexto da redemocratização do país. Objetivava, assim, conquistas de melhorias nas condições de vida e saúde da população e não apenas um sistema público de saúde universal. Algumas das pautas trazidas pela RSB eram referentes à democratização do acesso à saúde, descentralização das decisões nas políticas, bem como a garantia da participação e do controle social neste processo. Assim, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), ocorrida em 1986, muitas foram as propostas de mudanças, oriundas das ideias dos movimentos sociais da época, almejando uma compreensão da saúde em sua totalidade e incluindo seus determinantes sociais, servindo de base, as resoluções desta Conferência, para o texto constitucional que começa a ser discutido em 1987 (CARDOSO; CAMPOS, 2013; SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

A Constituição Federal de 1988 (CF 88) compreende a Saúde como direito do cidadão e dever do Estado e institui a Seguridade Social, a fim de garantir a Saúde, Previdência e Assistência Social. No que tange à Saúde, a legislação corrobora que todo cidadão tenha seu acesso universal e igualitário aos serviços, com ações em saúde que possibilitem sua promoção, prevenção e recuperação (BRASIL, 1988). A garantia de acesso a esse direito é possibilitada pelo SUS, o qual é pautado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade (MACINCO; MENDONÇA, 2018; GOIS-SANTOS et al, 2020; NASCIMENTO et al, 2020).

Embora a RSB tenha alcançado importantíssimos ganhos à Saúde Pública brasileira ao conseguir a inscrição do direito à Saúde na CF 88, com a implantação de políticas e programas bastante efetivos e a ampliação da participação social, esses avanços perderam força, não conseguindo efetivar a plena atuação de um SUS universal e

³ A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, um marco da finalização do período de ditadura militar, é chamada de “Constituição Cidadã” por garantir direitos diversos aos brasileiros e assinalar a retomada do processo democrático do país.

igualitário, conforme proposto na 8ª CNS (SOUZA et al, 2019). Tal fato parece decorrer da disputa do setor privado pelos recursos públicos e sua inserção nas ações e serviços de saúde, uma vez que com as reformas neoliberais são intensificadas as privatizações e prevalecimentos financeiros externos, colidindo com o proposto pelo movimento de RSB (CARDOSO; CAMPOS, 2013; SOUZA et al, 2019; MENEZES et al, 2020). A participação da iniciativa privada mesmo que de forma complementar no SUS, conforme previsto na CF 88, pode acarretar em barreiras para a efetivação de um sistema de saúde público e universal, uma vez que somados aos ajustes fiscais e reformas administrativas que vem ocorrendo nos últimos anos, o financiamento do SUS se torna ineficiente (CARDOSO; CAMPOS, 2013), a gestão da força de trabalho fica limitada e com os gastos para contratações restritos (CARDOSO; CAMPOS, 2013; DRUCK, 2016), desqualificando e desvalorizando esses trabalhadores e trazendo uma argumentação de maior eficiência das instituições privadas em relação aos serviços públicos (DRUCK, 2016), propiciando assim a participação de Organizações Sociais de Saúde (OSS), Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs) e das Parcerias Público-Privadas (PPPs) no âmbito do SUS (CARDOSO; CAMPOS, 2013). Ações de iniciativa privada e filantrópicas no SUS acabam ocupando o vácuo de um sistema que não consegue cumprir seu princípio de universalidade, evidenciando a postura neoliberal no Estado brasileiro de minimizar a aplicação de recursos financeiros em serviços da administração direta e potencializar as ações da iniciativa privada e planos de saúde (FUNCIA, 2019; SOUSA et al, 2017).

Destaca-se que as políticas públicas são planejadas e executadas conforme a conjuntura vivenciada em determinado contexto socioeconômico e político e, atualmente, encontram-se ameaçadas em âmbito mundial, visto que estamos diante de um sistema econômico de cunho neoliberal (MENEZES et al. 2020). No Brasil, os congelamentos de gastos tornam clara essa visão de inviabilidade das políticas sociais para a economia, cominando na degradação e desmonte dos princípios e estrutura do SUS (FUNCIA, 2019; SOUZA et al, 2019; MENEZES et al, 2020). Assim, a situação atual do sistema de saúde brasileiro não é meramente resultado das ações governamentais, mas também das determinações estruturais de um sistema capitalista com prevalecimento financeiro (SOUZA et al, 2019).

Essas novas formas de estruturação do capitalismo acompanhado dos processos tecnológicos contemporâneos, atingem o trabalho vivo e suas ações em produção de

cuidado (MERHY, 2002). Destaca-se aqui, de forma bastante resumida, que o trabalho vivo pode ser compreendido como o trabalho criador, o processo de ação. Enquanto que o trabalho morto, são as ferramentas e matérias-primas utilizadas para realização de determinado trabalho, ou seja, produtos de processos anteriores realizados por outras pessoas. Compreender tais conceituações, contribui para o entendimento do trabalho desenvolvido na área da saúde, uma vez que este é centrado no trabalho vivo, ou seja, o trabalho em ato, onde a produção do cuidado acontece diante das escolhas de como será realizado, através dos procedimentos, escutas, relações com o usuário, dentre outras. Deve-se ressaltar que os processos de trabalho no âmbito da saúde possuem características um pouco distintas e muito próprias (FRANCO; MERHY, 2013). Embora tenha características comuns a qualquer outro trabalho humano, o da saúde é considerado serviço, pois não possui apenas caráter econômico de produção de bens materiais. Tal trabalho gera efeito útil ao indivíduo, porém considera suas necessidades particulares, subjetivas e pressupõe a inter-relação e participação do sujeito neste processo (BARROS; FILHO; GOMES, 2012).

Considerando que um dos objetivos do sistema de saúde é solucionar os problemas/necessidades de saúde através de ações integrais, torna-se fundamental olhar para as ações e tecnologias empregadas no âmbito da Saúde, que se constitui do objeto, dos meios de trabalho (materiais ou não materiais) e o trabalho em si, bem como das relações sociais e técnicas entre os agentes-sujeitos (PAIM, 2012). Pontua-se ainda que as novas modelagens tecnológicas e base profissional da medicina não são as principais alterações na produção do cuidado em saúde, mas sim as que devem ocorrer no terreno das tecnologias leves e leves-duras. Merhy (2002) caracteriza assim as tecnologias utilizadas no trabalho da Saúde: I- duras: estruturas organizacionais, máquinas-ferramentas; II- leves-duras: prontuários, epidemiologia, questionários; III- leves: tecnologia das relações – acolhimento, vínculo, escuta, diálogo, responsabilização. No trabalho em saúde a autonomia do trabalho vivo é ampla e o seu modo de produção imediato, visando atender às necessidades do usuário, sejam elas de carência ou de potência. Tais indivíduos desejam defender a sua saúde e seus modos de caminhar na vida. A tecnologia leve neste serviço é fundamental, visto que deve proporcionar diante dos encontros entre profissional e usuário a produção de escuta, responsabilização dos problemas a serem enfrentados, trocas, vinculação e aceitação. No entanto, a relação

adequada entre as três tecnologias é que podem contribuir para a qualidade do sistema e da atenção à população (FRANCO; MERHY, 2013).

Brito et al (2011) consideram que o trabalho em saúde está orientado por diversas normas e pontuam que as antecedentes correspondem não apenas a protocolos, regras e tecnologias empregadas nas atividades que serão exercidas na situação de trabalho, mas a todo um aparato histórico, cultural, político, dentre outros que determinam uma sociedade específica, ou seja, ao que já está disponível antes mesmo da realização das atividades, e que estas podem ser mudadas ao decorrer do processo, trazendo uma renormatização. Os autores mostram que há um conjunto de normas que determinam o trabalho nos serviços de saúde, sendo elas: normas técnicas, científicas e culturais (códigos de ética, diretrizes e princípios do SUS, dentre outras); normas ligadas ao planejamento e à organização (atribuições e rotinas, recursos, metas e indicadores, tecnologias disponíveis e outras); normas ligadas ao trabalhador e coletivo do trabalho e normas ligadas aos usuários (demandas, exigências e expectativas). De modo geral, tais normas trazem um tanto dos valores individuais e coletivos que são empregados nessa atividade, ou seja, não há uma dissociação dos valores e vivências desse trabalhador ao realizar uma ação, e mesmo que hajam protocolos e regras pré-estabelecidas, a singularidade de cada indivíduo e a sua compreensão sobre tais normas permanecem presentes na atuação e nas formas que se relacionam no trabalho. Tratam também da organização do processo produtivo e os recursos existentes (tanto econômicos, quanto técnicos), o quanto esses profissionais fazem o uso de si para a execução desse trabalho e pontuam que os usuários trazem demandas, exigindo certa criatividade, troca e interação. Assim, compreende-se que o trabalho em saúde é dinâmico, complexo e paradoxo, pois enquanto um vazio de normas pode propiciar uma maior autonomia nas escolhas e cotidiano do trabalho, a ausência também pode acarretar em risco à saúde, como sentimento de solidão e sobrecarga.

O trabalho nos serviços públicos de saúde envolve sempre um encontro de saberes e fazeres, ou seja, um encontro entre as normas de vida e trabalho de cada participante singular do processo. Há, também, normas coletivamente construídas, materializadas nas regras que são acordadas pelos trabalhadores. E mais que isso, os trabalhadores precisam criar redes, normalmente invisíveis, para viabilizar ações [...] (BRITO et al, 2011, p.33).

As práticas em saúde vão ocorrer conforme as necessidades sociais, utilizando-se de instrumentos que acompanhem essas transformações no cotidiano da organização

(AMARAL et al, 2021). Ou seja, as questões estruturais emergentes do sistema capitalista e os modos de organização do trabalho em saúde, atingem os trabalhadores e os seus modos de produzir este cuidado. As exigências frequentes nos serviços de saúde desconsideram muitas vezes o trabalho vivo, dificultando a execução das tecnologias leves, como por exemplo: escuta, criação de vínculo com os usuários e criação de espaços participativos. Outro ponto que torna ineficaz o uso dessas tecnologias leves conforme Amaral et al (2021) em suas observações direcionadas ao processo de trabalho da APS, é a falta de comunicação entre gestão/profissional/usuário, tornando as relações permeadas por desencontros e ineficácia, seja na relação entre a própria equipe, por exemplo, ao não abordar sobre os fluxos, competências e atribuições individuais e coletivas, o que pode acarretar no desconhecimento e conseqüentemente na sobrecarga de determinados trabalhadores, como também em relação às informações passadas aos usuários, o que pode sobrecarregar a equipe, devido à escassez de informações claras e precisas à população sobre a funcionalidade e objetivos do serviço.

Muitos militantes dos movimentos sanitários debatem que para transpor o modelo médico hegemônico – caracterizado como compreensão biomédica do processo saúde-doença, assistência centrada em hospitais e no profissional médico - faz-se necessário que as organizações de saúde atuem de forma coletiva, com processos de trabalhos partilhados e centrados no usuário, construindo assim, vínculo entre os usuários e trabalhadores (MERHY, 2002). Amaral et al (2021) ressaltam que, muitas vezes no cotidiano do trabalho na saúde, as práticas são direcionadas ao modelo biomédico, o que diverge do proposto na APS, tendo como um dos desafios nesse espaço o reconhecimento de seus papéis e de ações focadas na integralidade do cuidado. Paim (2012) ao tratar sobre os modelos de atenção, aborda a necessidade da análise crítica aos modelos hegemônicos, trazendo propostas alternativas com a perspectiva de atenção integral, não para que se encontre um modelo ideal a ser seguido, mas propondo modos e organização desses cuidados individuais e coletivos, considerando as diversidades regionais e as distintas realidades postas em nosso país. Ou seja, tornam-se necessárias rupturas do cuidar tradicional e fragmentado, a fim de considerar as determinações sociais do processo saúde-doença e com relações de trabalho mais horizontalizadas e cooperativas, visto que, no ambiente de trabalho podem ser observadas as relações interprofissionais e todas as suas formas de disputa, afetos, acordos, entre outras, compreendidas como micropolítica que reproduzem a macropolítica, isto é, as questões estruturais da organização na

sociedade. O trabalho em saúde quando realizado de forma colaborativa traz resultados positivos tanto no âmbito organizacional, quanto na atenção integral aos usuários (MAZZA et al, 2020).

Outro aspecto que não deve ser ignorado em relação ao trabalho na saúde é o de gênero, uma vez que se trata de atividade majoritariamente exercida por mulheres e a invisibilidade das mesmas é ainda recorrente na sociedade. Sabe-se da complexidade do tema e da impossibilidade em esgotá-lo neste estudo, no entanto, é fundamental ressaltar e ampliar a visibilidade dessas trabalhadoras que se encontram em constante luta nesse processo por reconhecimento, valorização e condições dignas de trabalho.

Conforme Aquino, Menezes e Marinho (1995), a mulher ao ser inserida no mundo do trabalho durante a Revolução Industrial, apresentava uma atividade, cujo objetivo era complementar a renda familiar e, mesmo diante das mudanças no decorrer dos anos, ela ainda se encontra inserida em espaços ocupacionais com desigualdades em relação aos homens, em ambientes laborais com baixa remuneração e prestígio, trazendo nessas distinções a ideia de que a atividade exercida pelo homem é “fundamental e o trabalho da mulher complementar” (AQUINO; MENEZES; MARINHO, 1995, p. 283), além de estar inserida em condições precarizadas e de desigualdade, são sobrecarregadas exercendo as duplas ou triplas jornadas.

A predominância do sexo feminino trabalhando na saúde decorre da determinação histórico-cultural da mulher exercer o papel de cuidado ao outro e das características consideradas tipicamente femininas, como de delicadeza, paciência e dedicação, necessárias neste tipo de atividade. Conforme Saffioti (2015) em sua análise sobre a ordem patriarcal na sociedade capitalista, poucas são as mulheres que questionam sua inferioridade social. Nessa relação de poder, as mulheres são intensamente prejudicadas, embora as consequências do machismo também atinjam negativamente os homens. Neste sentido, os homens acabam sendo socialmente estimulados a exercer condutas que revelem “força e coragem” (SAFFIOTI, 2015, p. 37), enquanto as mulheres devem ter comportamentos “dóceis, cordatos, apaziguadores” (SAFFIOTI, 2015, p. 37).

Como já se mostrou, o patriarcado, com a cultura especial que gera e sua correspondente estrutura de poder, penetrou em todas as esferas da vida social, não correspondendo, há muito tempo, ao suporte material da economia de oikos (doméstica). De outra parte, o capitalismo também mercantilizou todas as relações sociais [...] (SAFFIOTI, 2015, p. 134)

Barbosa et al (2012) complementam que esses estereótipos socialmente construídos atribuem às mulheres os trabalhos relacionados ao cuidado e os com características de cunho doméstico. Assim, acabam sendo atividades desvalorizadas dentro da lógica capitalista, intensificando a inserção de mulheres nesses trabalhos, principalmente no contexto de desregulação de direitos trabalhistas, fragilização das políticas sociais e com prevalente precarização.

Na Saúde, com a necessidade de apoio para a realização do tratamento e reabilitação, a enfermagem passa a ter espaço nos hospitais para a realização desse cuidado, tendo na construção de sua profissão a inclusão das mulheres, que saem do espaço privado para o público decorrente de suas qualidades tipicamente femininas, ao invés de um viés de qualificação, não obtendo assim, uma valorização e reconhecimento social, pois são qualidades já pré-estabelecidas e naturalizadas como sendo típicas do ser feminino (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011). Vale destacar, conforme Araújo e Rotenberg (2011), que as questões de gênero são de suma importância para a compreensão da divisão sexual do trabalho na saúde, uma vez que a área da enfermagem tem o trabalho típico do cuidado e é predominantemente composta por mulheres, enquanto na medicina, suas práticas são de tratamento e marcada pela representatividade masculina, denotando que o trabalho na saúde possui ainda uma estrutura e processos de subordinação e inferiorização. Tal característica, construída historicamente, parece, no entanto, estar em processo de mudança, visto que a última demografia médica (2020), disponível no portal do Conselho Federal de Medicina (CFM), aponta que ao longo dos anos, tal discrepância tem perdido forças e a partir dos anos de 1980 a inserção das mulheres na medicina tem subido gradativamente e atualmente equivale a 46,6% da categoria profissional, enquanto os homens representam 53,4% (CFM, 2022).

Visto como se constituiu o SUS, como são os processos de trabalho neste sistema e algumas das principais características do trabalho em saúde, tal como: o trabalho vivo, as diversas tecnologias empregadas no cotidiano, bem como a marca de gênero majoritariamente feminino na divisão sexual do trabalho neste setor, dar-se-á sequência buscando compreender o trabalho na APS, nível de atenção protagonista neste estudo.

1.1 – O TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para a compreensão do trabalho na APS no âmbito do SUS faz-se necessária a apresentação do contexto atual da organização e estrutura deste nível de atenção à saúde.

A APS é fundamental para a organização do sistema de saúde, mediante sua dimensão integradora que se dá através de sua coordenação do cuidado dos usuários e ordenação da rede de saúde. Vale lembrar que a APS é a porta de entrada para este sistema e possibilita o cuidado de base territorial e longitudinal, portanto, mesmo que os usuários perpassem por outros pontos de atenção da rede, são as equipes da APS que os acompanham de forma permanente. No entanto, com a atual política de atenção e novos regulamentos, a APS vem enfrentando um desmonte no seu modelo que impacta não apenas na qualidade dos serviços prestados aos usuários do SUS, mas também na saúde de seus trabalhadores.

Há décadas vem-se tratando sobre promoção e prevenção em saúde no mundo. No ano de 1920, no Reino Unido, houve a elaboração do Relatório Dawson, um dos primeiros registros com ideia da APS organizada de forma territorializada e regionalizada (LAVRAS, 2011), mas foi durante a Conferência Internacional de 1978, ocorrida em Alma Ata, que se destacou a importância dos cuidados em saúde na atenção primária. Nessa Conferência, evidenciou-se a urgência em estabelecer estratégias governamentais para a ampliação do cuidado em saúde, garantindo uma APS universal, integral e equânime (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018), bem como reafirmou-se a Saúde enquanto direito fundamental e uma das metas mais importantes para minimizar as desigualdades e contribuir para a melhoria nas condições de vida da população mundial (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Em 1991, estudos de Starfield contribuíram nesse processo e trajetória da APS impulsionando-a enquanto potente na prestação do cuidado integral e de contato inicial do indivíduo com o sistema de saúde, juntamente possibilitando a longitudinalidade e coordenação do cuidado dentro da lógica comunitária (LAVRAS, 2011; FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). Destaca-se que a priorização da APS nos países resulta em melhores indicadores de saúde, na redução de internações hospitalares e das desigualdades socioeconômicas no âmbito da saúde (MACINKO; MENDONÇA, 2018; SOUZA et al, 2019).

No Brasil, a APS tem se mostrado bastante efetiva em diversos pontos, dentre eles: na redução da sobrecarga dos serviços hospitalares, na redução das taxas de

mortalidade infantil e maior acessibilidade e aderência dos usuários aos serviços de saúde (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). Estas conquistas se ampliaram com adoção da Saúde da Família enquanto modelo de atenção e estratégia de reorganização das ações e qualidade da APS no SUS, a partir da publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 (MACINKO; MENDONÇA, 2018). A estratégia de Saúde da Família está mais próxima das ideias de Starfield, diferenciando-se dos modelos tradicionais (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018), inserida em momento histórico de reorganização do sistema de saúde público brasileiro centrado no cuidado integral, enfrentando o padrão biomédico, visando assim, construir formas de cuidado em saúde mais humanizadas e resolutivas, concernentes aos princípios do SUS (FERTONANI et al, 2015).

A APS no SUS está definida como:

(...) o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017, art. 2º)

A PNAB anterior (de 2011) em sua portaria nº 2.488, evidenciava logo no início, em seus princípios e diretrizes gerais, que a atenção básica deveria desenvolver uma atenção integral que “impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2011), o que foi suprimido na versão de 2017 (BRASIL, 2017), aparentando uma mudança no direcionamento quanto ao modelo e objetivo neste nível de atenção à saúde. A PNAB estabelecida pela Portaria nº 2.436, 21 de setembro de 2017, com revisão de diretrizes na organização da atenção primária, trouxe também conteúdo sobre a infraestrutura, ambiência e funcionamento das unidades.

Na lógica do sistema de saúde a APS deve ser o principal acesso do usuário e ter um elevado nível de capilaridade e descentralização. Espera-se que exerça a clínica ampliada (como forma de se tornar resolutiva às demandas em saúde apresentadas), coordene o cuidado e ordene as redes de atenção conforme as necessidades dos usuários, dando continuidade em seu cuidado (BRASIL, 2012), bem como realize suas ações conforme as necessidades da população, garantindo um espaço com escuta qualificada e humanizada às demandas espontâneas, além de desenvolver atividades como: atendimentos clínicos individuais; grupos terapêuticos; educação em saúde; pequenos

procedimentos e exames; atendimentos compartilhados; discussões de casos; ações de vigilância; dentre outras (MENEZES et al, 2020; PRADO et al, 2020).

Além da compreensão da Saúde da Família como principal estratégia do modelo, o apoio matricial foi um dos recursos incorporados, a fim de minimizar a fragmentação desta atenção, possibilitando que profissionais de diversas áreas e saberes ofereçam retaguarda especializada à equipe de referência da unidade básica de saúde, seja, através do apoio assistencial ou técnico-pedagógico. Tal proposta de gestão do trabalho em saúde, visou ampliar a realização da clínica ampliada e a resolutividade da Saúde da Família, sendo as principais ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) os atendimentos compartilhados, discussões de casos e ações territoriais junto às equipes de referência (CUNHA; CAMPOS, 2011).

As concepções e princípios que nortearam a estruturação da APS até um certo momento histórico foram, no entanto, corrompidas a partir de 2016. A publicação da PNAB (BRASIL, 2017) e a instituição do programa Previne Brasil de 2019 (BRASIL, 2019) são exemplos deste processo, visto que modificam formas de repasse de recursos financeiros do Ministério da Saúde aos municípios, promovendo desmonte da estrutura e da composição de equipes interdisciplinares na APS. Fica a critério dos gestores municipais a inclusão ou não de equipes Nasf-AB e de saúde bucal (MENEZES et al, 2020), significando que deixou de existir uma prioridade para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e ampliação do apoio multiprofissional em uma lógica colaborativa. Na prática o Nasf-AB deixa de ter financiamento federal, ficando a cargo exclusivamente do município, o que gera dificuldades de manutenção das equipes multiprofissionais. Há uma aparente autonomia de gestores municipais na composição de suas equipes e em seus arranjos (MAZZA et al, 2020, BRASIL, 2020b), porém, autonomia sem recurso financeiro é precarização do sistema. Diante da atual conjuntura do SUS, com carência de recursos financeiros e modificação nos modos de repasse e de modelo assistencial, o Nasf-AB pode ter sua lógica de apoio matricial afetada (MAZZA et al, 2020).

Desde o início de sua implantação o SUS enfrenta diversas dificuldades, sendo palco de disputas políticas internamente, quanto ao modelo de atenção por exemplo, e também externamente, quanto ao seu caráter universal e o seu financiamento. O momento é de acirramento de tais dificuldades, o que afeta diretamente a APS, que vem se deparando com congelamentos e recursos insuficientes, o que dificulta a efetivação de sua função de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção (SANTOS NETO et al, 2017; MEDINA et al, 2020).

Segundo Harzheim et al (2020), desde a instituição da Lei nº 8.080/1990 o SUS vem passando por transformações em suas formas de custeio. Os autores assinalam que, em relação à APS, a Norma Operacional Básica (NOB) 01/1996 propunha o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável, “sendo o fixo com base em valor per capita e o variável relativo a adesão a programas específicos” (HARZHEIM et al, 2020, p.1362), e que a forma de financiamento aprovada em 2019 aborda um modelo misto, pautado na capitação ponderada (quantidade de pessoas cadastradas nos serviços da APS e ponderada por critérios de equidade), incentivo para ações estratégicas, pagamento por desempenho e provimento de profissionais de saúde.

As atuais regras do financiamento federal do SUS poderão ocasionar impactos negativos ao sistema, particularmente na APS, descaracterizando os princípios do mesmo, uma vez que a nova política incentiva os repasses financeiros apenas para população cadastrada. Há diversidades regionais e econômicas nos municípios que enfrentarão dificuldades na efetivação deste cadastro, principalmente nas áreas mais vulneráveis e populosas, restringindo ou criando barreiras de acesso aos usuários e deve-se considerar também que o estímulo por produtividade nos serviços de saúde poderá acarretar a descaracterização da integralidade no cuidado e redução da qualidade nos serviços prestados (MASSUDA, 2020), transformando a rede de APS em simples conjunto de serviços de pronto atendimento.

A interdisciplinaridade se faz importante para a consolidação dos princípios do SUS, mas também para as relações interpessoais e organizacionais dos trabalhadores, e entre os trabalhadores e usuários. É necessário que os profissionais dialoguem, se escutem e entrem em um consenso para suas ações em equipe, bem como com os usuários, os quais devem ser sujeitos atuantes e participantes da gestão do sistema, da promoção de saúde e do seu tratamento, quando este é necessário. Assim, os modos de se fazer saúde de forma mais humanizada, integral, compartilhada e compreendendo as múltiplas necessidades do usuário, pode trazer ganhos para ambos os atores (MATOS; PIRES; SOUSA, 2010).

Para que os cuidados realizados na atenção primária sejam resolutivos e de qualidade é de suma importância a responsabilização, formação, envolvimento, compreensão e a criação de vínculos. Exercer essa forma de trabalho em saúde se faz nas transformações dos processos de trabalho, sendo necessária a criação de espaços

participativos, reflexivos e democráticos para que ocorram essas transformações nas equipes, além da construção de espaços participativos entre usuários, profissionais e gestão para a melhor qualidade nos serviços prestados e preservação da saúde de seus trabalhadores (DIAS, 2013).

A partir do exposto, sobre a organização da APS, sua importância no SUS e o momento de desmontes das políticas públicas e de subfinanciamento do sistema de saúde público, discute-se a seguir a precarização do trabalho na APS.

1.1.1 - Trabalho Precarizado na Atenção Primária à Saúde

Como vimos anteriormente, a APS assim como o SUS de modo geral, vem sofrendo grandes impactos decorrente dos subfinanciamentos e da mercantilização da saúde. Neste sentido, precisamos adentrar brevemente na história para compreender como iniciam as mudanças nos modos de organização e gestão contemporâneos e como tais mudanças atingem os serviços públicos de saúde, em específico os da APS. Tem ocorrido nas últimas décadas a passagem do gerenciamento de serviços públicos por instituições filantrópicas do terceiro setor, como as OSS, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs) ou cooperativas de saúde que compõe as relações na Parceria Público-Privada (PPP), caracterizando processos de privatização e precarização do trabalho no SUS, o que gera consequências nas relações trabalhistas, na saúde dos trabalhadores e na qualidade da prestação de serviços aos usuários.

Sabe-se que durante a Revolução Industrial, as condições de trabalho eram péssimas, com alto índice de acidentes de trabalho e nenhum direito trabalhista que assegurasse o bem-estar físico e mental dos trabalhadores. Esse cenário tomou diferentes formas ao longo da história, mas manteve sua base principal, a exploração dos trabalhadores pelo capital (MERLO; LAPIS, 2007). Nos anos de 1970, países que implementaram políticas públicas de pleno emprego e vivenciaram o Estado de Bem-Estar Social, possibilitaram aos trabalhadores que realizassem planos a longo prazo e maior estabilidade no emprego (DRUCK, 2011). Situação diferenciada nas novas organizações e gestões do capitalismo contemporâneo, quando Toyotismo e acumulação flexível passam a reestruturar o processo produtivo do capital e são acrescentados novos elementos na produção e mudança nas formas de organização do trabalho (MERLO; LAPIS, 2007; ANTUNES, 2009). Neste período, a terceirização é intensificada, fomenta-

se o trabalho multifuncional, os direitos da classe trabalhadora são desregulamentados, ocorrendo o enfraquecimento dos sindicatos, além de trazer em seu discurso que os trabalhadores são parceiros e participativos nos processos de trabalho, porém como uma forma de controle, a fim de preservar as “condições do trabalho alienado e estranhado” (ANTUNES, 2009, p.54), apropriando-se assim, da subjetividade do trabalhador para a utilização do capital (ANTUNES, 2009).

As transformações e etapas do capitalismo, bem como sua reestruturação produtiva, resultaram em relações e condições de trabalho ainda mais precarizadas nos dias de hoje, além de desqualificar o Estado como garantidor de direitos e políticas públicas, naturalizando-se e impossibilitando reações dos sujeitos nestes processos sociais (DRUCK, 2011).

As novas formas de inclusão no mundo do trabalho são geradoras de insegurança e instabilidade ocasionadas pelas políticas de gestão flexível. Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010) enfatizam a precarização como um processo multidimensional que pode ser caracterizado por cinco aspectos: os vínculos de trabalho e as relações contratuais, compreendendo tal dimensão como a perda de direitos e benefícios trabalhistas, o que gera desestabilização dos trabalhadores estáveis e consequentemente aumento das disputas entre estáveis e instáveis; organização e condições de trabalho, caracterizadas pela intensificação das metas, ritmos de trabalho e competitividade; precarização da saúde dos trabalhadores, com baixos investimentos à proteção dos trabalhadores; a quarta dimensão é pontuada pelas autoras como “fundamental para a consistência do tecido social” e “compreende a fragilização do reconhecimento social, da valorização simbólica e do processo de construção das identidades individual e coletiva” (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010, p.232); a quinta dimensão refere-se à vulnerabilidade da coletividade e representação sindical, fragilizando a garantia de direitos e comprometendo a organização e participação dos trabalhadores.

A terceirização, uma forma precária de trabalho que se relaciona a diversas das dimensões apontadas acima, surge como uma nova forma de organização e gestão do trabalho. A partir da terceirização se torna possível para o capital a flexibilização do trabalho, a fim de ampliar a competitividade no mercado mundial e modernizar as relações trabalhistas. No Brasil, a terceirização origina-se desde o trabalho rural, através das contratações por safra, passando a ter maior participação na estrutura produtiva e crescimento no período da indústria automobilística, tornando-se um marco nos anos 90

com a implementação das políticas neoliberais, atingindo expressivamente a área de serviços na atualidade (DRUCK, 2017).

Como consequência aos trabalhadores, a terceirização traz maiores prejuízos e adoecimentos relacionados ao trabalho, inserção e condições precárias, intensificação do trabalho mediante altas cobranças e exigências de metas, competitividade devido ao medo da perda do emprego, perda de identidade individual e coletiva, enfraquecimento dos sindicatos e movimentos sociais, além da violação dos direitos trabalhistas e sociais (DRUCK, 2011; DRUCK, 2016). Este processo decorre da fragilização dos vínculos e perdas de direitos e benefícios trabalhistas, dos processos de organização do trabalho, do enfraquecimento da saúde do trabalhador e da fragilização do reconhecimento social e político (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010).

Com o aumento da terceirização nos últimos anos, todos os setores no Brasil têm sido atingidos, especialmente os setores públicos e estatais, sendo destacadas as seguintes formas: “estágios (em empresas e bancos estatais), cooperativas (destacadamente na área de saúde) e externalização de serviços públicos (da administração direta) para empresas privadas” (FRANCO; DRUCK; SELIGMANN-SILVA, 2010, p.233). Ou seja, as terceirizações nos serviços públicos de saúde apontam para a desresponsabilização do Estado pelos serviços essenciais à população, transferindo para a iniciativa privada os recursos públicos e suas ações. Desse modo, tais instituições passam a ter caráter predominante e não mais complementar, além de que tal situação intensifica a precarização do trabalho nos serviços de saúde, através de relações trabalhistas instáveis (DRUCK, 2016; CEGATTI; CARNUT; MENDES, 2020) e ainda desqualifica e desvaloriza o funcionalismo público essencial em um Estado democrático (DRUCK, 2016). Vale ressaltar, que o incentivo ao setor privado e destinação de recursos do Estado ao privado ocorre antes mesmo da implementação do SUS, sendo observado maior expansão após a década de 1964, tal expansão das terceirizações e PPP's ampliam a lógica da mercantilização na área da saúde, visto o cunho neoliberal, trazendo desvantagens (ameaça aos direitos sociais e trabalhistas; fragmentação do sistema; alta rotatividade de profissionais, vínculos empregatícios fragilizados; dentre outras), porém em muitas falas são ressaltadas as vantagens (maior agilidade e flexibilidade na contratação de pessoas) (CEGATTI; CARNUT; MENDES, 2020). Calvalcante e Lima (2013) pontuam que os discursos de crises e da necessidade de se reorganizar a gestão e organização dos serviços públicos potencializam as privatizações, sendo notórias as articulações a partir do

governo Fernando Henrique Cardoso nos anos 1990 que passaram a concretizar a desinstitucionalização dos objetivos propostos na CF 88, a fim de minimizar a participação do Estado na garantia de direitos. Portanto, conforme pontuado por Pasqualin (2022), nota-se as disputas permanentes entre a Reforma Sanitária (visando o direito social e Estado como garantidor do mesmo) e o Projeto Privatista (de cunho mercantil e fortalecendo as privatizações e terceirizações).

Destaca-se, a partir do exposto, que o trabalho no SUS está inserido no contexto das relações de trabalho no sistema capitalista neoliberal e consequentemente apresentando características da precarização do trabalho na contemporaneidade, particularmente com a terceirização de serviços para a iniciativa privada. Tal fato atinge os serviços de saúde da APS que vêm sofrendo os impactos desse contexto que acarreta a precarização do trabalho e da assistência prestada, atingindo a saúde de seus trabalhadores.

O trabalho na APS, vem apresentando várias tipologias de precarização. Destaca-se a de condenação e descarte do trabalhador, que se caracteriza pela perda dos direitos trabalhistas decorrente de contratações instáveis, tendo demissões frequentes com a justificativa de reorganização do serviço, acarretando aos trabalhadores medo do desemprego, preocupações e ansiedade e também a intensificação do trabalho e sobrecarga dos profissionais, que acabam acumulando várias tarefas, tendo que dar conta das demandas muitas vezes reprimidas, executando suas atividades sem condições e estruturas. Um exemplo é o de enfermeiras que cumprem o papel de gerência e de assistência em unidades de saúde. Outro ponto é a falta de identificação individual e coletiva que pode ocorrer devido aos vínculos contratuais frágeis, o que traz danos aos trabalhadores que não conseguem ter um planejamento a longo prazo e até mesmo aos usuários que se preocupam com a quebra de vínculo, ocasionada pela rotatividade de trabalhadores nas unidades de saúde (DAMASCENA; VALE, 2020). Ou seja, a degradação do SUS, diante dos recursos financeiros e orçamentários insuficientes, dificulta suas ações e o cumprimento de seus princípios (FUNCIA, 2019), implicando não só na qualidade da assistência, mas nas formas de gestão e nas condições dos espaços sócio-ocupacionais, reforçando relações trabalhistas de instabilidade, insegurança, flexibilização, terceirização e desvalorização no trabalho (SOUSA, 2017; DAMASCENA; VALE, 2020).

Amaral et al (2021) trazem em suas observações os nós que podem existir nos processos de trabalho na APS, sendo eles: planejamento; identidade profissional; ambiência; comunicação e educação permanente. No que tange à ambiência, pontuam as dificuldades em relação às estruturas dos espaços, o que pode vir a gerar comprometimento nas relações interpessoais. Os autores também ressaltam a importância da comunicação no trabalho em saúde, tanto entre a equipe quanto com os usuários, a fim de tornar clara a finalidade e os papéis de cada sujeito neste processo de cuidado. Ao tratar sobre a comunicação, adentra-se também na educação permanente, uma vez que a ausência desta prática se torna um dificultador na organização e processo de trabalho da APS. As observações trazidas pelos autores, mostram o quanto os modos de organização do trabalho em saúde, e na APS em particular, podem contribuir com a sobrecarga aos trabalhadores, gerar relações interpessoais desgastadas e fragilizadas, comprometendo a satisfação dos trabalhadores na execução de sua atividade, bem como o comprometimento da qualidade no serviço prestado.

A flexibilização dos vínculos empregatícios não é a única condição precária do trabalho na saúde e os resultados de estudo realizado em Maceió/AL mostram as condições inadequadas de infraestrutura e ambiente, escassez de materiais, insumos e segurança no trabalho, baixa remuneração, falta de gestão participativa e despreocupação da expansão da Saúde da Família como modelo da atenção, prejudicando os trabalhadores na APS (CAVALCANTE; LIMA, 2013).

Nota-se que na APS a precarização afeta tanto os usuários, na qualidade dos serviços que recebem, como os trabalhadores, ocasionando a eles a insatisfação, relações interpessoais fragilizadas e adoecimento (DAMASCENA; VALE, 2020). Em relação a satisfação e insatisfação do trabalhador, Lima et al (2014) pontuam que os trabalhadores da ESF referem que um dos pontos que lhe geram maior prazer decorre da: satisfação dos usuários com a assistência recebida e da colaboração dos mesmos no processo do acompanhamento em saúde, o trabalho em equipe e afinidade com o trabalho. Em contrapartida, o motivo mais apontado de insatisfação relaciona-se ao déficit nos instrumentos de trabalho e ambiente. Enquanto que dentre os trabalhadores do modelo de unidade de saúde tradicional, 45,45% apontaram a satisfação por conta da afinidade com o trabalho e gostar do que faz, sendo a principal negativa a dificuldade na colaboração do usuário/família no processo assistencial e o salário. Nota-se, como pontuam os autores, que, apesar das singularidades que podem existir no significado das respostas para cada

trabalhador, há situações concretas das condições do trabalho que geram maior ou menor satisfação.

Sabe-se que o trabalho na saúde é peculiar, que há um envolvimento do trabalhador em suas atividades e que muitas vezes esse corpo não encontra meios para se sustentar diante de tantas complexidades no cotidiano e na relação afetiva que acabam estabelecendo com o outro. Essas vivências são fatores que podem fortalecer o trabalhador, mediante os vínculos e trocas que se criam nesse ambiente, porém também pode ser um disparador de adoecimentos nos mesmos, principalmente em trabalhadores da unidade de saúde com ESF, conforme apontado por Ribeiro e Martins (2011) que trazem relatos de entrevistadas que tiveram impactos iniciais no trabalho, um tanto por esse maior envolvimento afetivo. As autoras ressaltam as emoções e sintomas que podem emergir decorrente da organização do trabalho permeada por duras rotinas, autocobranças, fragmentação do processo de atividade, altas demandas, muitas vezes sem condições de serem atendidas. Assim, a efetivação da proposta do modelo de atenção na ESF fica comprometida por formas de organização do trabalho que impedem a autonomia e liberdade de ação dos trabalhadores, trazendo sentimentos diversos de frustração, impotência e até mesmo adoecimento psíquico e físico, do qual será tratado no próximo capítulo. Como bem pontuam Barros, Santos Filho e Gomes (2012), o trabalho precário tem consequências à saúde dos trabalhadores, adicionando novas cargas e desgastes às já existentes no setor saúde, podendo gerar adoecimentos e agravos diversos.

Embora, no âmbito do SUS, tenham sido instituídas medidas como o protocolo nº 008/2011 que trata da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde, muitas ações precisam ocorrer para o cumprimento da promoção de saúde destes trabalhadores, como as do âmbito da gestão e pesquisas que contribuam com as políticas públicas e na resolução dos agravantes.

Esse contexto de trabalho na APS, bem como o da vida, foi modificado com a pandemia da covid-19 e nas condições de trabalho já precárias foram adicionados outros elementos de cargas e desgastes aos trabalhadores.

1.1.2 - O Trabalho na Atenção Primária à Saúde no Contexto da Pandemia da Covid-19

Situações de empobrecimento, desemprego e demais agravos socioeconômicos, já eram vivenciadas anteriormente à pandemia, tendo ocorrido a sua intensificação neste contexto de crise sanitária e atingindo diretamente a classe trabalhadora que necessita do trabalho para sobreviver, denotando, portanto, o seu caráter discriminatório (ANTUNES, 2020). Com os trabalhadores da saúde, que enfrentam em seu cotidiano os impactos da precarização do trabalho, não seria diferente, com o agravante de que a atividade é dificultada por tal contexto, com maior sobrecarga e riscos à saúde.

A APS, enquanto base do sistema de saúde, depara-se com muitos desafios aos quais somam-se aqueles decorrentes do novo coronavírus, devido à sua rápida disseminação e mortalidade e as incertezas nas estratégias de enfrentamento, porém é uma potência, necessitando de fortalecimento em sua organização para o enfrentamento da pandemia (PRADO et al, 2020).

Daumas et al (2020) pontuam que na pandemia, é fundamental a assistência à saúde nas diversas fases da covid-19, seja através dos monitoramentos dos casos leves, manejo dos casos que vêm a se agravar e também no processo de reabilitação. Os autores ressaltam que as estratégias de enfrentamento nos serviços de saúde devem ser determinadas a fim de garantir a minimização dos impactos e riscos aos profissionais da saúde e dos usuários da rede, além de que o poder público deve proporcionar condições à população para o cumprimento das medidas de minimização da transmissibilidade, como o distanciamento social e uso de proteção respiratória, junto às ações de reorganização dos serviços de saúde para o enfrentamento da doença. Como destaca Pasqualin (2022), em territórios vulneráveis os índices de casos da covid-19 são mais elevados, visto não haver as condições básicas para a população garantir as medidas de proteção, como saneamento básico e possibilidade de manter distanciamento social, já que vivem muitas pessoas em uma mesma residência/cômodo.

Na pandemia da covid-19 a APS pode atuar em quatro pontos: na vigilância em saúde nos territórios; na atenção aos usuários com covid-19; no suporte social a grupos vulneráveis e na continuidade das ações próprias da APS (MEDINA et al, 2020). Em relação ao cuidado individualizado, destaca-se a preferência da utilização dos teleatendimentos e ações que evitem a circulação de usuários nas unidades básicas e nos

serviços de emergência, podendo utilizar como estratégias as visitas domiciliares por médicos e enfermeiros para consultas dos casos mais graves e o acompanhamento do ACS para entrega de medicamentos e insumos. Deve-se priorizar as ações preventivas, de cuidado aos pacientes crônicos e prioritários e os casos crônicos agudizados, bem como a organização de fluxos nas unidades de saúde, disponibilizando EPI's aos trabalhadores e aos usuários, objetivando evitar o contágio (DAUMAS et al, 2020).

Um estudo de caso conduzido por referencial teórico sobre as diretrizes no âmbito gerencial, traz as principais contribuições da atenção primária no contexto da pandemia, tais como: a necessidade de suspensão de atividades coletivas e eletivas; reorganização dos processos de trabalho e flexibilização das escalas; utilização de apoiadores técnicos e do Nasf-AB para fornecer suporte aos profissionais de saúde; flexibilização das metas; estratégias e adaptação do espaço físico e aumento da limpeza dos ambientes de atendimentos dos casos sintomáticos; fornecimento de receitas com prazo maior aos pacientes com doenças crônicas; dentre outras (MENESES, 2020). Porém, tais diretrizes nem sempre se efetivaram na prática cotidiana dos serviços da APS, visto que, ao contrário, em diversos contextos as reorganizações acarretaram em impactos na saúde dos trabalhadores, com maior sobrecarga, processo de trabalho mais rígido e complexo, além das constantes perdas de direitos trabalhistas, como adiamento de férias sem previsão de momento para usufruir (MACHADO et al, 2022). No entanto, ações importantes foram realizadas pelos trabalhadores na APS a exemplo da antecipação da campanha de vacina contra Influenza, utilizada como estratégia na minimização de sintomas gripais nesse período e o treinamento das equipes para avaliação, tratamento e encaminhamentos (GOIS-SANTOS et al, 2020; OLIVEIRA et al, 2021; SANTOS; SANTOS, 2021), detecção, notificação e acompanhamento dos casos leves com orientações aos usuários infectados de manter isolamento, mantendo os cuidados em domicílio e estratégias para identificar sinais de agravamento, sendo os usuários monitorados através de teleatendimento e, quando necessário, encaminhados aos serviços terciários (GOIS-SANTOS et al, 2020; SANTOS; SANTOS, 2021).

Vale destacar que o Ministério da Saúde autorizou o uso da telemedicina no contexto da pandemia em caráter excepcional e temporário, para a realização das consultas, monitoramento, suporte assistencial e demais ações, a fim de contribuir no cuidado em saúde no âmbito nacional neste momento (GOIS-SANTOS et al, 2020; SARTI et al, 2020; SANTOS; SANTOS, 2021). Através dos telemonitoramentos os

profissionais puderam acompanhar os usuários, fazer as orientações necessárias, identificação de sintomas e agravos, além do acolhimento e escuta qualificada. No entanto, essa reorganização no processo de trabalho, foi permeado por dificuldades, visto que nem sempre as equipes possuíam condições para a realização dessa modalidade de atendimento, ou mesmo os usuários não tinham acesso, condição ou disponibilidade para aderir às novas formas de cuidado (MURAKAMI; ARAÚJO; MARQUES, 2022), evidenciando as desigualdades sociais e de acesso aos bens e serviços, ainda mais na atual conjuntura socioeconômica e política que intensificaram as diversas expressões das questões sociais.

Foram observadas outras mudanças nos processos de trabalho na APS, como na saúde bucal, devido ao cancelamento de atendimentos eletivos odontológicos e priorização de casos com queixas de dores, alterações e maiores riscos à saúde (GOIS-SANTOS et al, 2020). Também para os ACS, os quais passaram a realizar visitas domiciliares em casos específicos e de dificuldade de locomoção dos usuários (GOIS-SANTOS et al, 2020; MURAKAMI; ARAÚJO; MARQUES, 2022) e assumiram papel fundamental de educação em saúde junto as equipes, através de trocas de saberes e orientações relacionadas ao cuidado necessário para a minimização dos impactos e transmissão do coronavírus, considerando que essas orientações são peculiares e devem ser pensadas conforme as necessidades e singularidades de cada território e usuário, além de ser uma prática que potencializa a vinculação entre trabalhador e usuário e na promoção de saúde (MURAKAMI; ARAÚJO; MARQUES, 2022; PASQUALIN, 2022). Contudo, observou-se um aumento da burocratização no trabalho dos ACS e prejuízos na interação do mesmo com a população atendida, destacando a perda do vínculo com as famílias, menor acolhimento, dificuldade no diálogo e desgaste na relação com o usuário (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021). Segundo as autoras, tais transformações trazem a essa categoria maior sobrecarga, um processo de adaptação às tecnologias nem sempre fáceis e novos modos de cuidar que pode propiciar um ambiente de incertezas e sentimento de desmotivação no trabalho, bem como sentimentos ambivalentes, as vezes de cunho heroico, por exemplo, ou, em outros, mais negativos, como medo e solidão. Por outro lado, foi identificado maior aproximação com os colegas da equipe. Podendo este, ser um canal de apoio e suporte para evitar maiores agravamentos psíquicos na equipe de forma geral.

Para além das questões de reconfiguração do processo de trabalho e enfrentamentos ao coronavírus, os profissionais de saúde tiveram, e ainda têm, uma

barreira a ser desconstruída em seu cotidiano que impacta diretamente nos serviços de saúde e na saúde da população, que é a disseminação de notícias falsas. Alguns autores pontuam que em tempos tecnológicos as *fakenews* são propagadas de forma acelerada e atingem uma massa de pessoas com informações equivocadas e que contradizem as orientações técnicas e as evidências científicas (NETO et al, 2020; MATOS, 2020). Durante a pandemia da covid-19 foram disseminadas diversas informações falsas relacionadas às medidas preventivas (como uso da máscara e higienização das mãos), notícias inverídicas sobre as terapêuticas, os registros de notificações de casos e indicação de uso de medicamentos farmacológicos para os quais havia evidências de não haver eficiência e eficácia no tratamento (MATOS, 2020; CASCELLA et al, 2022). Essas notícias, propagadas amplamente, dificultaram a aceitação da população em seguir as orientações preventivas no campo da saúde e embasadas na ciência, o que prejudicou o indivíduo e a coletividade e também colocou em risco a credibilidade do SUS (NETO et al, 2020; MATOS, 2020) e da atenção básica, além de não dar visibilidade aos riscos decorrentes da propagação do vírus (MATOS, 2020).

Diante disso, umas das contribuições da APS na pandemia, além das já expostas, é na preservação dos canais de comunicação com a comunidade e ações de educação e ao combate às falsas notícias e informações equivocadas (MENESES, 2020; PASQUALIN, 2022). Deve-se pontuar que a dificuldade da população em aderir às terapêuticas e orientações de enfrentamento ao coronavírus, acarretam em maiores números de casos confirmados e que necessitarão dos serviços de saúde, estes que já se encontram superlotados e com demandas reprimidas. Tal fato contribui na sobrecarga de trabalho, potencializando a exaustão nesses trabalhadores. Vale destacar que a dificuldade dos usuários em seguir as orientações e aderir aos tratamentos, vem sendo apontado, desde os contextos pré-pandêmicos, como algo que pode potencializar maior desgaste e sofrimento psíquico nesses trabalhadores (RIBEIRO; MARTINS, 2011; KANNO; BELLODI; TESS, 2012), questão que será retomada no próximo capítulo.

Com a criação e fabricação das vacinas, os trabalhadores da APS passaram a trabalhar de forma intensa em campanhas de vacinação no território brasileiro, continuando no enfrentamento às notícias falsas e tentando realizar o maior número possível de aplicações, visando a prevenção e proteção da população e para que não houvesse mutações do vírus e novas variantes, além das já existentes no mundo. Considera-se, portanto, que um dos trabalhos mais relevantes executados pelos trabalhadores na APS, tem sido a vacinação, sendo a imunização uma estratégia efetiva

na promoção, proteção e prevenção em saúde no âmbito da saúde pública brasileira (SOUZA; GANDRA; CHAVES, 2020), e o trabalho territorial, com forte característica de capilaridade da APS, que deve atingir as mais variadas populações dos territórios brasileiros. Como bem destacam Sarti et al (2020), mesmo diante dos entraves, as equipes da APS apresentam resoluções e destaque internacional no cuidado prestado e com um expressivo alcance às populações em risco e vulnerabilidade.

Na pandemia esse trabalho e prestação da assistência aos usuários é fundamental, pois os trabalhadores da APS normalmente apresentam boa vinculação e acesso a população, o que possibilita que as intervenções e cuidado sejam efetivos. Porém, observou-se fragilização dos vínculos, decorrente do medo e insegurança em relação ao coronavírus e da necessidade de se cumprir as medidas sanitárias como o distanciamento social e minimizar a circulação nas unidades de saúde, além de situações de afastamento do trabalho devido à suspeita ou infecção por coronavírus. Esta tecnologia já vinha sendo comprometida mediante a alta rotatividade de profissionais no âmbito do SUS permeada por vínculos frágeis de trabalho (PASQUALIN, 2022). Assim, como pontuam Machado et al (2022), estes trabalhadores se encontram em ambientes com problemas estruturais ao longo dos anos e durante a crise sanitária, enfrentaram (e enfrentam) as diversas demandas de atendimento, vivenciaram a escassez de EPI's, condições de trabalhos inadequadas, vínculos de trabalho precários e foram expostos a atividades intensas, que vão além das longas jornadas de trabalho, mas todo um contexto de trabalho complexo que tem acarretado em trabalhadores cada vez mais adoecidos, manifestando estresse, exaustão, cansaço, bem como desgaste e prevalente esgotamento emocional.

A partir do exposto, faz-se necessário discutir como as novas formas de gestão e organização do trabalho contemporâneo somados ao contexto pandêmico, tem impactado na saúde mental dos trabalhadores da saúde, e especificamente dos trabalhadores da APS.

CAPÍTULO 2

SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR DA SAÚDE

Como visto no capítulo anterior, ao longo dos anos a sociedade vem passando por diversas revoluções tecnológicas e modificações no mundo do trabalho, gerando impactos na saúde dos trabalhadores. Com a Revolução Industrial as relações no mundo do trabalho se reconfiguraram e os modos de vida têm sido intensamente afetados pelo processo produtivo, trazendo grandes impactos no processo saúde-doença da classe operária, sendo objeto de estudo de autores como Marx e Engels, os quais dão a base teórica-metodológica a abordagens na Saúde, sobretudo na América Latina (LAURELL; NORIEGA, 1989; OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Almeida (2018), ao resgatar o surgimento do campo da Saúde Coletiva brasileira, pontua que este foi permeado por diversas transformações e com importantes contribuições na concepção da determinação social do processo saúde-doença, tendo base marxista, e ressalta que “esta teoria desenvolve-se em oposição à concepção multicausal e propõe outro modo de explicação para a relação entre o biológico, o psicológico e o social.” (ALMEIDA, 2018, p. 78). A autora ressalta que muitas vezes o sofrimento e adoecimento expressado no indivíduo não apresenta de imediato as determinações profundas decorrentes do social. Tal fato, possibilita a expansão de teorias de cunho imediatista e da noção “de riscos sociais”, que divergem da noção de determinação social. Pois para além da diferenciação de conceitos das palavras determinantes e determinação, sua principal diferença é que a primeira, tem uma visão fragmentada e de cunho positivista com relação ao processo saúde-doença, enquanto que a determinação social enfatiza os processos de produção e reprodução social (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017; ALMEIDA, 2018).

Laurell e Noriega (1989) trazem logo na primeira parte de seu livro que a visão sanitarista tradicional não identifica o ambiente de trabalho como um espaço gerador de problemas de saúde e nem que estes trabalhadores possam adoecer por essa relação, trazendo uma visão voltada para as experiências individuais. Assim, pontuam há a necessidade de superação dessa posição, com a compreensão da saúde-doença como fenômeno coletivo, ou seja, um processo social, portanto pautado pelos processos de produção, o que deu as bases para o campo da Saúde do Trabalhador.

A medicina social latino-americana rompeu com as ideias tradicionais de compreensão da doença, entendendo-a como processo complexo, não sendo meramente biopsíquico, mas um processo social, ou seja, o nexo biopsíquico se expressando no corpo humano em determinado momento e processo histórico, e que os processos de adaptação do indivíduo em relação às condições do ambiente lhe causam desgastes e ocorre coletivamente, a partir de sua inserção social, incluindo sua posição no processo de produção (LAURELL; NORIEGA, 1989). Portanto, problematizava-se sobre os conceitos de saúde-doença naturalizado e de cunho positivista, individualizado e centrado no modelo biológico. Assim, em uma perspectiva do materialismo histórico-dialético, as relações entre trabalho e processo saúde-doença se tornam a principal categoria que visa auxiliar “[...] à saúde, colocando no processo de trabalho a dimensão da determinação do processo de adoecimento, ao considerá-lo como o mediador das relações estabelecidas entre o homem e a natureza e entre os próprios homens” (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017, p. 65).

Seguindo esta abordagem teórica, Seligmann-Silva (2011) aponta que no Taylorismo houve mudanças nos modos de produção, baseadas nas ideias de disciplinação e intensificação nos ritmos de trabalho, passando a ser implementadas teorias e técnicas, em diversas ciências e profissões, como engenharia, medicina, psicologia e serviço social, com o objetivo de gerar eficiência e eficácia no trabalho, a fim de garantir maior lucratividade e minimizar a disfuncionalidade dos trabalhadores.

No campo da Saúde Mental, a visão biomédica tratava os transtornos mentais de forma individualizada e associando-os a fatores hereditários e/ou relacionados à fase infantil ou da vida familiar, negando aqueles referentes ao trabalho. Contudo, as cargas mentais no trabalho são elementos importantes e que causam desgastes específicos, os quais têm sido apontados desde os primórdios de estudos relativos à relação saúde-trabalho. Com as evoluções tecnológicas e novas formas de gestão, novas modalidades da “participação mental” são exigidas dos trabalhadores, e os ajustes para favorecer a ordem econômica vão sendo implementados em detrimento da saúde e dignidade humana (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Diante do exposto, observa-se que o processo saúde-doença permite a compreensão dos determinantes e condicionantes tanto das formas individuais, quanto coletivas de viver, adoecer e morrer (SELIGMANN-SILVA, 2011), sendo o trabalho uma

dimensão fundamental para essa análise (LAURELL; NORIEGA, 1989). Ressalta-se que o contexto histórico e sociopolítico interfere no processo saúde-doença, favorecendo ou tornando vulnerável a saúde dos seres humanos, seja no sentido geral de saúde, quanto na saúde mental dos trabalhadores, tornando-se necessário a análise do macrocontexto relacionado à divisão internacional de trabalho e os demais aspectos sociais, étnicos, políticos, entre outros, que geram sofrimento social, e o microsocial, centrado principalmente no trabalho particular de cada indivíduo, na família e outros grupos sociais, a fim de melhor entendimento sobre tal processo (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Vale destacar que na sociedade capitalista atribui-se ao trabalho um caráter de inclusão, porém essa inclusão ocorre muitas vezes de forma perversa, pelas vias da “dominação do corpo/mente”, excluindo assim os sujeitos dos processos de reflexão, emancipação, desenvolvimento de suas potencialidades e da riqueza produzida (DIAS, 2014). Ou seja, o trabalho ao mesmo tempo que pode beneficiar, pode causar adoecimento aos indivíduos. Conforme pontua Dias (2014), a saúde enquanto uma potência de ação possibilita ao ser humano pensar, agir e tomar consciência de si e do mundo. No entanto, não deve ser confundida com as lógicas e discursos dominantes da sociedade de culpabilização do indivíduo quanto ao seu estado de saúde e destaca que:

Saúde é entendida, então, como liberdade, possibilidade de ter esperança e transformá-la em ação, mobilização, emancipação, projeto de vida, e não como ausência de doença. A doença é entendida como sofrimento que revela a injustiça social e a desigualdade na sociedade. (DIAS, 2014, p. 95)

Tais perspectivas contribuem para a compreensão do processo saúde-doença da classe trabalhadora e os impactos em sua saúde mental. Assim, este capítulo tratará das definições de cargas e desgastes do trabalho, sua presença no trabalho na saúde e como se expressam no corpo e mente desses trabalhadores.

2.1 - CARGAS E DESGASTES MENTAIS DE TRABALHO NA SAÚDE

O trabalho impõe cargas e desgastes aos trabalhadores. As cargas de trabalho referem-se a elementos do trabalho “que interatuam entre si e com o corpo do trabalhador, gerando aqueles processos de adaptação que se traduzem em desgaste” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 110). Elas são de diversos tipos e podem ser agrupadas em: físicas;

químicas; mecânicas e biológicas - as quais possuem materialidade externa ao corpo e ao se interagirem geram uma nova materialidade interna; fisiológicas e psíquicas - apenas adquirem materialidade no corpo do trabalhador ao passarem por transformações em seus processos internos (LAURELL; NORIEGA, 1989).

As cargas psíquicas dividem-se em dois grandes grupos: sobrecarga e subcarga psíquica. Na primeira, surgem situações de pressão prolongadas, como: supervisão com pressão, consciência da periculosidade do trabalho, excesso de exigências cognitivas ou psicoafetivas, dentre outras. Enquanto na subcarga psíquica ocorre a impossibilidade de desenvolver e fazer uso da capacidade psíquica, por exemplo: parcelização e perda do controle sobre o trabalho. No entanto, existem interações entre as cargas que podem intensificar os desgastes. Deve-se compreender as dinâmicas dos acidentes de trabalho no contexto dos processos de produção, objetivando não culpabilizar a vítima, como acontece quando são analisadas as condições do acidente de forma isolada e fragmentada. Assim, o trabalhador vivencia um trabalho permeado por diversas cargas que ao interagirem e se somarem, acarretam desgastes que podem ocasionar um acidente de trabalho (LAURELL; NORIEGA, 1989).

As cargas de trabalho geram desgastes, que se caracterizam pela “perda de capacidade efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica” (LAURELL; NORIEGA, 1989, p. 115), ou seja, o desgaste pode ser uma perda factual ou com a possibilidade de ocorrer, podendo ser um processo que traga danos, doença ou impossibilite o desenvolvimento de uma capacidade, porém não é necessariamente um processo irreversível (LAURELL; NORIEGA, 1989). Em situações que não haja condições de amenização das cargas (por exemplo, trabalho em equipe) ou de reposição da capacidade desgastada (quando há ausência de fatores protetivos (por exemplo, limite de horas de trabalho)), a tendência é de que ocorra o sofrimento e adoecimento. Breilh (2006) ao tratar da epidemiologia crítica, traz o conceito de processos críticos ao invés da utilização de fatores de risco, considerando assim, todas as determinações do processo saúde-doença, conforme já destacado anteriormente, e se opondo a uma visão reducionista da saúde. Para o autor, o processo crítico pode ser dividido em: processos protetores, quando favorece e dá suporte à vida humana (individual e/ou coletiva) e os processos destrutivos, quando danifica e priva. E não se trata de que seu desenvolvimento ocorra separadamente, pois o modo como irão se expressar, também vai depender do modo de vida e da lógica da reprodução social.

Diante das relações de poder e do trabalho dominado, as condições de desvantagem no corpo e nos potenciais psíquicos acarretará o desgaste, conforme explica Seligmann-Silva,

Nas interações entre processo de trabalho e processo saúde-doença, determinações de ordem sociopolítica e econômica passam a atuar. Nas situações de trabalho dominado, a desvantagem que faz com que o corpo e os potenciais psíquicos do trabalhador sejam consumidos pelo processo de trabalho e por constrangimentos a ele vinculados se configura como *desgaste*. (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 136)

A autora ressalta que o desgaste humano no trabalho se intensifica quanto maior a vulnerabilidade da vida do indivíduo, seja decorrente das condições de vida precária, quanto pelos direitos humanos e de cidadania não assegurados. Quanto ao desgaste mental, este assume uma especificidade que ocasiona ao trabalhador a sujeição e o desamparo. Seligmann-Silva (2011) destaca os três níveis de desgaste mental relacionado ao trabalho: desgaste orgânico, o qual pode ocorrer mediante exposição a produtos tóxicos, ocasionando intoxicação e danos neuropsíquicos; fadiga, caracterizada pela sua indissociabilidade entre física e mental, portanto compreendida como “cansaço geral” que com o acúmulo pode ser considerada uma “fadiga crônica”, gerando diversos sintomas como irritabilidade, distúrbios do sono, falta de apetite, desânimo, dores diversas, podendo também apresentar alterações de humor e na sociabilidade; e o desgaste da subjetividade, como o que atinge a identidade do trabalhador atacando seus valores e dignidade; os trabalhadores acumulam vivências e experiências nos ambientes laborais, podendo estas serem saudáveis ou acúmulos de desgaste/sofrimento social.

A precariedade social contemporânea é um fenômeno no mundo do trabalho e atinge o indivíduo de duas formas: pela precariedade subjetiva, no caso de trabalhadores que se encontram ativos, porém em condições de trabalho que favorecem seu adoecimento físico e psíquico, acarretando sentimentos de incapacidade, baixa autoestima, necessidade constante de capacitação e sentimento de intenso medo do desemprego, ocasionando nas diversas formas de submissão e exploração no trabalho e a precariedade objetiva, caracterizada pela ausência do trabalho ou de sujeitos em condições de informalidade e trabalho intermitente, que buscam nas condições mais insalubres e penosas um reconhecimento de sua subjetividade humana, visto a importância e centralidade do trabalho para a sociedade (BERNARDO; NOGUEIRA; BULL, 2011).

Como explicitado no capítulo anterior, o trabalho na saúde é muito peculiar e gera potencialidades, mas também desgastes aos trabalhadores.

Segundo Mendes et al (2020) destaca-se no trabalho da equipe de enfermagem da ESF as cargas psíquicas (por excesso de demanda, falta de funcionários, insatisfação dos usuários e sobrecarga das atividades); fisiológicas (por excesso de demanda, falta de funcionários, sobrecarga das atividades e jornada de trabalho excessiva); biológicas (por exposição a agentes biológicos, contato com doenças infectocontagiosas e mofos nos espaços físicos); físicas (por exposição ao calor, frio e umidade); mecânicas (equipamentos inadequados ou ausência deles) e químicas (decorrentes da manipulação de produtos diversos). Os autores pontuam que as cargas psíquicas tiveram maior impacto no desgaste dessa categoria, gerando sintomas somáticos como insônia e ansiedade. Vale destacar que este estudo foi realizado em unidades de saúde selecionadas intencionalmente devido ao reconhecimento de boa qualidade e, ainda assim, apresentaram condições precárias de trabalho e questões estruturais que podem gerar sobrecarga e adoecimento aos trabalhadores.

Embora as cargas psíquicas apresentem alto índice nesses trabalhadores, as cargas biológicas também estão presentes no cotidiano do trabalhador da saúde, mediante às exposições ocasionadas nesses espaços laborais, através de acidentes de trabalhos com materiais biológicos ou no contato com usuários, por exemplo, ocasionando exposições virais, como tuberculose e influenza. Assunção, Tavares e Serra (2012) trazem que as infecções respiratórias virais são responsáveis pelos atendimentos na rede hospitalar e de urgência e que os trabalhadores de saúde se encontram expostos e com alto índice de infecção, ressaltando a preocupação com os mesmos, uma vez que acabam exercendo suas funções muitas vezes sintomáticos e se automedicando, uma vez que não são afastados do trabalho diante de sintomas gripais.

Outro estudo contribui na compreensão das diversas cargas apresentadas pelos trabalhadores da APS. A pesquisa, realizada com trabalhadores da Saúde da Família e de modelos tradicionais, aponta que os principais fatores que contribuem para o aumento das cargas e que se assemelham nos dois modelos assistenciais, estão relacionados a: excesso de demanda; número de trabalhadores insuficiente para a realização da assistência; a organização desses serviços; as questões gerenciais de cunho clientelista político-partidária; escassez de recursos materiais e financeiros; baixa remuneração e a

falta de capacitação profissional; além da cultura do cuidado centrado no médico (TRINDADE; PIRES, 2013). Resultados semelhantes foram obtidos em pesquisa com técnicos de enfermagem da APS, na qual é apontado que a baixa remuneração, relação profissional/usuário, sobrecarga de trabalho, falta de recursos materiais e escassez de trabalhadores intensificam o adoecimento dos trabalhadores; que tais fatores aumentam os desgastes e contribuem com maior carga de trabalho, sendo as psíquicas e fisiológicas as prevalentes nessa categoria (SCHERER et al 2016).

O sofrimento e adoecimento psíquico, em particular dos trabalhadores da APS, decorrem de diversos fatores. Conforme as análises apresentadas por Ribeiro e Martins (2011), muitas vezes o sofrimento aparece na punição excessiva por erros cometidos durante o cotidiano no trabalho, ou como por exemplo, nos casos dos ACS o vínculo com os usuários – uma tecnologia leve utilizada e valorizada na saúde - pode ser gerador de sofrimento para o trabalhador, quando a sua privacidade é comprometida, o que gera “um vínculo confuso” na relação.

Outro ponto de desgaste, está relacionado com a angustia gerada no trabalhador com relação ao sofrimento do paciente, por este não saber como lidar e pela frustração de não saber como solucionar as demandas postas (RIBEIRO; MARTINS, 2011; KANNO; BELLODI; TESS, 2012). Ressalta-se que a vulnerabilidade social a qual o usuário se encontra e suas complexidades também acabam sendo um potencial gerador de sofrimento psíquico (MELLO et al 2020). Assim como a não compreensão pela escolha do usuário em não aderir ao tratamento e não seguir as orientações propostas pela equipe (RIBEIRO; MARTINS, 2011; KANNO; BELLODI; TESS, 2012). A fragmentação do trabalho, sentimento de impotência e falta de apoio da rede intersetorial (RIBEIRO; MARTINS, 2011), esgotamento, estresse e sobrecarga de trabalho (MELLO et al 2020), foram outros elementos apontados como geradores de angustia e sofrimento nesses trabalhadores.

Kanno, Bellodi e Tess (2012) pontuam que profissionais da ESF entrevistados sentiam-se pouco capacitados para lidar com as situações complexas apresentadas, cobrados por produtividade, não tendo tempo suficiente muitas vezes para realizar os acolhimentos e condutas adequadas, bem como relataram falta de apoio de outras categorias profissionais nas unidades de saúde, o que impossibilitava uma atuação

eficiente com a população, visto que em muitos dos casos o profissional encontrava-se igualmente ou mais adoecido que os usuários dos serviços.

Os trabalhadores da APS apresentam desgaste físico e mental, podendo acarretar em afastamentos do trabalho decorrentes dos processos de organização e gestão desses espaços laborais, das interações profissionais e das cargas e ritmos de trabalho. Mello et al (2020) apresentam, em estudo com trabalhadores da ESF, afastamentos decorrentes de agravos por transtornos mentais e comportamentais, relacionados a sintomas depressivos, ansiosos, estresse grave e de adaptação e agravos relacionados às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, sendo apontado que mais da metade dos funcionários licenciados são da equipe de enfermagem, podendo o fato estar correlacionado às várias atribuições exercidas pelos trabalhadores da categoria, consequentemente maior sobrecarga de trabalho e adoecimento.

Em estudo com trabalhadores da rede básica de um município do interior de São Paulo, verificou-se que os profissionais apresentaram alta exposição a demandas psicológicas e, embora tenham índice adequado com algumas condições de trabalho (férias regulares, flexibilidade nos horários, condução trabalho-casa-trabalho, comunicação com chefia), há baixa satisfação com a remuneração, plano de carreira e reconhecimento profissional, fatores que podem ser de risco ao adoecimento aos trabalhadores. Também aponta elevado índice de estresse no trabalho que resultou em alto índice de Transtornos Mentais Comuns (TMC) (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010)

Conforme Ribeiro e Martins (2011), toda essa interface das relações de trabalho no sistema capitalista vivenciada pelo trabalhador no processo de produção em saúde, tende a agravar-se, logo, quanto mais especialista se torna o trabalhador, mais fragmentado fica o seu cuidado em relação ao usuário. Neste contexto, o trabalhador adocece e como forma de enfrentamento utiliza-se de estratégias defensivas para lidar com sua realidade, no entanto, essas estratégias apenas camuflam suas formas de sofrimento.

O trabalho precarizado está presente no dia a dia dos trabalhadores da saúde, decorrente principalmente das novas formas de organização do trabalho incorporadas pelo sistema público de saúde. Como apontado anteriormente, essa reorganização acaba por descaracterizar as propostas e princípios do SUS, tornando o espaço laboral permeado por angustias, medo, sofrimento e adoecimento, tanto físico quanto mental. Trabalhadores

passam a se submeter às condições precárias de trabalho, muitas vezes sem o reconhecimento de tal situação. Com a pandemia, o trabalho e importância do SUS se tornaram evidentes, mas a valorização e investimento nos serviços desse sistema não é projeto das gestões de cunho neoliberal, as quais passam cada vez mais a transferir as responsabilidades do Estado, para o terceiro setor.

2.2 - SAÚDE MENTAL E TRABALHO NA PANDEMIA DA COVID-19

Muitas medidas de controle e tratamento têm sido ofertadas nos países, contudo poucas são as que abordam de forma eficaz o impacto da pandemia na saúde mental da população em geral e na de trabalhadores em particular (ORNELL et al., 2020a). Embora alguns estudos apontem que neste cenário os sofrimentos psíquicos na população possam surgir ou se intensificar, não há dados epidemiológicos e protocolos de apoio psicossocial aos trabalhadores no Brasil. Estudos que analisaram as condições da saúde mental dos profissionais de saúde em situações de epidemias anteriores constaram o desenvolvimento de Transtornos de Estresse Pós-traumático (TEPT) e outros distúrbios emocionais. Ressaltaram também que ansiedade, depressão e alto nível de estresse foram persistentes, mesmo em momentos em que a situação de crise sanitária não estava mais em curso (ORNELL et al., 2020b).

Segundo Kowalski et al (2020), em artigo de revisão, cerca de 3,8% a 20% da população infectada pelo coronavírus são profissionais da saúde e 15% destes podem vir a desenvolver um quadro grave da doença. Este contágio pode estar mais propenso em profissionais que trabalham em especificidades da cabeça e pescoço e que atuam diretamente com os pacientes acometidos pela covid-19, sendo extremamente recomendado o uso correto dos EPI's para todos os profissionais de saúde e principalmente aos mais expostos. Machado et al (2022) contribuem com esses dados ao trazerem o ranking dos profissionais da saúde que tiveram casos confirmados de síndrome gripal pela covid-19 no Brasil no período de março de 2021, contando que aproximadamente 30% foram os técnicos/auxiliares de enfermagem, seguido dos enfermeiros com cerca de 17% dos casos, sendo os médicos pouco mais de 10%. Já os ACS, profissionais específicos da APS, consta que 5% foram infectados pelo coronavírus, conforme os dados notificados. Segundo Kowalski et al (2020), as infecções em

profissionais de saúde podem estar relacionadas à falta da proteção individual ou da educação/capacitação quanto ao uso correto dos equipamentos. Os autores indicam que a doença além de apresentar cargas físicas, atinge a saúde mental e emocional dos trabalhadores, gerando ansiedade pela saúde, que é caracterizada pelo medo de estar doente com o aparecimento de sintomas. Fato este, que já ocorre no cotidiano de trabalho dos profissionais, mas são intensificados em momentos de surtos e pandemias.

No contexto da atual pandemia da covid-19 observa-se muitas dificuldades na atuação dos profissionais de saúde, tais como: intensificação do trabalho com as duras rotinas; precariedade no trabalho e infraestrutura (ORNELL et al, 2020b; MACHADO et al, 2022); incômodo na utilização dos equipamentos de proteção e consequências na saúde (ORNELL et al., 2020b; QUIRINO et al 2020; TEIXEIRA et al, 2020); diversos sentimentos de medo, tristeza, solidão, e sintomas como estresse, insônia, exaustão, ansiedade e depressão (ORNELL et al, 2020b; PRADO et al, 2020; FERNANDEZ et al, 2021; SANTOS; SILVA, 2021; DIAS; GERTNER, 2020; TEIXEIRA et al, 2020; MACHADO et al, 2022) e aumento no uso de substâncias psicoativas (TEIXEIRA et al, 2020). Situações que podem causar ou desencadear transtornos psíquicos nestes trabalhadores. Machado et al (2022) ressaltam ainda que uma das queixas dos trabalhadores está relacionada à incapacidade técnica dos colegas da equipe para lidar com as demandas postas e da falta de sensibilidade da gestão para acolher e atender as necessidades no ambiente de trabalho, o que minimizariam ou evitariam algumas cargas e desgastes no trabalho.

Em uma revisão de literatura realizada por Ribeiro et al, em abril de 2020, foi pontuado que a saúde mental dos profissionais da saúde atuantes na linha de frente se mostrou propensa ao desenvolvimento de medo, angústia, estresse, ansiedade e depressão. No entanto, um dos estudos mostrou que estes profissionais foram menos acometidos por Síndrome de Burnout comparando-se aos das demais enfermarias. O resultado positivo foi associado à percepção de controle da situação e maior acesso a informações adequadas (RIBEIRO et al, 2020). De modo contrário, outro estudo constatou sintomas de Síndrome de Burnout em profissionais da APS (SANTOS; SILVA, 2021). Há necessidade de que esses profissionais mais expostos e com fatores de riscos psicossociais tenham sua saúde mental observada com maior regularidade, uma vez que se encontram propensos a desenvolver depressão, ideação suicida e ansiedade (ORNELL et al., 2020b). Em relação à ansiedade, vale destacar que tais sintomas podem estar

relacionados ao excesso de informações (muitas vezes incorretas) que potencializam o sofrimento e adoecimento psíquico, interferindo até mesmo na capacidade de tomada de decisão dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho (KOWALSKI et al, 2020).

Ademais, outros fatores que podem gerar sofrimento psíquico estão relacionados ao isolamento social vivenciado pelos profissionais da saúde, os quais acabam mudando seus comportamentos por receio de se infectar e/ou contaminar os seus familiares, o que gera tristeza e sentimento de solidão. Além de sofrerem preconceito e estigmas na sociedade pelo medo de contágio, potencializando os danos emocionais e psíquicos aos mesmos (ORNELL et al 2020b; FERNANDEZ et al, 2021; QUIRINO et al 2020).

Vale acrescentar que a sociedade de modo geral vem enfrentando tempos difíceis na situação de pandemia, apresentando respostas emocionais ao ambiente de crise atual e consequentemente tendo maiores sintomas ansiosos e depressivos, esperado ao ser humano neste cenário, sendo necessário, porém, cautela para que não haja uma medicalização excessiva e patologização dos enfrentamentos e mudanças no nosso cotidiano (WHITAKER, 2020). Este aspecto não é diferente com os profissionais da saúde, uma vez que não se deve considerar o sofrimento psíquico meramente como doença. Além de que, nem todos os trabalhadores que atuam na situação de pandemia irão adoecer, visto que haverá os que encontrarão mecanismos de defesas individuais e/ou coletivas para lidar com tais vivências (DIAS; GERTNER, 2020).

Cavanellas e Rezende (2020) pontuam que a pandemia da covid-19 tornou nítidos os problemas que os profissionais de saúde já vinham enfrentando, com condições de trabalho precarizadas e permeados por sobrecarga de trabalho, trazendo o debate de que talvez a oferta apenas de apoio médico e psicológico aos trabalhadores da linha de frente não seja o que os mesmos desejam e/ou precisem, uma vez que se encontram em sofrimento a longo tempo mediante o histórico de condições de trabalho desfavoráveis.

As mulheres, conforme já ressaltado anteriormente, são maioria entre os trabalhadores de saúde. Em equipes de enfermagem a representatividade está em mais de 80% e a maioria atuando em contato direto com os usuários (SANTOS et al, 2021; FERNANDEZ et al, 2021), sendo estas as mais propensas a desenvolver sofrimento psíquico devido às cargas exaustivas de trabalho, isolamento e discriminação (DIAS; GERTNER, 2020; TEIXEIRA et al, 2020).

Quirino et al (2020) trazem que o fato de a APS ter como proposta o cuidado longitudinal, ordenação do cuidado e coordenação da rede, implica em que os usuários estão referenciados nos serviços da atenção primária, necessitando que a equipe esteja sempre atenta às demandas iniciais apresentadas e ao seguimento e recuperação desses sujeitos após sua passagem nos demais serviços da rede de atenção. Tais trabalhadores são considerados o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde e merecem atenção. Assim, trouxeram em seu relato de experiência a necessidade observada pela equipe Nasf-AB, do município de Recife, da retomada de espaços de cuidado a esses trabalhadores neste momento e também no pós-pandemia devido às queixas físicas, bem como os impactos à saúde mental.

Destaca-se o quanto a população teve sua saúde afetada durante a pandemia, seja decorrente das condições biológicas ou dos impactos econômicos e sociais da covid-19, impactos que ainda serão observados e vivenciados a longo prazo. Fundamental então, olhar para esses trabalhadores da saúde que vão de encontro a população, durante os surtos e pandemias. É também extremamente relevante pontuar o quanto os estudos e pesquisas referentes à saúde do trabalhador da saúde neste contexto estiveram centrados nos profissionais da atenção hospitalar e da linha de frente (médicos e enfermeiros) (TEIXEIRA et al, 2020; RIBEIRO et al, 2020). O fato pode ser justificado devido à maior exposição e risco de contágio desses profissionais e também das duras jornadas, pois, como consta na revisão de Prado et al (2020), o desenvolvimento de transtornos mentais em profissionais que trabalhavam em hospitais com mais exposição ao coronavírus foi maior comparado aos de hospitais com baixa ou nenhuma exposição, mas como bem pontuam Teixeira et al (2020), tal fato não significa que os profissionais da atenção primária e demais serviços da rede não encontram-se também expostos ao coronavírus e sobrecarga de trabalho.

No entanto, faz-se, necessário ampliar o olhar para os profissionais da APS, como aponta Santos e Silva (2021), pois há uma escassez de estudos relacionados a esses profissionais. Não apenas por ser este um trabalho potente na resolução e medidas de contenção do vírus na população em momentos de crise sanitária, mas visando ampliar a valorização e melhores condições de trabalho à esses profissionais.

CAPÍTULO 3

ABORDAGEM METODOLÓGICA

Esta pesquisa se caracteriza como estudo de caso de abordagem qualitativa, ancorada nos referenciais do campo da Saúde Coletiva e da Teoria Histórico-Cultural da Psicologia.

Nesta perspectiva teórico metodológica busca-se “apreender as mediações sociais constitutivas do sujeito, saindo assim da aparência, do imediato e indo em busca do processo, do não dito, do sentido” (AGUIAR, OZELLA; 2006, p.225).

O estudo de caso é uma forma de aprofundar o conhecimento de uma unidade, buscando-se compreender os fatores constitutivos de determinado fenômeno no que se refere ao porquê e como ele se comporta/desenvolve (YIN, 2001).

O estudo foi realizado com trabalhadores de saúde que estiveram ativos na atenção a usuários durante o período crítico da pandemia da covid-19, a partir de 2020, em unidades de Atenção Primária à Saúde no município de Botucatu (SP).

Conforme informações contidas no site oficial da prefeitura, o município de Botucatu, fica localizado na região centro-sul do Estado de São Paulo e possuía em 2020 uma população estimada de 148.130 mil habitantes.

A rede SUS da prefeitura de Botucatu conta com serviços em todos os níveis de atenção. Na rede sob gestão do município encontram-se: 20 unidades de saúde da APS, sendo 12 Unidades de Saúde da Família (USF) (contando com agentes comunitários de saúde, médicos e enfermeiros generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou de Família e Comunidade e demais trabalhadores que compõem as equipes) e oito Unidades Básicas de Saúde (UBS) (com enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, médicos clínicos gerais, entre outros). Dentre as unidades básicas, duas unidades são do Centro de Saúde Escola - Vila dos Lavradores e Vila Ferroviária, que compõem a rede básica municipal de saúde, mas pertencem à Faculdade de Medicina da Unesp. Vale destacar que a equipe Nasf-AB fornece apoio e suporte para os dois modelos de unidades de saúde, exceto aos do Centro de Saúde Escola. Ainda, 10 das unidades de APS funcionam também com Pronto Atendimento Noturno. Para além dos serviços da APS, o município conta com as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Ambiental; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I; um CAPS infantil; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Central de

Ambulâncias; e Canil Municipal (BOTUCATU, 2022a). A prefeitura utiliza a terceirização de gestão de alguns de seus serviços - dentre eles as USF, o Cerest, a farmácia municipal, o Nasf-AB e o SAMU- e a OSS Pirangi é a atual contratada.

Sob gestão estadual encontram-se no município os seguintes serviços de referência regional: Ambulatório Médico de Especialidades de Botucatu; uma unidade da Rede de Reabilitação Lucy Montoro; um CAPS II e um CAPS Álcool e Drogas (SES-SP, 2022). E o complexo do Hospital das Clínicas de Botucatu (autarquia da Secretaria de Estado da Saúde-SP é um hospital-escola, parceiro da Faculdade de Medicina da Unesp), com os seguintes serviços: Pronto Socorro Adulto e Pronto Socorro Pediátrico (unidades de gestão do Hospital das Clínicas em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu); Pronto Socorro Referenciado (unidade de alta complexidade); Hospital Estadual (nível secundário); Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas (SARAD); Hospital das Clínicas (nível terciário e quaternário) (HC-FMB, 2022).

O município conta com a rede de ensino superior tendo o campus da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP) - Faculdade de Ciências Agrônômicas (FCA), Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia (FMVZ) e o Instituto de Biociências (IBB) (UNESP, 2022), com unidade da Faculdade de Tecnologia de São Paulo (FATEC) e variadas instituições de ensino superior privado.

Em 18 de Março de 2020 foi decretada Emergência de Saúde Pública no Município de Botucatu estabelecendo, no Decreto nº 11.941, medidas temporárias e de emergência ao enfrentamento do coronavírus, como por exemplo: suspensão de atendimentos presenciais na maioria dos serviços e ficando estabelecido atendimentos agendados ou por meio remoto/teleatendimento; autorização de teletrabalho aos servidores municipais (conforme a organização das secretarias municipais, exceto a de Saúde e Segurança e aqueles que desenvolviam atividades ao ar livre); obrigatoriedade de teletrabalho para as gestantes e lactantes, servidores maiores de 60 anos e servidores expostos a doenças com risco de agravamento em caso de contaminação pelo coronavírus (mediante comprovação de atestado ou laudo médico) e o fechamento de creches (BOTUCATU, 2020).

Conforme o Decreto nº 11.941, na rede municipal de saúde a porta de entrada para usuários com quadros leves de infecção respiratória ficou sendo a APS e o Pronto Socorro, destinado aos quadros agravados. A secretaria municipal de saúde também reestruturou atividades, como disponibilização de serviços complementares como a

Central Coronavírus, equipes de atendimento domiciliar (para os casos prioritários e previamente selecionados pela equipe multidisciplinar da Central Coronavírus), equipe de pronto atendimento, além da suspensão de atividades coletivas e eletivas, reorganização das ofertas e fluxos de atendimento nas unidades de saúde (BOTUCATU, 2020).

Ainda sobre a Central Coronavírus, informações do site oficial da prefeitura de Botucatu, denota que a implementação do serviço complementar foi algo pioneiro ao ter iniciado as atividades com 5 pontos de atendimento telefônico para atender os cidadãos e sanar suas dúvidas em relação a doença e também orienta-los a procurar a unidade de saúde ou pronto socorro, quando necessário (BOTUCATU, 2022b)

Ao longo da pandemia foram sendo estabelecidos novos decretos municipais para o enfrentamento da crise sanitária, a fim de controlar a disseminação e os agravos por meio da reorganização dos serviços de saúde, das atividades econômicas, das instituições de longa permanência, das atividades no âmbito da educação, das repartições públicas, antecipação de vacinação contra Influenza, canais de comunicação e atualização diária de informações epidemiológicas aos munícipes, dentre outras providências.

Em decorrência de um estudo de efetividade de vacina, através da parceria entre a FMB-Unesp, Prefeitura e outras instituições, em 16 de maio de 2021 pode ser iniciada a campanha de vacinação em massa no município, com aplicação da primeira dose em grande parte da população em um único dia.

A iniciativa faz parte do projeto de estudo da vacina produzida pelo laboratório Astrazeneca, Universidade de Oxford e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), elaborado pela parceria entre a Prefeitura, Ministério da Saúde, Governo Federal, Unesp, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu e Fundação Gates. (BOTUCATU, 2022c).

Optou-se por realizar a presente pesquisa com trabalhadores de saúde da atenção primária de diversas funções na equipe. Foram convidados para participação da pesquisa os trabalhadores de duas unidades de saúde, sendo uma delas com Estratégia Saúde da Família. As unidades foram escolhidas por sorteio. Excluiu-se do sorteio as duas unidades do Centro de Saúde Escola, por ter organização e gerenciamento diferentes das demais. Foi utilizado como critério de exclusão para participação na pesquisa trabalhador que não estava atuante na APS desde março de 2020, mês em que a OMS caracterizou a situação de pandemia. Os trabalhadores das referidas unidades convidados para participar da pesquisa foram escolhidos por sorteios realizados entre os funcionários de cada função

que encontravam-se exercendo a atividade na data realizada, no total de 37 trabalhadores na UBS e 19 na USF. Após os convites, 10 trabalhadores concordaram em participar concedendo entrevista à pesquisadora, cinco de UBS com modelo tradicional e cinco de USF, sendo: duas ACS/USF; uma auxiliar de enfermagem de USF e duas de UBS; uma médica/USF; uma auxiliar de serviços gerais/USF; uma auxiliar de consultório dentário/UBS; um farmacêutico/UBS e uma auxiliar de farmácia/UBS. Não foi possível a participação de nenhuma enfermeira, embora tenham sido convidadas, pois houve dificuldades para disponibilidade de agenda, o que denota a sobrecarga de trabalho dessas profissionais. Vale destacar que as enfermeiras nas unidades de saúde de Botucatu exercem a função de gerência e/ou assistência, sendo que a maioria delas exercem as duas funções, exceto em algumas unidades de saúde de modelo tradicional nas quais as funções são divididas.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais. No projeto inicial da pesquisa estava proposta a realização de grupos focais e entrevistas individuais, complementarmente, pois acreditava-se que a situação de pandemia, não iria se estender por tanto tempo. No entanto, com a realidade de uma pandemia que persiste até o momento, com novas ondas de infecção por variantes e mediante a dificuldade de acesso aos trabalhadores que encontravam-se imersos em diversas tarefas nas unidades de saúde - como a vacinação contra Influenza H1N1, reorganizações nos fluxos e demandas das unidades, a vacinação contra a covid-19 - optou-se pela realização de entrevistas individuais, por compreender que não prejudicaria a coleta e não traria riscos e maior sobrecarga a esses trabalhadores.

A entrevista segundo Gil (2007) é uma técnica de coleta de dados em que o pesquisador formula as perguntas e estas são aplicadas aos sujeitos pessoalmente pelo pesquisador, com objetivo de obter dados que sejam úteis à pesquisa. Ela pode ser coletiva ou individual. A entrevista individual é uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes ao objeto de pesquisa, na qual o entrevistador procura dados explícitos na fala do entrevistado (MINAYO, 2014).

Para a realização da entrevista foi elaborado um roteiro, a fim de direcionar as perguntas disparadoras (Apêndice 1). Durante a elaboração do roteiro, foram realizadas duas entrevistas piloto (em dezembro de 2020 e fevereiro de 2021) com profissionais da APS de outras unidades não participantes, que se voluntariaram e também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas com os participantes ocorreram em maio e junho de 2021 e janeiro de 2022, com duração entre 20 minutos e uma hora.

Buscou-se realizar as entrevistas no próprio local de trabalho dos participantes, a fim de facilitar o procedimento, o que foi solicitado e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde e posteriormente pela coordenação da unidade de saúde, sendo que apenas uma foi realizada na residência da participante, a pedido da mesma.

O critério de saturação foi utilizado para encerrar a coleta de dados, cessando as entrevistas à medida que os dados se tornaram repetitivos, sem conteúdo que acrescentassem novas perspectivas à pesquisa.

No momento da entrevista os participantes da pesquisa foram informados e orientados sobre a mesma, após assinaram o TCLE para Participação em Pesquisa (Apêndice 2).

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas, para análise posterior. As gravações ficarão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora por cinco anos.

A análise dos dados foi realizada com base na teoria histórico-cultural da Psicologia. Nesta perspectiva o intuito de ir além da aparência, buscando explicação do processo histórico de constituição do objeto estudado (AGUIAR; OZELLA, 2006).

Após as transcrições, foram realizadas as leituras flutuantes do texto para identificar os pré-indicadores, uma segunda leitura pra identificar os indicadores e conteúdo, e posteriormente, selecionados os trechos para a organização dos núcleos de significação e respectiva nomeação dos mesmos.

Para compreender o objeto é imprescindível a apropriação da fala e das expressões humanas, construindo e interpretando os movimentos, a totalidade e os processos histórico e dialético do sujeito naquela realidade. Portanto, compreender de forma crítica sobre os processos e suas determinações, dentro do processo histórico e social (AGUIAR, OZELLA; 2006).

Aspectos Éticos

A coleta de dados foi iniciada após apreciação e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, conforme diretrizes e regulamentos de pesquisas envolvendo seres humanos (número do parecer: 4.184.117).

Os cuidados com os participantes da pesquisa foram adotados pautados nos seguintes preceitos: explicações acerca do objetivo do estudo; entrega do TCLE

contendo informações claras, objetivas e de fácil entendimento para anuência do participante da pesquisa; respeito ao participante da pesquisa, sendo facultado a ele o direito de se retirar do estudo em qualquer momento; retorno aos participantes quando realizado o término do estudo; explicação dos possíveis desconfortos e riscos decorrentes da participação da pesquisa e; garantia do sigilo e privacidade.

Casos em que a participação na pesquisa tenha gerado mobilização afetiva excessiva e percebido no participante sinais de sofrimento ou adoecimento psíquico, a pesquisadora responsabilizou-se por fazer de forma individualizada o acolhimento e encaminhamento para acompanhamento especializado, o que foi necessário com uma entrevistada, tendo sido realizado posterior acolhimento e orientações sobre a possibilidade de atendimento em Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).

As identidades dos participantes são preservadas com utilização de nome fictício sugerido pelos próprios entrevistados e omissão do nome das unidades de saúde nas quais trabalham.

CAPÍTULO 4

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA: NOVOS MODOS DE FAZER, CUIDAR E RESISTIR.

Neste capítulo será realizada a apresentação dos participantes da pesquisa e posteriormente a análise e discussão dos dados das entrevistas.

4.1 – APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Dentre os 10 entrevistados, a média de tempo na função é de 15,6 anos, caracterizando um perfil de profissionais com ampla experiência. O trabalhador com maior tempo de trabalho na unidade de saúde, estava há 16 anos, enquanto o menor tempo equivalia há cerca de um ano. Quanto ao tipo de vínculo empregatício, na UBS se dá de forma mista (CLT, os funcionários da OSS, e estatutário), enquanto na USF, que é gerida pela OSS, todos os trabalhadores têm sua contratação por meio do regime da CLT.

Apenas um entrevistado é do sexo masculino, consoante com a predominância feminina entre trabalhadores de saúde (MACHADO, 2022; OIT, 2022; SOARES et al, 2022).

As informações dos participantes e da entrevista são apresentadas no Quadro 1, referente aos que atuam em UBS e USF.

Importante ressaltar que as entrevistas ocorreram em dois momentos, visto que a coleta de dados foi iniciada no primeiro semestre de 2021 e complementada no início de 2022, visando incluir categorias profissionais não abrangidas.

Quadro 1 – Informações dos participantes da pesquisa

Nome fictício	Tipo de serviço	Função	Tempo de Trabalho (Anos)		Vínculo empregatício	Sexo	Idade (Anos)	Escolaridade	Situação conjugal	Filhos	Data da entrevista	Duração da entrevista
			Na função	Na unidade								
Débora	UBS	Aux. enfermagem	2	2	Estatutário	Feminino	31	Sup em curso	Casada	2	07/06/2021	39min
Driks		Farmacêutico	28	9	CLT - OSS	Masculino	53	Superior	Casado	3	07/06/2021	15min
Júlia		Aux. farmácia	14	4	CLT – OSS	Feminino	29	Ensino Médio	União Estável	1	08/06/2021	44min
Odete		Aux. enfermagem	27	2	Estatutário	Feminino	35	Ensino Médio	União Estável	1	07/06/2021	35min
Margarida		Aux. cons. dentário	27	10	Estatutário	Feminino	47	Superior	Casada	0	08/06/2021	24min
Claudia	USF	Aux. serv gerais	9	5	CLT - OSS	Feminino	57	Ensino Fund.	Casada	4	18/01/2022	23min
Elis		Médica	4	1	CLT– OSS	Feminino	33	Superior	Solteira	0	14/01/2022	1h 12min
Luiza		Aux. enfermagem	17	8	CLT – OSS	Feminino	57	Ensino Médio	Solteira	0	10/05/2021	58min
Maria		ACS	12	12	CLT – OSS	Feminino	46	Ensino Médio	Casada	1	10/05/2021	55min
Rosa		ACS	16	16	CLT – OSS	Feminino	39	Ensino Médio	Casada	2	11/05/2021	52min

Fonte: Elaboração própria.

4.2 – O TRABALHO NA PANDEMIA DA COVID-19 DESVELA CONDIÇÕES DAS ATIVIDADES NA APS

A análise das entrevistas, que seguiu os procedimentos descritos no capítulo anterior, evidenciou diversas dimensões do trabalho na APS no contexto da pandemia da covid-19, as quais ancoram a compreensão das cargas e desgastes psíquicos vividos pelos participantes, principalmente no primeiro ano da situação atípica.

Da análise emergiram seis núcleos de significação, a saber:

- a) **Tudo mudou! “É virado no avesso o serviço nosso”** - a pandemia impõe diversas mudanças na organização do trabalho o que se alia às incertezas em relação à covid-19 e todas as transformações na vida cotidiana;
- b) **Condições adversas: “eles querem o seu máximo”** - as condições de trabalho precarizadas na saúde são anteriores à pandemia e se exacerbam na situação excepcional;
- c) **Difíceis relações de cuidado: “não entende que você tá tentando proteger”** - o relacionamento com os usuários dos serviços é permeado por desconfianças e violências;
- d) **“Você jura ser fiel a sua profissão”: compromisso em primeiro lugar** – o comprometimento com a profissão em detrimento da própria saúde;
- e) **Consequências à saúde do trabalhador** - trabalho em situação de pandemia e os impactos ao corpo e mente dos trabalhadores;
- f) **Solidariedade e trabalho em equipe** - possibilidades de resistência em meio a precarização social e do trabalho.

Apresenta-se, a seguir, a análise e discussão das entrevistas, organizada pelos núcleos de significação.

a) **Tudo mudou! “É virado no avesso o serviço nosso”**

O coronavírus impactou na organização do trabalho na APS e consequentemente na vida e saúde dos trabalhadores.

Com os relatos que serão expostos no decorrer deste estudo, será visto o quanto as altas demandas e exigências, bem como a escassez da força de trabalho na saúde, tem se intensificado e que, somados aos demais agravantes da pandemia, tem gerado maiores cargas e desgastes aos trabalhadores desse setor.

Além das incertezas que surgem no ambiente de trabalho nesse contexto, decorrente da reorganização e mudanças abruptas no cotidiano, ocorre o desgaste do trabalhador devido ao aumento da demanda de casos, como abordam Odete e Débora. O aumento da demanda pode estar relacionado a diversos fatores, entre eles: o medo da população em contrair o vírus, buscando os serviços de saúde nos primeiros sinais de sintomas gripais, gerando assim, uma busca muitas vezes excessiva ou inadequada; disseminação do vírus e agravamento dos casos; busca aos serviços de saúde pelas comorbidades diversas; questões sociais; dentre outras. A sobrecarga pode também ocorrer pelo fato de nem todos os profissionais sentirem-se preparados para atuar em contato direto com usuários com suspeita ou infectados pelo coronavírus, ficando apenas alguns exercendo essa função.

Com a pandemia é virado no avesso o serviço nosso, isso que eu falo. Não dá, porque você nunca chega e tá a mesma coisa, porque às vezes tem avaliações ali e outro lugar pra você cobrir. Então se é funcionários que se ajudam, então é ótimo. Vai bem. (Odete, auxiliar de enfermagem/UBS)

Tem sido bem desgastante né, a demanda aumentou bastante, é difícil trabalhar na unidade, porque assim, nem todo mundo tá disposto a trabalhar no covid [setor que avalia sintomáticos]. O pessoal tem medo, né, pessoal tem medo de ir lá, então acaba ficando só pra algumas pessoas. (Débora, auxiliar de enfermagem/UBS)

Necessário destacar que muitas têm sido as consequências da pandemia no mundo do trabalho e que se estenderão nos próximos anos. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), as previsões de recuperação em 2022 ainda são lentas, principalmente em países de baixa renda. O índice de desemprego global (estimado em 207 milhões no ano de 2022) permanecerá abaixo dos níveis pré-pandemia pelo menos até 2023. Previsão muito provável pelas novas variantes em curso no mundo (OIT, 2022b). Se por um lado ocorre um número alarmante de desemprego no mundo, por outro vivencia-se a escassez da força de trabalho na saúde (OIT, 2022a), potencializando o aumento de sobrecarga a

esses trabalhadores. Somados a esse cenário, Machado et al (2022) ressaltam que estes profissionais têm enfrentado durante a pandemia as diversas demandas de atendimento, vivenciaram condições de trabalhos inadequadas e escassez de EPI's, vínculos de trabalho precários, com perdas de direitos frequentes e foram expostos a atividades intensas, que tem acarretado trabalhadores cada vez mais adoecidos, manifestando estresse, exaustão, cansaço, bem como desgaste e prevalente esgotamento emocional.

O desenvolvimento do trabalho em contexto de pandemia foi ressaltado pelas entrevistadas como difícil, principalmente no início, pelo desconhecimento do coronavírus, modos de agir no serviço e pela necessidade de adaptações no trabalho, contribuindo para o aumento das incertezas, de como agir e se de fato há proteção nesses espaços.

Na fase inicial foi um momento mais... bastante com a equipe muito assustada, a gente não sabia, não só a equipe, como a secretaria de saúde, enfim, as pessoas não tinham muitas diretrizes, então houve muitos conflitos, o que fazer, o que não fazer. O trabalho se sobrecarregou muito. (Elis, médica/USF)

No começo a adaptação né? porque você não sabe com o que que você está lidando. (Odete, auxiliar de enfermagem/UBS)

Você lidar com uma coisa que ninguém sabe, o mundo inteiro não sabe né?! Não é fácil, não é fácil! (Luiza, auxiliar de enfermagem/USF)

Ninguém conhecia esse vírus, ninguém sabia quanto tempo ele ia ficar, quanto tempo ele transmitia. (Maria, ACS/USF)

Por causa do momento que a gente tá vivendo, as incertezas, a gente não sabe nada, daí, será que realmente eu estou protegida? (Rosa, ACS/USF)

Ribeiro et al (2020) pontuam que o desconhecimento da doença é uma das causas do aumento do contágio entre os trabalhadores de saúde, sendo necessário a circulação de informações para todas as categorias no ambiente laboral. Os autores trouxeram, em sua revisão de literatura, que médicos e enfermeiros apresentavam um conhecimento geral adequado sobre a doença, principalmente os que atuavam em contato direto com pacientes infectados pelo coronavírus, no entanto, trabalhadores administrativos, por exemplo, tinham menores informações relacionadas à covid-19.

Medo, preocupação e tristezas foram apresentados pelas entrevistadas, principalmente decorrente do desconhecimento de muitos aspectos do vírus e consequências da covid-19 e pela preocupação de transmitir a doença para os familiares e amigos. Foi verbalizado maior medo de transmitir do que de contrair o vírus e sentimentos, como de culpa, que fazia com que se afastassem das pessoas de seu convívio e dos próprios usuários.

Medo de levar o vírus pra minha filha, pro meu marido, fiquei sem ver minha mãe uns dois meses. Aqui [na unidade de saúde] a gente não podia sair na rua, tudo era por contato telefônico, então no começo assim, foi bem difícil! (Maria, ACS/USF)

Mas ainda bem que meu filho não teve [...] porque a minha preocupação maior na hora era ele né?! (Odete, auxiliar de enfermagem/UBS)

Porque eu tenho uma mãe idosa, que eu cuido. Ela mora na casa dela, mas eu tenho que ir lá todo dia. Há um ano que eu não abraço. Fazia um ano. Abracei ela domingo, que era o aniversário dela [já estavam vacinadas]. (Margarida, auxiliar de cons. dentário/UBS)

O medo de passar pra minha família, que eu acho que é maior do que eu mesma contrair o vírus [...] medo de passar pros meus familiares, principalmente que a minha mãe tem comorbidade (Débora, auxiliar de enfermagem/UBS)

O medo de transmitir o vírus foi uma vivência compartilhada por muitos trabalhadores de saúde, como apresentado pela literatura (ORNELL et al., 2020b; PRADO et al, 2020; FERNANDEZ et al 2021; QUIRINO et al 2020; TEIXEIRA, 2020; MACHADO et al, 2022) e fez com que os profissionais se afastassem e tivessem a sua rede de apoio fragilizada, gerando vulnerabilidades, inclusive no aspecto emocional (QUIRINO, et al, 2020), tendo a pandemia ocasionado distanciamento da rede socioafetiva e gerado sentimentos ruins ao dificultar a autogerência das relações desses trabalhadores (PEREIRA et al, 2022).

Outra dimensão identificada refere-se às distintas formas de organização do trabalho. Os entrevistados relatam que houve particularidades na organização das unidades de saúde e diferenças tanto entre as unidades, quanto entre categorias

profissionais. Como na dispensação de EPI's aos trabalhadores na situação da crise sanitária, pois notou-se que não houve uma padronização e acesso igualitário aos mesmos.

Na hora que eu coloco os meus pés no hospital eu uso uma KN95 durante todinho o meu plantão, a gente não tira ela. Aqui [na unidade de saúde] a gente tem as nossas máscaras também, que a gente troca a cada 4 horas. (Luiza, auxiliar de enfermagem/USF)

A máscara que a gente tinha era aquela fininha, assim, dava até medo né?! As vezes a gente preferia usar até a nossa de tecido do que a que eles davam, de tão fraquinha que eram. (Maria, ACS/USF)

Precisou fazer algumas visitas com médicos e com enfermeiro, e o médico ele ia de máscara cirúrgica, ia com o face, luva, gorro, e avental, e nós íamos com a nossa máscara de pano [...] Eu usava a minha máscara de pano, porque era o que eu tinha, porque no começo tava muito caro a máscara cirúrgica né, era muito caro, e a que eles forneciam pra mim, não dava, eu tinha alergia, e assim em momento nenhum eu fui atendida, isso me causou uma tristeza muito grande, uma desmotivação também, mas continuei né, fazendo o meu serviço. (Rosa, ACS/USF)

Sempre tem, é incrível menina. Nunca faltou jaleco, máscara, nunca faltou nada pra gente. (Odete, auxiliar de enfermagem/UBS)

Quem fica mais exposto ali, se precisar tem a KN95, né. Daí tem a máscara normal pros outros funcionários, que fica ali também, nunca faltou (Débora, auxiliar de enfermagem/UBS)

A gente sempre teve EPI, porém nem sempre foi adequado e aí houve uma época que a gente recebeu um EPI absurdo, absurdo, [...] algumas unidades, máscaras de péssima qualidade e para uma ou outra, muito poucas, máscaras boas. E aí isso desmobilizou! [...] Agora tá mais tranquilo, mas teve época que estava acabando EPI, "tá acabando, tá acabando", nunca sabia se ia chegar, se não ia chegar, mas aí no último segundo chegava, mas sempre ficava naquela corda bamba, isso fazia com que os funcionários comesçassem a reter, esconder máscaras para si e aí fica um clima ruim entre a equipe, sabe?! Ou quando vinha dois tipos de máscaras, uma que era melhor e outra que a gente sabia que não era uma máscara adequada, alguns funcionários pegavam a melhor pra si e deixavam os outros com a pior e isso gerava conflitos. Então teve uma série de questões também, que acabam surgindo posturas ruins das pessoas, mas que na verdade a culpa é da gestão de tudo isso né?! (Elis, médica/USF)

Pode-se notar que a organização não padronizada entre as unidades de saúde e entre membros da mesma equipe gera conflitos nas relações interpessoais. Trabalhadores sentiram-se desvalorizados em relação a colegas por não terem acesso aos mesmos EPI's, não compreendendo o porquê da diferenciação. A diferença na paramentação pode estar relacionada ao tipo de exposição, a depender dos procedimentos realizados pelo profissional com o usuário, porém, como os trabalhadores estavam com medo do contágio, provavelmente manifesta-se o sentimento de que há tratamento diferente aos trabalhadores a depender da função.

Machado et al (2022), em pesquisa realizada em 2021 sobre as Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da covid-19 no Brasil, mostram que apenas 43% dos entrevistados sentem-se protegidos no ambiente de trabalho, sentimento em parte relacionado à falta e/ou inadequação dos EPI's, o que pode intensificar o medo da contaminação e de adoecimento. Por outro lado, as disputas interpessoais decorrentes das diferenças entre EPI's enfraqueceu o coletivo de trabalhadores, que juntos poderiam ter organizado pleitos referentes a melhorias nas condições de trabalho, visto que, o enfrentamento de forma coletiva de situações de adoecimento acarreta na conscientização, solidariedade e vitalidade (FRANCO; GRAÇA; SELIGMANN-SILVA, 2010).

Algo que pode minimizar as inseguranças e medo nesses trabalhadores e proporcionar maior proteção, seria a colocação de barreira física nos locais de atendimento ao público, o que não ocorreu de forma imediata em todas as unidades da APS no município estudado.

Por exemplo, unidade x, não tinha proteção, foi colocado depois. Então falava abertamente com a pessoa [sem barreira física entre profissional e usuário], você não sabia se tava contaminada ou não tava. No começo não dava pra saber. (Driks, farmacêutico/UBS)

Daumas et al (2020) destacam que as escolhas das formas de reorganização dos serviços da rede para controlar os impactos da pandemia, devem considerar minimizar os riscos aos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, sendo que o poder público deve propiciar condições para a população cumprir as medidas de proteção e o SUS atender às demandas de cuidado e garantir a segurança de profissionais e pacientes. Com relação a

medidas protetivas, os autores também trazem que a reorganização da APS deve estar direcionada às ações de prevenção, priorização dos casos crônicos e agudizados, na organização dos fluxos, na disponibilização dos EPI's e teleatendimentos, visando minimizar a circulação dos usuários nos serviços de saúde e, conseqüentemente, reduzir o contágio entre as pessoas.

Frente à situação de lidar com novo vírus e nova doença, há necessidade de capacitações e orientações permanentes aos trabalhadores de saúde, uma vez que o cuidado com os usuários se dá ao mesmo tempo em que o conhecimento está sendo desenvolvido e organizado em protocolos e orientações aos profissionais e serviços de saúde. Porém, na realidade estudada essa atualização não foi realizada de modo uniforme e, na maioria das vezes, somente com a disponibilização de materiais para leitura pela gerência da unidade, muitas vezes em grupos de WhatsApp. Não houve, conforme os relatos, situação em horário de trabalho para treinamento, orientações e esclarecimentos à equipe sobre como proceder, aparentemente ocorrendo orientações pontuais, não padronizadas e não abrangendo todos das equipes.

Mas pra nós, [alguém da gestão] falar “pessoal vai lá se cadastrar” [em algum curso], pelo menos pra nós não teve nada. (Driks, farmacêutico/UBS)

A gente não teve treinamento e no começo a gente não tinha nem EPI's. Na verdade, a gente ficou aqui isolada, porque foi a enfermeira que falou pra gente ficar isolada, mas não veio nenhuma ordem lá de cima. (Maria, ACS/USF)

A pandemia veio e a gente nunca teve uma orientação, tanto é, que bem no comecinho de 2020, abril, nós agentes decidimos não ir para a rua, nós falamos “nós não vamos” porque era muito novo, a gente não sabia nada, mas assim, nunca ninguém nos deu uma orientação (Rosa, ACS/USF)

No entanto, alguns trabalhadores consideraram satisfatórios os conteúdos recebidos, o que complementa o observado acima referente às diferenças na organização do trabalho entre as unidades de saúde e dentro de uma mesma equipe, pois Driks, trabalhador da UBS, relata ausência de orientações, mas Odete e Júlia pontuam o recebimento.

A chefe tá sempre postando no grupo tudo que tem, a maneira correta de tirar tipo a KN95 como que faz, ela está sempre nos orientando, sempre tem. (Odete, auxiliar de enfermagem/UBS)

Ah, a gente sempre recebe orientação. Pra gente orientar também as pessoas, né, que às vezes perguntam. E a gente fala, tem que orienta, manter distância. (Julia, auxiliar de farmácia/UBS)

Margarida recebeu material específico da coordenação de área. A trabalhadora apresentou-se empolgada com o material recebido, denotando satisfação e até mesmo reconhecimento.

Recebemos uma apostila com protocolos. A gente recebe o material e EPI. Foi bem orientado sim, a coordenação [de saúde bucal] fez uma apostila bem interessante (Margarida, auxiliar de cons. dentário/UBS)

A leitura de tais materiais e busca de outras informações, dependeu, do interesse dos profissionais, muitas vezes fora do horário de trabalho. Tal fato pode acarretar a culpabilização ao trabalhador caso o mesmo venha a se infectar, gerar maior sobrecarga de trabalho conforme a necessidade de se aprimorar em momentos que deveriam ser de lazer e descanso e também de inacessibilidade aos conteúdos ofertados, por exemplo, caso o trabalhador não tenha acesso à internet.

Quem não faz é quem não tem interesse, mas estão disponibilizando [...] Pode assistir aqui no trabalho, por exemplo... é que assim, aqui a gente não tem acesso à internet e a internet, pelo menos do meu celular aqui é... é horrível, então eu não consigo. É uma coisa ou outra que eu consigo abrir no meu celular aqui no horário de serviço. Então, seria mais nos outros horários [...] Não fica sem informação, porque daí ele [profissional] pode buscar um enfermeiro, né, buscar alguém também (Débora, auxiliar de enfermagem/UBS)

Então, tive que estudar muito mais, recorrer a ex-professores. A gente chegou a fazer até reuniões com uns colegas daqui da cidade, falamos com alguns professores da faculdade, fizemos algumas reuniões online, pra eles nos ajudarem, porque assim, as outras comorbidades ficaram abandonadas, completamente. Completamente! (Elis, médica/USF)

Tal situação denota falta de diálogo e comunicação na equipe, o que agrava sofrimento, quando informações claras e organização poderiam minimizar as angustias dos trabalhadores e trabalhadoras e também diminuir os conflitos interpessoais. A falta de comunicação entre gestão/profissional/usuário, torna as relações permeadas por desencontros e ineficácia, como visto anteriormente, seja na relação entre a própria equipe, como em relação aos usuários. Tais desencontros e falhas comunicativas podem vir a sobrecarregar a equipe comprometendo o cotidiano de trabalho na saúde (AMARAL et al, 2021). Vale destacar que a atualização de informações sobre a doença e procedimentos, bem como sobre os canais disponíveis para oferta do cuidado à saúde do trabalhador deveriam ser medidas implementadas pelos gestores (PEREIRA et al, 2022).

Para Driks o seu trabalho na pandemia não teve muitas mudanças, porém pontuou o aumento da demanda, a sua maior precaução e cautela ao lidar com os usuários e as condições da proteção física no trabalho. Na percepção do farmacêutico, o aumento da demanda parece decorrer da crise econômica e o alto índice de desemprego que tem atingido os trabalhadores e que consequentemente deixam de ter seus planos de saúde, necessitando utilizar do SUS. Júlia também observou o aumento no uso medicamentoso pela população e associa ao modo como estão buscando, talvez como mecanismos de defesa ou até mesmo de fuga para realizar os enfrentamentos. Com isso, levanta-se a reflexão de que a medicalização excessiva tem reforçado a lógica biomédica do cuidado na Saúde, desconsiderando assim, a determinação social do processo saúde-doença.

Muito aumento de medicação ansiolítica, principalmente para adolescente. Muito! Sertralina, subiu assim o consumo, barbaridade! Diazepam! E uma faixa etária que não usava tanto, agora tá usando! E o aumento do movimento da farmácia. Não sei se porque, o pessoal perdeu o plano de saúde, não sei o que aconteceu, então praticamente dobrou aqui [na unidade de saúde]. (Driks, farmacêutico/UBS)

Aumentou barbaridade de remédios controlados, sabe, as pessoas não tão sabendo lidar com certas coisas (Júlia, auxiliar de farmácia/UBS)

O relato de Driks sobre o aumento do consumo por medicações, demonstra o aumento do trabalho mediante a maior circulação de pessoas nos serviços de saúde e, por outro lado, deve-se a partir do exposto atentar-se para a tendência do consumo farmacêutico e o cuidado para que não se intensifique a medicalização e patologização

excessiva (WHITAKER, 2020) de situações que são sociais e estruturais, visto que o adoecimento psíquico pode se apresentar enquanto uma expressão da questão social na população em geral e também nos profissionais de saúde. É necessário enfatizar que o processo saúde-doença deve ser compreendido de forma ampla, diante das determinações sociais, e não de uma forma fragmentada, excluindo os processos de produção e reprodução social e todas as questões estruturais postas pela sociedade contemporânea (ALMEIDA, 2018), portanto, importante considerar que com a pandemia a sociedade vem enfrentando mudanças no cotidiano, podendo ter respostas emocionais à crise (WHITAKER, 2020).

Ao relatar sobre o que poderia viabilizar o trabalho no contexto da pandemia Júlia, Débora e Elis acrescentam quanto ao espaço físico mais adequado, tanto para as próprias ações relacionadas a covid-19, quanto para as demais atividades desenvolvidas que visam garantir o cuidado longitudinal e integral dos usuários. A precariedade de estrutura física para a realização do trabalho pode gerar sentimento de frustração e desmotivação nos trabalhadores, potencializando um desgaste emocional.

Uma coisa que é difícil, também, o espaço físico. A gente não tem espaço, né, pra atender... Então, é... aonde que é o covid agora [atendimento de pessoas com suspeita da covid-19], era a sala de inalação, a sala de curativo, e... ali era a sala do expurgo, que é onde a gente lava o material. Então, a gente perdeu três salas. (Débora, auxiliar de enfermagem/UBS)

Eu acho assim, ó, que nem, esse posto aqui, pelo tanto de pessoas que ele atende, eu acho muito pequeno. Que aí daria pra você ter um espaço maior, tentar fazer alguns lugares assim, melhor. Que é muito difícil, você viu aqui? Aqui teve que trancar, por conta que a coleta da covid tem que ser aqui. Fica duas salas desocupadas, aí já não faz mais inalação, já não faz mais não sei o quê [...] Porque não adianta você falar em aglomeração. Você viu aí. É um em cima do outro, “fia”, por conta do espaço. Não tem espaço. (Júlia, auxiliar de farmácia/UBS)

Várias ideias, várias coisas que eu já tenho, ideias para as oficinas, e não consigo colocar em prática né?! eu não tenho espaço, a unidade é pequena, eu preciso desse espaço, a gente precisa de apoio, não tem apoio (Elis, médica/USF)

Além de algumas unidades de saúde não terem uma estrutura adequada para a realização do cuidado nesse cenário, deve-se entender que o trabalho do ACS, com forte base territorial e em contato direto com os usuários, família e comunidade, também precisou de reorganização.

Foi tudo muito de repente né, então teve que parar tudo, cancelar consulta, cancelar exame. O serviço foi bem corrido, porque a gente não podia ir na casa né? A gente tinha que fazer tudo por telefone e algumas pessoas não tinham telefone e aí você tinha que ir na casa, só que daí a orientação era “não entra dentro da casa, fica dois metros longe” então isso dava ainda mais pânico na gente! (Maria, ACS/USF)

A literatura aponta que a categoria passou a realizar visitas domiciliares em casos específicos e de dificuldade de locomoção dos usuários (GOIS-SANTOS et al, 2020; MURAKAMI; ARAÚJO; MARQUES, 2022) e os trabalhadores assumiram papel fundamental de educação em saúde junto aos demais profissionais das equipes, através de trocas de saberes e orientações relacionadas ao cuidado necessário para a minimização dos impactos e transmissão do coronavírus. Tais orientações são peculiares e devem ser pensadas conforme as necessidades e singularidades de cada território e usuário, além de ser uma prática que potencializa a vinculação entre trabalhador e usuário e na promoção de saúde (MURAKAMI; ARAÚJO; MARQUES, 2022; PASQUALIN, 2022).

Outra dificuldade no trabalho no contexto da pandemia, decorreu da sobrecarga por ausência de trabalhadores devido a, por exemplo, afastamento por covid-19 ou outros adoecimentos, demissão e/ou exoneração de funcionários, o que gera necessidade de reorganização na dinâmica cotidiana, como destacado pelas entrevistadas.

Igual quando tá faltando um funcionário, por exemplo, você não tá só num setor né? se você ficasse só ali, por exemplo, exercendo a função do covid, mas sabe que não é assim. Se tá faltando funcionário, você tem que ir lá socorrer... (Odete, auxiliar de enfermagem/UBS)

Porque até então, quando estava com menos profissionais, aí ficava difícil. Tinha que sair um daqui e ir pro covid, aí voltava. E você não tomou um banho pra voltar e atender né? Mas agora eles estão com bastante médicos e deu uma melhorada. (Margarida, auxiliar de cons. dentário/UBS)

Não, teve demissão (risos). Teve contratação depois pela empresa, porque aqui [na unidade de saúde] já estava desfalcado de funcionário. Quando eu entrei mesmo tava, mas

contrataram, acho que umas terceirizadas. Tem 2 técnicos terceirizados, 2 enfermeiros terceirizados que tavam, mas daí, hoje mesmo estamos sem. Outra tá afastada, grávida. E tem uma que pediu demissão, acho que virá né?! Mas corrido. Eu era do corredor, já passei pra outra sala, dou assistência ali também (Odete, auxiliar de enfermagem/UBS)

A da licença maternidade, às vezes eles mandam [profissional para cobrir], mas de licença doença eles não mandam. Então, a gente daí tem que se virar nos trinta com a nossa escala já e fazer as outras que estão descobertas. Bem difícil. (Débora, auxiliar de enfermagem/UBS)

Nota-se que a pandemia agravou a situação de redução de pessoal nos serviços de saúde. Este problema, identificado em muitos serviços públicos, está relacionado a dificuldades financeiras e orçamentárias decorrentes sobretudo do modelo neoliberal que vem sendo implementado. Seligmann-Silva (2011) pontua que nos setores públicos a redução vem se dando pelo não preenchimento das vagas, intensificando a sobrecarga e atingindo também a qualidade dos serviços prestados. Resultado da precarização do trabalho com uma lógica produtivista, que visa a quantificação em detrimento da qualidade.

Na rede de saúde em estudo, a redução de pessoal, definitiva ou eventual, deve ser resolvida no nível local, portanto com sobrecarga da equipe. Assim também, todo o acúmulo de cansaço e horas excedentes trabalhadas, decorrente de dois anos de trabalho em regime de ‘excepcionalidade’, traz novos transtornos e sobrecargas às equipes.

Na minha unidade, a enfermeira tá dando um jeitinho de deixar o pessoal descontar, então às vezes tem gente que tira uma semana inteira, e tal, mas daí a gente vai ficando com a equipe muito desfalcada e vai tendo que se virar. E a gente trabalha, já tava trabalhando triplicado e ai acaba trabalhando mais ainda[...]. Semana passada eu tava sozinha porque o outro médico estava descontando hora. Magina, não fiz horário de almoço quase nenhum dia e quando fiz, saia quase quatro horas da tarde, comia 20 minutinhos e voltava (Elis, médica/USF)

Tava até suspenso né as abonadas, agora que o pessoal tá voltando a tirar, mas faz falta. Hoje mesmo tá faltando um enfermeiro, nós estamos... sorte que todo mundo se ajuda (Odete, auxiliar de enfermagem/UBS)

Teixeira et al (2020) apontam que o cansaço, estresse e exaustão, podem acarretar em maior exposição ao vírus mesmo o profissional tendo recebido treinamento intenso. Portanto, preservar as horas de descanso, as folgas, férias e uma força de trabalho suficiente, bem como condições adequadas, preserva a saúde dos trabalhadores e evita os riscos e agravos à saúde.

Para Margarida, o trabalho na pandemia teve alguns facilitadores como a redução dos atendimentos e fornecimento, pela coordenação de saúde bucal, de materiais e de orientações para a execução do trabalho. Pontua que as medidas de higiene já existiam, mas foram intensificadas neste momento. Verbaliza também que além das orientações, não faltou EPI's, mas tal fato não minimizou o medo de contágio neste contexto.

A coordenação reduziu o número de atendimento, mas continua, só reduziu. Os procedimentos que eram feitos antes da pandemia, são feitos durante a pandemia também [...] Recebemos uma apostila, com protocolos. A gente recebe o material, EPI. Foi bem orientado sim, a coordenação fez uma apostila bem interessante [...] Como limpar a sala, ficou mais rígido né. Não que antes não fosse, não mudou muito a questão da higiene, que a gente já tinha [...] Não tem dificuldade porque a gente tem todo o material que é pra gente trabalhar, os EPIs, mas acho que são dias. Tem dias que está super tranquilo, que flui bem. Tem dias que parece que a pessoa espirra, a gente já fica nervosa, sabe? Já fica pensando... já começa a ter os sintomas, mas de modo geral tá fluindo bem. (Margarida, auxiliar de cons. dentário/UBS)

Gois-Santos et al (2020) pontuam que no início da pandemia houve uma reorganização do trabalho na saúde bucal, priorizando o atendimento a casos de urgência e emergência, dando assim, assistência aos usuários que apresentavam dores agudas e com maiores riscos à saúde. O que corrobora com o apresentado por Margarida, que relata que na situação de crise sanitária houve a redução na agenda e priorização dos casos mais graves. Os rearranjos ocorrem pelo trabalho no consultório dentário ter maior risco de exposição e contaminação, mediante a proximidade entre profissional e paciente e contato frequente com saliva e sangue, sendo um risco para contaminação pelo coronavírus. Velho et al (2021) ressaltam ser extremamente necessário os protocolos de biossegurança em odontologia, como o uso correto dos EPI's e evitar a realização de procedimentos que gerem aerossóis.

No entanto, ao mesmo tempo que são realizadas estratégias para minimizar os riscos biológicos, as queixas pelos usuários acabam se intensificando, podendo dificultar a relação profissional/usuário e gerar maiores cargas emocionais e desgastes ao trabalhador, além de um sentimento de desassistência na população.

Porque a agenda fica mais longe. A gente atendia seis por dia, agora são dois e a gente ainda encaixa, quando é uma urgência. Ninguém vai embora com dor. Mas não está bom ainda. Ainda reclama [a população]. “Eu vou morrer com o dente assim?”, eles ainda reclamam, porque a agenda ficou mais distante né?! (Margarida, auxiliar de cons. dentário/UBS)

Para Elis, outro ponto que intensificou o trabalho na APS durante a pandemia foi a dificuldade de acesso aos demais serviços da rede de atenção, os quais tiveram suas atividades suspensas ou com atendimentos restritos, o que ocasionou sobrecarga na atenção primária e uma necessidade de aprimoramento profissional para dar conta de uma demanda reprimida e com outras necessidades para além de sintomas respiratórios decorrentes da covid-19.

[...] unidade de saúde se tornou primário, secundário e terciário. Isso foi muito, muito angustiante, muito. Tem sido né?! [...] Assumir um papel de especialidade, que não era o nosso papel. Então tive que estudar muito mais, recorrer a ex professores. A gente chegou a fazer até reuniões com uns colegas daqui da cidade, falamos com alguns professores da faculdade, fizemos algumas reuniões online, pra eles nos ajudarem, porque assim, as outras comorbidades ficaram abandonadas completamente. Completamente! (Elis, médica/USF)

A entrevistada ainda acrescenta sua percepção da importância da APS durante a pandemia e como a sua organização e objetivos puderam garantir o menor agravamento da situação. Tal fala ressoa como um pedido para que a APS e seus trabalhadores sejam valorizados e ampliados em meio a tantos retrocessos e perdas para essa atenção, assim como para o SUS de modo geral.

[...] fica a importância, eu não sei se todo mundo vai se lembrar disso, mas a importância crucial assim da atenção primária, da estrutura da atenção primária, porque só não foi pior, porque a gente tem unidades de saúde pulverizadas pelo Brasil todo [...]

que segurou a população brasileira nas mãos. Foram as equipes de saúde do sistema único de saúde. (Elis, médica/USF)

As medidas de proteção e contenção são extremamente necessárias para a minimização dos agravos e disseminação do vírus e a APS tem papel fundamental para identificar as vulnerabilidades e contribuir na minimização dos impactos causados durante a pandemia (DAUMAS et al, 2020) e nos demais contextos, é necessário resgatar uma atenção básica voltada para desenvolver atenção integral que impacte na saúde e autonomia e nos determinantes e condicionantes de saúde das pessoas e das coletividades (BRASIL, 2011).

Desse modo, percebe-se o quanto a pandemia desvela o processo de precarização do trabalho que vem ocorrendo no SUS, e mais especificamente na APS. A falta de recursos e investimentos nas políticas públicas, somada às terceirizações, tem acarretado em perdas significativas aos trabalhadores que vivenciam desregulamentação de seus direitos, condições de trabalho cada vez mais intensas, com sobrecarga mediante alta demanda, escassez de trabalhadores e altas exigências por produtividade. Características que denotam a mercantilização da saúde, da vida e o processo de exacerbação da exploração do capital.

b) Condições adversas: “Eles querem o seu máximo”

As altas exigências e desvalorização dos trabalhadores de saúde, independente do contexto de pandemia, é situação revelada pelos participantes da pesquisa.

*Assim, sempre existiu a cobrança de produção né? Que é até mesmo um parâmetro das visitas que a gente faz, só que assim, não dá pra ser igual, não é um produto de série, porque as vezes você sai para fazer uma visita, é muito rápido, só que tem visita que não é. Tem visita que te demanda meio período da manhã [...] Existe a cobrança, **eles** [a gestão da secretaria de saúde] **querem o seu máximo**, e com os anos a cobrança é muito mais, eu acho que o repasse do Ministério eu não sei muito bem, eles cobram eles, e eles cobram a gente. E assim, o que eu entendo é que **eles querem mais produção do que qualidade**, é números e não qualidade (Rosa, ACS/USF)*

Agora por causa da nova forma de financiamento da atenção primária, os indicadores... então a secretaria de saúde, a Pirangi [OSS gestora ESF], cobrando indicadores, cobrando indicadores e números, números, números, produtividade, coisa que quando eu entrei, no início não tinha. Então assim, tudo é produtividade. Não importa a qualidade da sua consulta, não importa nada, nada, nada, nada, só importa números, números, números (Elis, médica/USF)

O trabalho na APS já vinha enfrentando os impactos do subfinanciamento do SUS e o gerencialismo no serviço público, decorrentes da lógica neoliberal, com aumento de cobranças por produtividade e metas, como ressaltado por Rosa e Elis. Esta situação se agrava diante da crise sanitária, dificultando o desenvolvimento do trabalho, potencializando ou desencadeando sofrimentos psíquicos aos trabalhadores e ampliando o sentimento de desvalorização.

As enfermeiras estão assim, emocionalmente muito desgastadas, porque nunca se ouve um elogio, um obrigada, parabéns. É só “você estão fazendo tudo errado”, “não atingem as metas”, “a gente não vai receber dinheiro” e blá, blá, blá. Tá sempre tudo péssimo, mas também ninguém vai lá ver, ninguém chega e vê o dia a dia da unidade, vê como é. (Elis, médica/USF)

Você é um número. Eu me sinto assim. Principalmente nessa pandemia. (Margarida, auxiliar de cons. dentário/UBS)

Conforme visto anteriormente, as novas formas de organização e gestão do trabalho, decorrentes da reestruturação produtiva, têm impactado fortemente o mundo do trabalho e atingido também o trabalho vivo no setor de serviços de saúde e na produção desse cuidado (MERHY, 2002). Na APS, os subfinanciamentos e ausência do Estado cada vez mais presente nos serviços e políticas públicas vem acarretando precarização e intensificando o adoecimento dos trabalhadores. O trabalho neste setor apresenta várias tipologias de precarização, como: perda dos direitos trabalhistas, perda da identidade individual e coletiva, entre outras, que implicam na qualidade da assistência e nas condições dos espaços sócio-ocupacionais, reforçando relações trabalhistas de instabilidade, insegurança, flexibilização, terceirização e desvalorização no trabalho (SOUSA, 2017; DAMASCENA; VALE, 2020).

As campanhas de vacinações (tanto contra influenza, quanto contra a covid-19) foram apontadas pelas entrevistas como uma vivência desgastante, embora tenha ocorrido uma significação desse processo de trabalho, dada a sua importância. Uma mobilização que aconteceu em âmbito local e garantiu maior efetividade no cuidado à população. Tal ação efetiva um dos objetivos da APS que é o papel preventivo e protetivo e vem ao encontro do que a comunidade científica orienta, visto a efetividade das vacinas para minimizar a disseminação do coronavírus e agravos à saúde em âmbito mundial.

[...] campanha de vacinação, inúmeros finais de semana, não só aquelas vacinações, mas ele [o prefeito] inventou de a gente ter que trabalhar de sábado, mas muito, muito, muito, muito. Ele tirou feriados nossos, ele inventou muito da gente trabalhar sábado. Esse mês de janeiro as unidades de saúde vão abrir [...] nunca eu consegui desconto de hora, e eles também não pagam essas horas, muitas vezes (Elis, médica/USF)

Cinco e quarenta da manhã, pra poder organizar tudo, porque a campanha [de vacinação contra a covid-19] ia começar às oito horas, mas eles mandaram... - ó, eu fiquei desde as cinco e meia da manhã, cinco e quarenta, até as oito horas da noite que eu cheguei em casa - eles mandaram dois lanches, né, tipo, então, a gente acha que é desvalorizado por isso também, né, na questão não só financeira; eles poderiam pensar no funcionário, ou mesmo nas pessoas que foram de voluntárias. Teve muita gente que foi de voluntário e pra ficar o dia todo com um pãozinho com presunto e queijo e um guaranazinho! [...] Porque é bonito falar na mídia, ah, legal, a gente conseguiu a vacina, tal, mas e nós? Que estamos ali, trabalhando? Poderia também né, ser valorizados um pouco mais. Foi muito gratificante, foi muito bom, legal você vacinar, fiquei muito feliz nessa parte, mas também tem a parte da indignação de quem não pensa na gente, sabe? Os órgãos aí que poderiam, né, não só o prefeito, o prefeito, às vezes nem sabe de nada, né, às vezes... não sei se é ele que comanda tudo, mas ele fica por trás, né. (Débora, auxiliar de enfermagem/UBS)

Procura-se paliativos imediatos, como observa Elis em relato angustiado, pois diante das dificuldades enfrentadas no cotidiano do trabalho busca-se momentos prazerosos para a equipe, o que é tolhido pela coordenação da APS, gerando desmotivação profissional e diluindo as relações na equipe, que poderiam se tornar ainda mais potentes, porém as pessoas da gestão municipal parecem não compreender assim.

Então as equipes estão muito desgastadas por tudo isso né, muito, muito, muito! Às vezes a gente tenta fazer uma

coisinha ou outra, um café da manhã, uma coisa aqui, uma coisa ali. Se a coordenação ficar sabendo, eles mandam cortar. Não pode fazer, “Porque se o paciente vê pode achar que a gente não tá trabalhando” (Elis, médica/USF)

Tal fato, remete a uma das dimensões da precarização social, ressaltada por Franco, Graça e Seligmann-silva (2010), que trata da fragilização das identidades individuais e coletivas. As autoras trazem que a precarização do trabalho dificulta a elaboração dos processos internos e reconhecimento de si, neste cenário, é estabelecido no imaginário social a compreensão de naturalidade das inseguranças, competitividade, descartabilidade das pessoas, fragilizando assim, os vínculos, as perspectivas profissionais, ou seja, o reconhecimento social. “Aprofunda-se o processo de coisificação das relações humanas e de humanização das coisas, destrata-se a vida.” (FRANCO; GRAÇA; SELIGMANN-SILVA, 2010, p. 232).

O desgaste do trabalho regular é acompanhado da necessidade de complementação de rendimentos, o que pode gerar situações de maior cansaço, como revela Débora. Ela e seu marido iniciaram um empreendimento para compor a renda da família e acabam não tendo tempo livre para outras atividades externas ao lar que possam gerar satisfação pessoal e qualidade de vida, pois a trabalhadora exerce duas jornadas, estuda em outro período, além das demais tarefas do cotidiano que podem acarretar em maiores cargas para si. Sua fala, denota um cenário que muitas famílias estão enfrentando para conseguir garantir sua sobrevivência, pois a crise econômica e política vem atingindo de forma preocupante a classe trabalhadora, propiciando ainda mais a exploração e apropriação do ser humano pelo capital.

E agora, eu e meu marido, a gente abriu um trailer, né, então a gente não tem tempo, porque agora à noite, eu saindo daqui a gente tá... tá fazendo lanche. Então, também não tenho tempo. Aí, final de semana a gente tá muito cansado. A gente faz alguma coisa em casa mesmo, assiste um filme, mas atividade física mesmo, não tô fazendo nada [...]. Pra aumentar renda mesmo. Ele falou ó...a gente precisa fazer alguma coisa [...]. Por isso que eu tô tentando fazer agora faculdade, pra ver se eu consigo ganhar um pouquinho melhor, sabendo também que não vai ser “aquele” dinheiro, porque enfermagem, qualquer profissão né, mas eu acho que a enfermagem é bem desvalorizada [...] É uma discrepância assim, que você vê... tudo bem, o médico estudou sei lá quantos anos, né, o advogado,

mas é muita coisa sabe, a diferença salarial (Débora, auxiliar de enfermagem/UBS)

Na atual conjuntura socioeconômica e política os trabalhadores acabam tendo que se desdobrar para garantir o mínimo de qualidade de vida para si e sua família, ocupando o seu tempo em duplas ou triplas jornadas e/ou conciliando trabalho e estudo, com as demais tarefas do cotidiano, como as domésticas. O contexto de pobreza também é um fator que acarreta vulnerabilidades do próprio corpo e mente, que pode limitar um indivíduo para exercer a participação ativa de processos de cidadania e conscientização política, de ter momentos de lazer, de habitar outros espaços para além dos laborais e de ter uma participação social (FRANCO; GRAÇA; SELIGMANN-SILVA, 2010), pois o tempo que lhe resta fora do trabalho, destina-se ao descanso. Ou, conforme pontuado pelas autoras, muitas vezes a precarização social e do trabalho trazem impedimentos até mesmo para o repouso e para que haja a recuperação do cansaço, podendo gerar transtornos psíquicos e psicossomáticos.

Relatos de Claudia, Elis, Luiza, Débora e Odete, complementam as condições precárias que os trabalhadores de saúde vêm enfrentando, com os baixos salários, altas demandas, trabalho excessivo e desgastante, somados à falta de valorização e reconhecimento.

Na realidade, eu não tô aguentando mais trabalhar né, essa é a verdade. Eu trabalho porque preciso, também não vou vir aqui e ficar encostada. Se é pra trabalhar, eu venho pra trabalhar. Mas assim, eu tenho muitas dores, muita, muita, muita. (Claudia, aux. serviços gerais/USF)

Os trabalhadores estão exaustos, exaustos! E eu ainda... eu também tô muito cansada, mas eu acho que ainda pior o cenário quando você vê que os outros trabalhadores da sua equipe estão na mesma situação dos próprios pacientes, porque eles também ganham muito mal. Então são situações sociais muito ruins, muito difíceis. Eles também têm aqueles mesmos problemas, estão completamente adoecidos, estão sendo cobrados de acolherem, de cuidarem, de serem, de fazer tudo muito correto e nunca errarem (Elis, médica/USF)

É esse o preço que eu gosto de receber. Que é o carinho, que é o reconhecimento. Claro que reconhecimento financeiramente poderia ajudar muito, talvez eu não precisasse trabalhar em dois vínculos (Luiza, auxiliar de enfermagem/USF)

Teve o aumento, o reajuste salarial, foi ridículo, as meninas da limpeza tiveram um aumento de 50 reais. É absurdo! Elas estão trabalhando direto com o covid, elas fazem a limpeza das salas contaminadas, tudo, tudo, tudo, 50 reais de aumento? É assim, absurdo! E elas tem que trabalhar em todas as campanhas [de vacinação] (Elis, médica/USF)

Eu acho que a área da saúde tá bem esquecida né? Eu vejo, eu comparo o salário do meu filho que é jovem aprendiz, com tantas horas, ele fala “mãe! Eu ganho mais que você mãe!”. Você fica o dia inteiro e com responsabilidades, a gente sabe que tá lidando com vidas né? mas nessa parte a gente sente, porque eu acho que todo funcionário deveria ganhar pra pelo menos pagar um aluguel, ter um dinheiro pra alimentação, alguma coisa. O nosso não dá. Você paga o aluguel e o que nos ajuda é o vale alimentação. (Odete, auxiliar de enfermagem/UBS)

A gente precisa trabalhar, mas... e a gente também não é valorizado, a gente se sente desvalorizado. Porque a gente ganha uma miséria (Débora, auxiliar de enfermagem/UBS)

Enquanto que no mundo há uma massa de trabalhadores desempregados, outro tanto se submete a condições precárias de trabalho para garantir a subsistência de si e sua família. Franco, Graça e Seligmann-silva (2010), apontam que além dos trabalhadores excluídos (desempregados), é de suma importância compreender as relações e condições dos incluídos na precariedade das gestões flexíveis. Flexibilizações que atingiram inicialmente os trabalhadores industriais e hoje se estende a uma massa de trabalhadores assalariados. Vale destacar que a baixa remuneração é um fator determinante para que mulheres exerçam outras atividades para compor a renda familiar, acarretando nas duplas e triplas jornadas se somadas as atividades domésticas (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Assim, tratando-se também da escassez de trabalhadores no setor saúde, continua sendo um desafio para esses serviços, uma vez que em quantidade reduzida os trabalhadores ativos acumulam cargas de trabalho que podem levar ao desgaste de sua saúde física e mental. Lourenço et al (2019) apontam que o aumento da demanda somada à diminuição orçamentaria nos serviços públicos, acarreta maior intensificação do trabalho e dificulta as respostas positivas dos serviços prestados.

Vale destacar que o medo do desemprego propicia, muitas vezes, a permanência dos trabalhadores em seus empregos, mesmo diante de condições desfavoráveis.

Por conta de muitas pessoas precisarem trabalhar, então, todo mundo aceita e pronto [...] E agradecer, também, porque, graças a Deus eu tô empregada né. Na minha casa não faltou nada, mas tem muita gente, paciente mesmo que a gente conhece que ficou desempregado (Débora, auxiliar de enfermagem/UBS)

Então, meu marido perdeu o emprego, esse foi um dos impactos, a gente tentar se virar com pouco (Júlia, aux. de farmácia/UBS)

Seligmann-Silva (2011) contribui com o tema ao apontar o quanto o medo do desemprego pode implicar em sofrimento mental, quanto menor for a segurança no emprego, principalmente em situações em que não haja perspectivas de novas oportunidades a curto prazo. Com isso, os trabalhadores permanecem em seus postos de trabalhos (conscientes, ou não) mesmo em condições precárias e muitas vezes desumanas, pois com o desemprego, poderá ter dificuldades de se inserir novamente no mercado de trabalho.

No que se refere à organização das atividades de trabalho, Maria relatou que consegue se posicionar para não realizar algumas ações propostas, pontuando não achar justo que a categoria de ACS se exponha a determinados riscos, pois ainda lutam para que seja garantido o recebimento do adicional de insalubridade, sendo que são trabalhadores da saúde e ainda não o recebem. Rosa também traz questionamentos sobre a insalubridade e diferenciação da categoria por não ter acesso ao que considera como benefício.

Então, tem hora assim que os agentes se recusam a fazer alguma coisa por causa disso [pela insalubridade]. Porque também não é nem pelo dinheiro, é pela nossa saúde né?! (Maria, ACS/USF)

A gente não tem insalubridade, todo profissional que trabalha na área da saúde tem insalubridade... (Rosa, ACS/USF)

Elas não percebem as contradições deste adicional. Tal recurso levanta a pauta sobre as precárias condições de trabalho a que são submetidos alguns trabalhadores, que recebem um recurso financeiro como se fosse possível compensar danos à saúde, quando o ideal seria que todos estivessem em ambientes saudáveis de trabalho.

Ainda com relação ao trabalho dos ACS, Rosa relata a distinta organização dentro do município, e pontua executar tarefas que na sua percepção extrapolam as suas

atribuições. Incomoda-se pelo fato de não existir um padrão nas tarefas executadas pelos ACS nas unidades de saúde, questionando-se sobre as possíveis sobrecargas no trabalho. A situação pode contribuir para a fragilização das relações entre gestor e trabalhador, mediante cobranças infundadas e excessivas e direcionadas apenas a uma parcela desta categoria.

Não é difícil, eu acho que em outros estados onde é mais difícil, o agente comunitário faz até mais que isso, mas eu acho que tinha que ser pra todos, um protocolo. Então oh, em todas as unidades os agentes vão convocar, vão pesar, vão medir e vão jogar [lançar os dados das produções no sistema], porque daí um lugar faz, outro lugar não faz e a gente fica meio que “nossa, será que eu não estou ficando sobrecarregada?”. (Rosa, ACS/USF)

Houve também no contexto de pandemia o não afastamento do trabalho de pessoas de grupo de risco, como ocorreu em outros setores. O caso de Claudia é exemplar: mulher, preta, exercendo trabalho socialmente desvalorizado, encontrava-se em condição de trabalhadora do grupo de risco (por ser diabética e hipertensa), o que justificaria o seu afastamento, considerando que em sua condição poderia desenvolver quadro grave com a infecção do coronavírus. No entanto, na entrevista a trabalhadora revela ter confiado acriticamente na avaliação de seus superiores e que não havia pensado sobre o fato até o momento da entrevista, o que nos sugere um tanto de submissão e alienação no trabalho.

Tenho diabetes, tenho pressão alta, tenho triglicérides, tenho colesterol, tenho desgaste no joelho, desgaste na coluna, tenho bico de papagaio, tenho osteoporose na coluna, tenho hérnia de disco, e os dois joelhos também [...] Depois que falaram “ah, a gente cogitou até de afastar a senhora, mas a gente viu que não tinha necessidade e não afastou”. Então não fui... não afastei, continuei trabalhando normal [...] Sabe que eu nunca parei para pensar assim nisso, porque, assim, eu vi as pessoas se afastando, mas nunca... nunca fiquei preocupada, nem nervosa porque não me afastaram, entendeu, porque se eles não me ofereceram, é sinal que eles acharam que eu não precisava né, na minha cabeça eu achava isso. (Claudia, aux. serviços gerais/USF)

Destaca-se que em muitos contextos, as organizações podem criar mecanismos de controle ao trabalhador, que de forma inconsciente ou mesmo alienada, permanece no trabalho por medo, sentimento este que pode ser manipulado ou fabricado de forma sutil,

“através do medo de perder pontos, de ser excluído e discriminado por produzir menos, ser ‘culpado’ por sofrer acidente e de ser considerado elemento fraco e pouco produtivo por motivo de doença” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 268). Dessa forma o trabalhador acaba vivenciando experiências desgastantes no ambiente laboral e tendo sua força de trabalho cada vez mais explorada pelo capital, até que ocorra o seu adoecimento e descarte.

Claudia, como muitos brasileiros, teve uma infância e estudos comprometidos pela sua inserção ao trabalho árduo desde muito cedo. Aos 8 anos, já trabalhava na roça com os pais e na vida adulta constituiu sua família, precisando se manter ativa no trabalho.

Trabalhar na roça, é... colher café, plantar milho, né, ajudava meus pais e a minha vida inteira foi assim, entendeu. Aí parei um pouco, estudava um pouco, aí parei com a escola, voltei ajudar porque tinha bastante filhos né, e a gente tinha que ajudar, eu era irmã mais velha, então voltei a estudar depois que eu tive as minhas filhas. Estudei até o segundo ano e aí fui pra roça direto e tô até hoje trabalhando né?! (Claudia, aux. serviços gerais/USF)

Assim, os participantes da pesquisa mostraram um quadro de condições de trabalho condizente com a literatura. A pandemia evidenciou o caráter discriminatório em relação a classe, gênero e raça e intensificaram-se as precarizações nesse contexto, ampliando as terceirizações, informalidades e flexibilidades o que, consequentemente, acarretou perdas de direitos sociais e trabalhistas. Todo esse cenário de crise política e econômica é propício para o aumento da miserabilidade e exploração da classe que depende do trabalho para sobreviver (ANTUNES, 2020). Frente à precarização do trabalho, mesmo adoecidos, muitos trabalhadores não buscam por cuidado e benefícios, com o temor de que ocorra a perda de seus empregos após o período de afastamento, ou negam os sintomas para que não precisem buscar o tratamento, não reconhecendo esse adoecimento que tende a se agravar e até mesmo se cronificar se não cuidado (FRANCO; GRAÇA; SELIGMANN-SILVA, 2010).

No decorrer dos capítulos teóricos dessa pesquisa, foi resgatado o quanto o trabalho no SUS encontra-se em um contexto de precarização, com essa política pública em um processo de desmonte. Fica evidente, que mesmo diante dos ganhos que a sociedade brasileira conquistou através de muitas lutas e com uma Reforma Sanitária que

propunha não apenas o direito ao acesso universal a saúde, mas a efetivação da cidadania, as Reformas Neoliberais têm atingido profundamente as estruturas desse sistema e afetado seus usuários e trabalhadores (CARDOSO; CAMPOS, 2013; SOUZA et al, 2019; MENEZES et al, 2020). Autores como Cardoso e Campos (2013), Druck (2016), entre outros, atentam-se para as disputas dos setores privados pelos recursos públicos e os ataques e desqualificação que os serviços públicos e seus trabalhadores vêm sofrendo. Além dessas complexas questões, ainda enfrentam a desqualificação e ataques pela mídia que propagam o fim da universalidade à saúde e do funcionalismo público (LOURENÇO et al, 2019). Tal fato apresenta-se como uma possível estratégia para colocar em cheque a eficiência e eficácia do SUS, para que a mercantilização da saúde se concretize de forma ainda mais expansiva, ficando claro o antagonismo conforme destaca Pasqualin (2022) entre a Reforma Sanitária (visando o direito social e Estado como garantidor do mesmo) e o Projeto Privatista (de cunho mercantil e fortalecendo as privatizações e terceirizações).

Nota-se, portanto, que com as novas formas de organização e gestão do trabalho contemporâneo, a terceirização passa a assumir um papel fundamental para a reestruturação produtiva do capital, propiciando flexibilização nas relações trabalhistas, com perdas significativas e árduas aos trabalhadores, que passam a ter seus direitos trabalhistas desregulamentados, condições de trabalho cada vez mais precarizadas, ocorrendo maior intensificação de metas e ritmos de trabalho, competitividade, ausência de segurança e saúde ocupacional, bem como fragilização do coletivo e dos sindicatos (FRANCO; GRAÇA; SELIGMANN-SILVA, 2010; DRUCK, 2011; DRUCK, 2017; MERLO; LAPIS, 2007; ANTUNES, 2009).

c) Díficeis relações de cuidado: “*não entende que você tá tentando proteger!*”

O terceiro núcleo de significação trata de como se dão as relações com o usuário, denotando nas falas dos entrevistados preocupação e cuidado e as precauções realizadas para garantir a segurança dos usuários. A relação com usuários na pandemia foi destacada por Maria como difícil em seu início, uma vez que eles apresentavam resistência em seguir as orientações, principalmente de distanciamento social, vindo abraçá-la e se aproximando demais.

Queriam vir abraçando, pegando na mão né? Então o ano passado foi mais difícil. Esse ano [2021] não, esse ano eles estão entendendo melhor. (Maria, ACS/USF)

Tal comportamento demonstra o quanto as tecnologias do cuidado na produção da saúde se dão no campo das tecnologias leves (MERHY, 2002) e a importância das relações entre os atores nesse processo, pois o acolhimento, o vínculo, a construção da relação com o outro, são peças fundamentais na Saúde. Franco e Merhy (2013, p. 123), pontuam que “por mais que se pensem e desenvolvam modelos de operação do serviço de saúde, o cuidado de fato se produz a partir do protagonismo de cada sujeito, individual ou coletivo, na cena da produção da saúde”. Assim, entender a produção de saúde é compreender a micropolítica desse cuidado, ou seja, as relações entre os trabalhadores, suas equipes e os usuários e também as tecnologias disponíveis para essas ações. É importante destacar, conforme Franco e Merhy (2013), que as relações e a produção de cuidado na Saúde são subjetivas e, embora a ESF traga diretrizes de como realizar as ações, cada trabalhador desempenha de forma muito singular.

Para Luiza, auxiliar de enfermagem com dois vínculos empregatícios, havia preocupação com o paciente e seu tratamento, ocasionando expectativas, uma vez que não tinha informações suficientes quanto à efetividade dos tratamentos e também de como seria a evolução do quadro da pessoa infectada.

Então gerava uma expectativa muito grande com relação ao tratamento daquele paciente, o que que ia dar certo? Então, a certeza a gente tinha, era um covid positivo, mas e a cura? (Luiza, auxiliar de enfermagem/USF)

Nas percepções de Brito et al (2011), que se encontram com as de Franco e Merhy (2013), a dinâmica de processo de cuidado e as mudanças decorrente das tomadas de decisões dependem também da subjetividade do trabalhador, que é um alguém que tem seus valores éticos e morais constituídos. Como esse profissional valoriza a vida do outro e quais são as suas vivências, dará o contorno de como é realizado esse cuidado, ou seja, mesmo diante das normas antecedentes (que são os aparatos técnicos, metodológicos, organizacionais, entre outros) o trabalhador também trará um tanto dos seus valores individuais e coletivos.

Na situação de pandemia são diversos os cuidados adicionais direcionados aos usuários como proteção face ao risco de infecção na unidade de saúde.

Porque assim, a gente afere a temperatura dele, quando ele chega. A gente já não deixa por bolsa em lugar nenhum, os pertences ficam no colo deles. Mas por conta de proteção do paciente, não a nossa né? Porque a gente está todo paramentado quando o paciente está aqui na cadeira. Então é por segurança dele. (Margarida, auxiliar de cons. dentário/UBS)

Existe tensão neste cuidado, pois muitas vezes é incompreendido pelos usuários dos serviços de saúde e a população em geral, que nem sempre seguem as orientações dos profissionais da saúde.

Eu vim pra cá [unidade de saúde] cinco horas da manhã, porque eu fui escalada pra buscar a vacina. Nisso, a gente sai da escola era umas sete e meia [da noite]. Eu estava quebrada! Ai você passa ali na praça, as pessoas como se não tivesse pandemia. Todo mundo sem máscara! Mas assim, era muita gente, parecia um carnaval ali na praça. Eu falei “Gente do céu, onde esse ser humano vai!”. Custa, seguir um pouco? Já conseguiu a vacina. Mas assim, como se não houvesse o amanhã [...] Eu acho que as pessoas não estão levando a sério mesmo essa doença. (Margarida, auxiliar de cons. dentário/UBS)

Tem gente que, ainda vem sem máscara no posto, entre outras, né?! (Júlia, aux. de farmácia/UBS)

Com a vacina, as pessoas também tão achando que tá tudo bem, né, mas a gente que tá aqui, tá vendo que aumentou demais [os casos] (Débora, auxiliar de enfermagem/UBS)

Há também usuários com posturas agressivas dirigidas aos funcionários do serviço de saúde. Odete e Júlia percebem a população mais violenta e agressiva neste momento de pandemia. Muitos dos usuários da unidade de saúde chegam “bravos”, “mais armados” e que não compreendem orientações simples, fazendo dos trabalhadores alvo de suas mazelas.

*Olha, aqui não pode, é entrada de covid [orientando os usuários]. As pessoas já saem bravas né? **porque não entende que você tá tentando proteger** [...] Quem tá fora [da situação] muitas vezes tá sem noção ainda. Eu vejo que tem família minha ainda, tenho amigos que falam “ai isso é coisa de vocês”, as*

vezes não acreditam ainda. Acha que é mais politicagem, mais pra aumentar né? (Odete, auxiliar de enfermagem/UBS)

Eu percebi que depois desse negócio de pandemia, as pessoas chegam mais armadas, sabe, acho que quer descontar alguma coisa, quer falar alguma coisa, mas não tem ninguém pra ouvir. E o público-alvo, às vezes, acaba sendo a gente que tá na linha de frente, entendeu? (Júlia, aux. de farmácia/UBS)

Tais comportamentos da população atingem os trabalhadores de saúde, torna o ambiente de trabalho mais tenso e estressante, podendo desgastar as relações com os usuários e intra-equipe.

Porque aqui gera estresse, acho que como em qualquer outro posto. As pessoas são estressadas com a correria. A gente não, porque a gente [auxiliares de serviços gerais] tá e não tá né, é mais eles que tá ali, mexendo com o povo e o povo às vezes também não colabora. Gostaria que fosse menos... menos estresse por parte de todos. (Claudia, aux. serviços gerais/USF)

Sabe-se que profissionais de saúde sofrem situações de violência, porém, com a crise sanitária observou-se um aumento dessas ocorrências em ambiente de trabalho (e fora dele), podendo estar associado ao imaginário social de que os profissionais podem transmitir mais facilmente o vírus, ou mesmo, pelos usuários dos serviços de saúde e seus familiares não aceitarem as orientações quanto ao atendimento e tratamento em saúde (AYDOGDU, 2020; RIBEIRO; ROBAZZI; DALRI, 2021). A dificuldade em aceitar as orientações e de os usuários aderirem ao tratamento é algo relatado por profissionais da saúde e que potencializa o desenvolvimento de sofrimento psíquico nos mesmos (RIBEIRO; MARTINS, 2011; KANNO; BELLODI; TESS, 2012). Porém, nesse contexto, preocupa as outras formas de sofrimento que podem ser apresentadas durante e após as ocorrências de situações violentas ao exercer as funções no cotidiano. Recentemente o Conselho Federal de Enfermagem noticiou violências físicas e verbais contra trabalhadores de saúde (técnicos de enfermagem, ACS, enfermeiras), por motivos como: usuário não compreender o fluxo do serviço; por não querer esperar pelo atendimento; ao ser orientado que para retirada de receitas de medicação psicotrópicas necessitaria de consulta médica e pela falta de médico no estabelecimento de saúde (COFEN, 2022). Portanto, vê-se que as violências em suas diversas formas, são constantes entre os profissionais de saúde, sejam as violências ocasionadas pelos usuários, como também pelas próprias instituições.

Os usuários acabam em determinados momentos focados somente em suas necessidades, acarretando em uma alta exigência aos trabalhadores de saúde, o que fragiliza os vínculos entre os profissionais e usuários e contribui para maiores cargas emocionais a esses trabalhadores.

Essa lida, sabe, com o paciente, que, às vezes eles acham que porque eles estão com sintomas gripais ou mesmo porque tá ali no covid, são prioridades, eu entendo que são prioridades, mas a gente tá numa unidade de saúde que tem um milhão de demandas. (Débora, auxiliar de enfermagem/UBS)

Além dos comportamentos atingirem os trabalhadores com contato direto e desgastar a relação da equipe, a cobrança muitas vezes imediatista do usuário por resoluções de suas necessidades, somadas à precarização do trabalho e à escassez de recursos e de trabalhadores, acaba por sobrecarregar os profissionais de saúde.

Só que se eu não fizer isso, os meus pacientes que chegam resultados de exame e que é coisas graves, eu não vou ver, eu não vou encaminhar, eu não vou renovar receita que é outra questão que dá muita briga, que não tem tempo durante o trabalho, a gente nem vê o dia passar [...] A equipe até termina tudo, vai embora no horário, mas eu acabo ficando, porque das coisas do meu trabalho, dependem o trabalho das outras pessoas. Então também fica um clima super ruim, se minhas coisas não estão prontas os pacientes xingam as meninas da recepção, xingam o pessoal da farmácia, da enfermagem, que também estão esgotados e aí vai formando aquela bola de neve, entendeu? (Elis, médica/USF)

Lourenço et al (2019) pontua que com a crise do capital e os baixos investimentos no SUS, ocorre uma sobrecarga no sistema e consequentemente em seus trabalhadores, que muitas vezes não tem tempo suficiente para a apropriação dos casos e para realizar suas ações no cotidiano do trabalho, ou não possuem recursos para atender as necessidades complexas trazidas pelos usuários, gerando também sentimento de frustração e impactos à sua saúde.

Ao mesmo tempo que as relações podem ser construídas de forma a vincular e gerar ganhos a ambos os atores por ser uma tecnologia utilizada e muito importante na produção do cuidado em saúde, podem também trazer fragilidades no cotidiano. No caso dos ACS, residir no território como critério para sua atuação pode lhe gerar situações diversas, como a aproximação da comunidade, fortalecimento dos vínculos com os

usuários, mas juntamente o sentimento de ser invadida em sua privacidade, o que pode acarretar maior desgaste nessas relações.

Eu mesma tive que parar de ir na igreja aqui do bairro por causa disso! Sabe, me incomodava! [...] porque as vezes você tá ali pra conversar de outro assunto, podia conversar comigo de outro assunto, mas não, aí vai falar sobre o serviço. Às vezes você está meio cansada né? Estressada do serviço, aí no domingo vai falar sobre serviço? (Maria, ACS/USF)

As relações com os usuários apresentavam-se ambivalentes anteriormente à pandemia, Ribeiro e Martins (2011) já havia pontuado que dessa relação pode-se gerar um vínculo confuso, quando por exemplo, a privacidade desses trabalhadores é comprometida.

Além do incomodo causado por tais situações, Maria também assume responsabilidades de usuários com rede de apoio familiar fragilizada ou inexistente, ela age como parte da família dos mesmos, intensificando assim suas cargas emocionais.

Eu guardo as consultas dos pacientes [datas de consultas marcadas] e acabo esquecendo as da minha família [...] Eu fazia de tudo pra ajudar, assim, as consultas as vezes eu avisava quase em cima da hora, um dia antes entendeu?! pra eles não perderem. Então isso ia gerando muito estresse. Eu ia guardando muita coisa na cabeça sabe? Então isso também que me gerava estresse! [...] Porque eu era bem assim mesmo, eu sabia mais as consultas dos pacientes. Meu marido sempre falava: “nossa você sabe mais as consultas do fulano, mas não sabe da minha?” (Maria, ACS/USF)

Apesar de todas as questões impostas no trabalho pré-pandemia e durante a crise sanitária, para Maria reclamar de algo soa como algo proibido, como se o fato de estar empregada não lhe desse esse direito. No entanto, a trabalhadora reconhece que acabava exercendo os cuidados dos usuários, para além do que suas atribuições exigiam, assumindo responsabilidades que não lhe cabiam. Tal consciência se dá, quando ocorre o falecimento de um idoso da qual cuidava e a família que até então não contribuía nos cuidados do mesmo, surge para lhe fazer críticas e apontamentos. A falta de reconhecimento de seu trabalho parece ter sido um desencadeante de seu processo reflexivo sobre suas competências e atribuições enquanto ACS.

Pra mim não tem o que reclamar, melhor assim do que nada [...] A carga antes era mais pesada sabe? Hoje tá mais suave. Pra mim tá mais leve, como eu falei, eu acho que deixei um pouco [responsabilidades que não são da trabalhadora], não peguei tudo pra mim [...]. Eu fazia [o cuidado] porque ele [idoso que cuidava e faleceu] era debilitado mesmo né, não tinha como ele vir aqui. Eu fazia porque gostava de fazer. Só que a partir do momento que a moça [familiar] não reconheceu, eu falei “ah perai né, vamos por limite” (Maria, ACS/USF)

A vivência de Maria, foi algo singular, mas traz a reflexão de que os modos de trabalhar dos ACS durante a pandemia mudaram, como já visto, tendo aumentado a burocratização e acarretado prejuízos na interação do mesmo com a população atendida, destacando nesse processo a perda do vínculo com as famílias, menor acolhimento, dificuldade no diálogo e desgaste na relação com o usuário. Por outro lado, nota-se que a dedicação à profissão pode trazer sentimentos ambivalentes aos trabalhadores da saúde, as vezes de cunho heroico, por exemplo, ou mais negativos, como medo e solidão (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021). No caso de Maria, de frustração e mágoa, diante da falta de reconhecimento da família. Importante identificar os limites de quem cuida e de quem é cuidado, principalmente os ACS que atuam em territórios dos quais fazem parte também enquanto moradores (CASTRO-SILVA et al, 2021).

Em alguns momentos durante a entrevista Maria ao relatar sobre suas tentativas em colocar limites nas suas relações com o usuário, destacava que falava sempre “com muita educação”, não demonstrando apenas preocupação em ser educada e respeitosa, mas sugerindo uma permissão para que esse limite fosse posto, como se justificasse para si mesma que sua atitude era permitida, tentando lidar com as culpas de priorizar a si. Ademais ela expressa que a sua situação de trabalho, de cautela permanente na relação com os usuários, de sobrecarga, lhe causava estresse, no entanto, não identifica os desgastes emocionais como decorrentes do trabalho, atribuindo tal situação à sua personalidade, por assumir as responsabilidades do cuidado do paciente sozinha, demonstrando novamente auto culpabilização.

Porque eu me apegava bem mesmo, mas eu acho que foi depois dessa pandemia que eu fui me afastando. Mas eu era assim mesmo, mas não era o trabalho não. (Maria, ACS/USF)

Outras dificuldades são apontadas, como na relação com a família de usuários atendidos, situações que podem aumentar o sofrimento psíquico da trabalhadora, mas

mesmo diante do sentimento de humilhação e chateação vivenciada, tenta minimizar o ocorrido, atribuindo novamente a culpa a si.

Essa neta me humilhou, não é humilhou né, eu não gostei do jeito que ela falou comigo né?! Ela falou assim que eu não fazia nada, que o vô dela morreu a minguas, que o vô dela isso, que o vô dela aquilo. Aí fiquei chateada com isso! (Maria, ACS/USF)

A relação de cuidado e preocupação com o usuário, pode levar a trabalhadora a vivenciar um desgaste mental devido às incertezas, ansiedade, sentimentos como impotência, angustia, tristeza e até mesmo frustração, conforme o desfecho a ser vivenciado, como referido em outras pesquisas (RIBEIRO; MARTINS, 2011; KANNO; BELLODI; TESS, 2012).

Portanto, observa-se nesse núcleo o quanto a relação com os usuários, famílias e comunidade é fundamental para a assistência e cuidado dos mesmos, mas podem ser relações que gerem sentimentos ambivalentes. Uma relação que ao mesmo tempo pode ser potente para ambos os atores, mas adoecer quem executa esse trabalho. Durante a pandemia essa tecnologia tão importante na APS fragilizou-se com as medidas preventivas de isolamento e distanciamento social, bem como apresentou dificuldades no modo como ocorreu, pois muitas vezes os usuários não compreendiam ou aceitavam as orientações realizadas, propiciando mais desgastes nos profissionais.

d) “Você jura ser fiel a sua profissão”: compromisso em primeiro lugar

Alguns profissionais de saúde colocam o comprometimento com a profissão em primeiro lugar, em detrimento de suas próprias condições, às vezes com pouca percepção crítica de quanto isso coloca sua vida e saúde em risco.

Elis manteve-se trabalhando mesmo tendo adoecido muito em decorrência da sobrecarga no trabalho, Odete trabalhou com dores até não mais aguentar.

[...] eles até me deram atestado e eu continuei trabalhando! (Elis, médica/USF)

Não porque agora eu tô sem dor. Quando eu tinha um tumor, que eu trabalhava, daí faltando funcionário e eu arrastando a

minha perna, correndo. Depois que eu operei [em junho de 2020], agora eu posso correr a vontade. Faço, trabalho, porque eu não tenho dor né, então o serviço flui [...] Daí fui obrigada [a afastar-se do trabalho], fiquei 4 meses e meio, fazendo fisioterapia, não tinha como eu andar mesmo, né? (Odete, aux. de enfermagem/UBS)

Ferracioli et al (2022) pontuam que as características que permeiam os profissionais médicos e enfermeiros, acabam por influenciar nas escolhas por essas profissões da área da Saúde. Idealização e romantização de profissões que acarretam em uma dedicação intensa e muitas vezes sacrificial. Os autores acrescentam ainda, que apesar do prazer em cuidar das pessoas, essa relação de cuidado e atividades exercidas por esses profissionais podem trazer prejuízos à saúde dos mesmos.

Nos relatos de Luiza identifica-se um tanto de alienação, e até mesmo negação, dos riscos a que a mesma está exposta e isso denota uma defesa para que seja possível a realização do seu trabalho. A entrevistada destaca a questão da dedicação, ao dizer que independente de quanto você ganha, o tratamento com o paciente deve ser o mesmo. Equipara o cuidado a um dever, uma missão ou mesmo um dom divino, não considerando formas de exploração que possam estar associadas, principalmente em relação ao gênero, como visto anteriormente.

*Quando você faz um juramento, em qualquer profissão que você escolhe, **você jura ser fiel a sua profissão**. Independente, vamos supor, se a gente tivesse vivendo hoje um conflito de guerra na enfermagem, se eu tivesse que cuidar daqueles feridos, tudo, eu acho que tá no sangue mesmo, não tem, **independente se é uma pandemia** [...] Digo que no começo foi assustadora, mas eu já tinha certeza que era desses pacientes que eu queria cuidar! Uma coisa assim que acho é que é de profissional mesmo[...] A minha vó fala que quando a gente nasce, a gente nasce com dois dom. Um você nasce com ele e o outro dom Deus te escolhe [...] Faz parte você cuidar ganhando pouco ou muito, ali você vai cuidar do seu, você vai ter que fazer. Não se cobra sabe, o cuidado. (Luiza, auxiliar de enfermagem/USF)*

Odete também traz a ideia da profissão como um dom, que ela já apresentava nos cuidados com familiares, evidenciando as características pré-estabelecidas e culturalmente apreendidas do papel da mulher na sociedade.

Ah, já era dom né? Porquê vó, era eu que cuidava, daí quando foi pra entrar [no curso para auxiliar de enfermagem] meu pai foi contra, porquê ele não queria que eu entrasse naquela época. Daí eu fui, batalhei e entrei como estagiária (Odete, auxiliar de enfermagem/UBS)

Os mecanismos de defesas apresentam-se aos trabalhadores como forma de negar a realidade e os sentimentos gerados frente as situações que ocorrem nos ambientes de trabalho. Servindo em determinados momentos como fuga para os enfrentamentos desses aspectos difíceis, ou como sendo “a única forma de aguentar situações à primeira vista intoleráveis” (SELLIGMAN-SILVA, 2011, p. 369). Se por um lado, observa-se que no campo da enfermagem ocorrem mecanismos psicológicos de defesas, como o distanciamento afetivo, para que seja possível o convívio em situações ansiogênicas, o modo de organização parcelada e desqualificada desse trabalho também pode acarretar esvaziamento de sentido para os trabalhadores ocasionando danos psicológicos individuais, quanto para a qualidade do trabalho desenvolvido (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Luiza, mesmo reconhecendo as cargas pesadas de seu trabalho e da desvalorização de sua categoria profissional, ainda, em discurso contraditório, refere que gosta do que faz e que, se possível, trabalharia em mais um local, por gostar de ajudar as pessoas. Negar a precarização social e do trabalho é uma forma de conseguir lidar com a realidade posta.

A carga é pesada e o salário não é bom! [...] eu sei que a nossa classe ela é mal paga, mas assim, o que faz eu ter dois vínculos, sempre trabalhar, fazer dois vínculos é a questão financeira mesmo. [...] Eu vivo pra mim né?! E pra ajudar alguém que precisa. E porque eu gosto muito do que eu faço. Eu falei que se eu tivesse uma outra oportunidade de ter um terceiro vínculo, eu teria. (Luiza, auxiliar de enfermagem/USF)

Elis, no início da pandemia, opta por assumir posição de cuidado com os colegas da equipe ao decidir atender sozinha os usuários com sintomas respiratórios. Esta postura a coloca em maior exposição, além de sobrecarga pela multifunção, tanto emocional quanto física. Destaca-se que culturalmente muitas vezes é transmitida a ideia, direta ou

indiretamente, de que a profissão de saúde é atividade divina, principalmente para médicos e enfermeiros.

Então a gente optou, eu optei na época, pra preservar um pouco a equipe. A pessoa sintomática chegava e eu fazia tudo. Eu fazia a pré-consulta, eu fazia os termos, eu examinava, eu isolava, eu dava a medicação, porque ia ser muito pouco, e foi assim por um bom tempo, até que os números começaram a subir. E aí a gente foi vendo que não ia dar pra gente continuar assim. (Elis, médica/USF)

O compromisso e dedicação profissional para a realização das demandas apresentadas propicia reconhecimento e realização ao trabalhador, no entanto, quando os limites são ultrapassados e são intensificadas as exigências, esses trabalhadores podem desenvolver sofrimentos emocionais e desgastes da saúde (LOURENÇO et al, 2019).

Luiza tem condições de saúde que se enquadram nos critérios de risco para covid-19, questionamos se a trabalhadora foi afastada e demonstra em sua fala a centralidade que o trabalho tem em sua vida, trazendo sentido para si e em suas relações sociais, bem como o sentimento de inutilidade e despertencimento diante de sua ausência.

Não! E nem queria também né, eu me acharia inválida se eu fizesse uma coisa dessa, não, não quis. (Luiza, auxiliar de enfermagem/USF)

Porém, o trabalhador “fiel” espera reconhecimento e tem suas contradições. Luiza, ao falar sobre seu trabalho em situação de pandemia, esteve mais direcionada ao seu segundo vínculo, no hospital, pontuando as dificuldades neste ambiente devido ao contato direto com os usuários infectados pelo coronavírus, contudo, demonstrando sentir-se valorizada neste local, tanto pelos pacientes, quanto pela gestão hospitalar, o que refere não sentir por parte da gestão da atenção primária.

Então assim, recebo elogios sim de paciente, da própria instituição [hospitalar], recebo, recebi também elogios. Aqui muito pouco [da gestão da APS] [...] Da unidade sim. Sim da enfermeira, dos médicos, dos pacientes, dos colegas também, vê a gente como uma pessoa boa né, capaz! (Luiza, auxiliar de enfermagem/USF)

Mesmo no ambiente de reconhecimento há imposições de chefia, que é aceita e recebida por Luiza como confiança na capacidade de seu trabalho, apesar de remeter a situação na pandemia à imagem de “campo de concentração”.

Eu trabalhava só com os pacientes cirúrgicos, e quando eu fui, na verdade, a gente não foi nem convidada né?! A gente foi meio que “você vai pra lá!”. E assim, embora eu ser uma paciente de risco e minha chefe também sabia, mas ela também sabia que eu ia saber muito bem conduzir toda a situação e ajudar meus colegas [...] Só que era tudo tão tipo, um campo de concentração, salve-se quem puder né?! (Luiza, auxiliar de enfermagem/USF)

Segundo Seligmann-Silva (2011) a idealização se configura como uma forma de defesa contra a consciência de exploração, mas também enquanto desejos de autovalorização, gerando sentimentos de idealização e orgulho, o que é aproveitado pelas empresas como forma de dominação. Sabe-se que o processo de reconhecimento é fundamental para o fortalecimento da identidade e que a sublimação “é um mecanismo construtivo da personalidade dentro do processo psicossocial em que, ao mesmo tempo, tem lugar a construção da identidade” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p.211), demonstrando o caráter fundamental do reconhecimento no trabalho e o quanto a falta dele pode gerar sofrimento, perda de sentido de si e significado na vida.

Assim, esse núcleo remete a reflexão de quanto o trabalhador de saúde perpassa por situações de exploração no trabalho, como um processo invisível de submissão que acontece muitas vezes desde a escolha profissional, através da romantização do cuidar, até uma formação que intensifica a idealização de um fazer profissional, chegando a negar os riscos ao qual podem estar expostos, ou mesmo, aceitando a condição com a justificativa de dedicação e amor a profissão. Com isso, criam-se mecanismos de defesas que apenas mascaram as condições precárias de trabalho e a fragilidade da saúde do ser, que é humano. Condição que não se sustentará e se expressará no corpo e mente, em algum momento da vida desse trabalhador.

e) Consequências à saúde do trabalhador

Trabalhar na situação excepcional da pandemia da covid-19 tem consequências diretas à saúde destes trabalhadores. Além de sentimentos como medo e tristeza, já

ressaltados anteriormente neste estudo, decorrentes do desconhecimento das consequências da covid-19, outros impactos na saúde física e mental também foram percebidos.

Para Rosa, uma ACS que atua há anos na mesma unidade de saúde, a situação gerou muito medo e o uso da máscara tornou-se um problema adicional, visto que não estava disponível no início e posteriormente ocorreu inadaptação ao material fornecido. Situação que gerou consequências físicas e emocionais, potencializando sentimento de insegurança, tristeza e desvalorização, além de sintomas como choro fácil, nervosismo e mudanças em seus comportamentos.

Mudou bastante assim meu comportamento, eu fiquei com medo. Eu fiquei com medo, minha vontade assim era me afastar [do trabalho], eu vi um monte de gente se afastando [...] Me senti muito mal nesse começo por causa disso [relatos mobilizados e chorando], porque eu acho que quem mais tinha que dar força pra gente, saiu fora. Eu não sabia o que estava acontecendo, foi muito ruim, mas daí depois, a gente foi vivenciando a pandemia, e as coisas acontecendo, eu fiquei mais tranquila. E não foi fácil não, foi difícil [...] E eu, pessoalmente tive um problema porque eu tive uma alergia da máscara, uma certa máscara que forneceram [...] Tudo era muito novo a gente não sabia de nada, e eu fiquei, eu fiquei muito nervosa né, porque eu não tinha informação, eu não tinha nada, fiquei muito chorosa (Rosa, ACS/USF)

Com relação aos afastamentos dos profissionais na unidade de saúde, Rosa acrescenta:

E isso gerou assim uma insegurança, uma tristeza né, que eu me senti, igual a gente brincava, no barco do Titanic, todo mundo tava saindo. (Rosa, ACS/USF)

Sobrecarga e correria no trabalho levando ao adoecimento. Elis relata que estava sempre precisando cobrir os colegas para manter as escalas e plantões e que o excesso de trabalho durante a pandemia foi um fator desencadeante de seu adoecimento, tendo suas crises de enxaqueca intensificadas e com surgimento de novos problemas, como vertigem e trombose. A profissional teve graves crises, com necessidade de internação e um longo processo de reabilitação, com consequências ainda presentes e necessidade de mudança na rotina e nos hábitos.

Manter os plantões era difícil, porque estava precisando de médicos em todos os lugares, era difícil manter uma escala de 24 horas. Então muitas vezes eu tinha que ir correr cobrir escala durante a semana, de noite. Foi isso, foi muita loucura. Por isso também que eu fiquei doente. Fiquei bem doente. Em 2020 eu tive um quadro enxaquecoso bem grave. Eu fiquei internada, nenhum neuro conseguia me tirar desse quadro e aí eu tive várias alterações neurológicas, tive várias sequelas, fiquei muitos meses até melhorar. Eu ainda tô tomando bastante medicação. Estou tomando até hoje! Tive uma trombose, tive algumas coisas dessa correria aí [...] Eu tenho uma enxaqueca bem grave, e aí eu já tava com uma crise já ia fazer umas três semanas, e não melhorava, não melhorava, e eu comecei a ter vertigem, nunca tinha tido vertigem [...]enfim... eles até me deram atestado e eu continuei trabalhando! (Elis, médica/USF)

Para Elis o ocorrido lhe gerou sobrecarga de trabalho, denotando a escassez da força de trabalho no âmbito da saúde. No contexto de pandemia, a falta de profissionais ocorreu por diversos fatores como decorrente dos afastamentos frequentes por infecções por coronavírus e até mesmo pelo aumento de demanda nas unidades de saúde, o que vem acarretando desgastes e sofrimento emocional.

Então assim, os trabalhadores estão exaustos, exaustos! E eu ainda... eu também tô muito cansada, mas eu acho que ainda pior o cenário quando você vê que os outros trabalhadores da sua equipe estão na mesma situação dos próprios pacientes porque eles também ganham muito mal, então são situações sociais muito ruins, muito difíceis, eles também tem aqueles mesmos problemas, estão completamente adoecidos, estão sendo cobrados de acolherem, de cuidarem, de serem, de fazer tudo muito correto, e nunca errarem (Elis, médica/USF)

Destaca-se que os profissionais de saúde têm sido cada vez mais acometidos pela Síndrome de Burnout. Seligmann-Silva (2011) pontua que a síndrome de esgotamento profissional, atinge fortemente (mas não apenas) os profissionais que atuam nas áreas da educação, saúde e assistência social, por serem trabalhadores que prestam serviços a outras pessoas e/ou exercem a função de cuidadores, a exemplo dos profissionais de saúde. Tal esgotamento, pode ocorrer na ordem física e emocional, manifestando como uma crise de exaustão. Com a reestruturação produtiva, o trabalho passa a ser cada vez mais quantificado e burocratizado, não tendo o profissional tempo suficiente para realizar as ações que lhe trazem sentido, como o contato direto com o usuário. Acaba executando

ações e se esforçando por uma causa, porém percebe-se saturado e sem atingir o objetivo proposto, perdendo o sentido do trabalho para si, além de que o contexto de vulnerabilidade social e pobreza propicia a relação de controle e submissão dos trabalhadores (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Com relação aos dados de Burnout durante a pandemia, embora trabalhar na linha de frente seja um fator de risco para os sintomas ansiosos, depressivos, medo, angústia e insônia, Ribeiro et al (2020) mostram que os profissionais que atuam na linha de frente contra a covid-19 foram menos acometidos por Síndrome de Burnout comparado aos das demais enfermarias, associando o resultado positivo à maior sensação de controle da situação e também ao maior acesso a informações precisas. Por outro lado, em revisão integrativa Soares et al (2022) mostra que a maior exposição do profissional a usuários com sintomas da covid-19, somados à sobrecarga de trabalho, tem causado o aumento de Burnout. No que tange aos trabalhadores da APS, os altos índices de contaminação dos profissionais, aumento de demanda e escassez de EPI's foi um potencial gerador de medo, estresse, sintomas ansiosos e da síndrome de esgotamento profissional (SANTOS; SILVA, 2021).

As consequências à saúde mental se revelam também nos relatos de Margarida e Débora, denotando o quanto sintomas ansiosos se tornam presentes em suas vivências. Para Margarida apresentar sintomas e sinais respiratórios, bem como o aumento nos números de casos ocasionados pelas novas variantes que vem se manifestando nessa pandemia, lhe gerava preocupação. Enquanto que Débora ressalta a vigilância excessiva com o autocuidado e medidas preventivas, ocasionando na dificuldade de relaxar. Observa-se que as perdas que foram acontecendo ao redor de Débora também lhe geravam sinal de alerta quanto ao agravamento e picos da pandemia.

Eu acho que é super psicológico [sintomas apresentados, pela trabalhadora], porque daí acontece um pouquinho [espirros], quando você vê já passou. Então, eu não fico pensando muito, penso “é só um espirro mesmo, calma, já vai passar” e passa mesmo [...] Acho que de ansiedade. Tem dias que eu fico mais ansiosa. Ainda mais nesses últimos dias que aumentou demais os casos né?! Mas nada que eu precisei tomar medicamento, nada disso. (Margarida, auxiliar de cons. dentário/UBS)

No início, agora eu já passei por todas as fases, da neurótica que, tinha medo de tudo, né, que lavava tudo, chegava em casa e deixava tudo lá no quintal já, com medo e tudo mais, depois a

gente viu que, tipo, não ia dar conta de viver dessa maneira, tava muito difícil, a gente tava ficando neurótica já. Então eu dei uma relaxada, mas daí, depois, né, piorou de novo, a gente começou a perder gente muito próxima, aí gente ficou meio... né, assim, com medo de novo, mas... (Débora, auxiliar de enfermagem/UBS)

Margarida vivenciou outra situação que lhe desencadeou ansiedade. No início não associou a causa do aparecimento dos sintomas ao trabalho. Em sua percepção, decorria devido a situação da pandemia de modo geral, porém logo em seguida, ao falar sobre os impactos da pandemia na sua vida, refere que no início da crise sanitária encontrava-se de férias e assim como a grande maioria da população, questionava a dimensão da doença, tendo maior consciência da situação quando retornou ao trabalho.

Aí, a hora que eu voltei trabalhar, eu assustei muito! Tanto que eu chegava em casa, eu já tirava a roupa antes de entrar dentro de casa. Eu tomava banho, fiquei meio.... ai depois eu fui me acalmando [...] Eu acho que é mais a gente ficar com medo. Depois dessa pandemia acho que o nosso psicológico aqui ficou meio abalado, sabe? (Margarida, auxiliar de cons. dentário/UBS)

Ferracioli et al (2022) apresentam a temática saúde mental e trabalho no contexto da pandemia, revelando a presença de sintomas ansiosos que se expressam na dificuldade de relaxar, preocupação excessiva e apresentação de maior nervosismo. Os autores destacaram também o aumento nos casos de distúrbios do sono, depressão, TEPT, Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), Síndrome de Burnout e transtorno de estresse agudo nos profissionais de saúde. Guillard et al (2022), apontam que a preocupação com a pandemia, está associada ao aumento de consequências psicológicas como ansiedade e depressão nos trabalhadores de saúde.

Driks, farmacêutico que atua em duas unidades de saúde, traz também o aparecimento de sintomas ansiosos logo no início da pandemia, identificando como fator desencadeante o distanciamento e isolamento social, que o privou da realização de suas atividades de lazer e contatos com seus amigos.

Calhou de ser, ou eu já estava ansioso, mas no trabalho não, porque pra nós ficou praticamente a mesma coisa. Só mais precaução mesmo [...] Eu gostava de me reunir, parou tudo, tava quase pirando, mas nossa, tá meio ruim, mas pra mim foi mais isso daí mesmo, ficar mais trancado dentro de casa, coisa

que eu não gosto muito, foi a principal coisa. (Driks, farmacêutico/UBS)

Júlia, Elis e Luzia também sentem no cotidiano o isolamento social reconhecendo impactos em sua saúde mental.

Não pode sair, não pode fazer nada (risos), vou aonde? Não, é isso mesmo. Eu acho que até isso, sabe, interfere na saúde mental. (Júlia, aux. de farmácia/UBS)

Eu fiquei uns 8 meses sem ver minha família, passei aniversário sozinha, tudo (Elis, médica/USF)

Isso é triste, viver longe daquelas pessoas que você ama, não sei, é triste [tom de tristeza] ... (Luzia, auxiliar de enfermagem/USF)

Na literatura encontram-se relatos semelhantes em outras pesquisas, os quais apontam que a situação de pandemia pode gerar nos trabalhadores da saúde sentimentos de solidão, medo e tristeza, decorrentes de diversos fatores, como o isolamento, medo de se infectar ou disseminar o vírus (ORNELL et al 2020b; FERNANDEZ et al, 2021; QUIRINO et al 2020), desse modo, os trabalhadores acabam por perderem o convívio social e sua rede de apoio (QUIRINO et al 2020). Machado et al (2022) acrescentam quanto a privação do convívio social e a perda da liberdade de ir e vir desses trabalhadores. Tal fato é um potencial gerador de sofrimento psíquico e do surgimento de sintomas e adoecimento mental. Guiland et al (2022), trazem em seu estudo que os participantes do sexo feminino e solteiros estiveram mais expostos a impactos psicológicos e ressaltam que o suporte social e emocional nesses momentos, como ter alguém para compartilhar as vivências, a rotina de trabalho, as preocupações e ter com quem dialogar, evidência um fator protetivo para esses profissionais.

O sentimento de tristeza decorrente das perdas relacionadas à covid- 19 atinge os trabalhadores de saúde duplamente, pois as vivenciam na esfera pessoal e laboral.

Eu era mais alegre, assim, não sei, acho que é isso [...] Porque daí você vai vendo um morrer, outro morrer, outro morrer [...] Perdi várias pessoas. Tio, tia, várias pessoas e fora aqui, também, né, que a gente perde, a gente cria um vínculo com algumas pessoas, né, e daqui foi bastante pessoas [usuários] que morreu também. (Júlia, auxiliar de farmácia/UBS)

Vivenciar processos de lutos frequentes, tanto de familiar quanto dos usuários que acompanham na unidade de saúde aos quais são vinculados, também pode acarretar

sofrimento psíquico, o que muitas vezes não é acolhido e cuidado como algo decorrente das situações de trabalho.

Ferracioli et al (2022) pontuam que os profissionais de saúde lidam com a morte em seu cotidiano de trabalho, porém a situação foi intensificada e escancarada durante a pandemia. Os autores trazem que há diversos tipos de lutos, como: luto antecipatório; luto coletivo; luto traumático e luto não reconhecido. Os lutos podem estar presentes no cotidiano e vivências desses trabalhadores, com destaque ao não reconhecido, sendo o luto que não é vivenciado e expressado abertamente, ou seja, quando há uma censura, seja da sociedade ou do enlutado, e até mesmo não validado. Assim, o profissional pode ter uma relação estreita com o luto não reconhecido e desencadear um luto complicado. Sendo extremamente necessários espaços que favoreçam a elaboração desses lutos, pois a negação pode futuramente se expressar no corpo e mente desses trabalhadores.

Outra vivência que possibilita desencadear adoecimento e sofrimento psíquico nos trabalhadores de saúde, decorre do preconceito que sofrem dentro e fora do ambiente de trabalho, pelo fato de atuarem na área da Saúde. Há relatos de trabalhadores que sofrem preconceito e muitas vezes são hostilizados, por serem vistos como transmissores do vírus. Tal preconceito decorre, conforme apontado por Luiza, dentro da própria equipe. A entrevistada refere ter se sentido excluída, pois quando chegava do hospital para atuar na APS, sentia-se triste com o modo que os colegas lhe tratavam no ambiente de trabalho. Situação que pode desencadear ou agravar o sofrimento psíquico já intenso na pandemia, podendo a trabalhadora se isolar e adoecer no espaço laboral.

Causou uma certa tristeza, tipo, nossa, eu nunca tinha sido, como chama, quando as pessoas sofrem bullying? (Luiza, auxiliar de enfermagem/USF)

Situação de preconceito também vivenciado por Rosa e que pode fragilizar as relações interpessoais no trabalho e intensificar desgastes emocionais nas trabalhadoras.

Existe um preconceito pra quem tem covid, pra quem teve, existe, é muito grande! As pessoas elas não têm medo de pegar, mas elas têm medo de você! Elas são cruéis! “é gente suja, gente porca, é gente que não lava mão”, é isso que as pessoas pensam. (Rosa, ACS/USF)

Estigmatização social decorrente do temor da população de que estes profissionais sejam vetores de contaminação (FERRACIOLI et al, 2022).

Luiza relata uma crise de dor na coluna para a qual necessitou de afastamento do trabalho. Pontua que na execução de seu trabalho na atenção hospitalar as dores físicas são frequentes por conta do esforço físico que sua função exige, necessitando de acompanhamento especializado e com prejuízo de outras atividades de sua vida.

O que eu tive durante esse período da pandemia agora foi uma sobrecarga na coluna, por conta do peso né? paciente pesado pra gente tá transportando, virando, e necessita sempre de oxigênio pra ir ao banheiro. E eu tive que me ausentar ultimamente pra eu poder fazer um pouco de fisioterapia, voltei agora recentemente. Assim, eu ainda tenho dor, tenho uma dor, mas tá suportável agora. Mas assim, não é fácil, vejo muitos colegas também com dores nas costas, nas pernas, nos pés, coisa que a gente num... porque é muito pesado né (Luiza, auxiliar de enfermagem/USF)

O relato de Luiza revela o que já haviam alertado Laurel e Noriega (1989), quanto às cargas de trabalho que interatuam podendo gerar os desgastes ao trabalhador e que o desgaste não necessariamente ocorrerá de forma irreversível. Deve-se considerar que a saúde física e mental não se dissocia, portanto, as dores físicas podem somarem-se ou expressarem-se em sofrimento psíquico. Sua rotina no hospital, parece apontar para diversas cargas, fisiológicas e psíquicas, devido as altas demandas e exigências de trabalho e os sentimentos diversos causados pela situação da pandemia, bem como alta carga biológica, por estar diretamente exposta ao coronavírus e microrganismos no hospital. Além das cargas no trabalho no hospital, sua dor pode ser intensificada com a necessidade de manter outro vínculo, com maior carga horária e outras atividades laborais.

Claudia refere diversas consequências à sua saúde de processos intensos de trabalho que viveu desde a infância, trabalhando na roça. Atividades árduas e muitas vezes sem condições mínimas de proteção ao trabalhador. Atualmente ela enfrenta, assim como Luiza, um quadro cronificado de dores intensas diariamente. Acostumando-se com a situação, compreende esse processo como algo normal. A trabalhadora além das consequências das cargas de trabalho ao longo da vida, também reconhece na atividade atual intensa carga física, que lhe geram mais desgastes e intensificam as dores.

É um desgaste da idade também, se você for ver bem, e do serviço, porque quando era jovem, trabalhava em roça, né, muito peso [...] E meu serviço também não é daqueles leve, então acaba que desgastando tudo mesmo né, mas eu faço

acompanhamento, e cura não tem, então... normal. (Claudia, Aux. serviços gerais/USF)

E quando questionada se consegue realizar pausas para fazer alongamentos e atividades que visem minimizar a dor, refere que é muito corrido decorrente das diversas tarefas que tem realizado no contexto da pandemia, visto haver necessidade de maior higienização nos locais de trabalho.

Não. Não dá, né, assim, parar pra fazer... não dá. Quando pega, é um batidão só [...] você viu, ali tá fechado, é de manhã e à tarde teste, entendeu? Então, de manhã a gente chega e já vai lavar ali, depois tem essa parte para limpar e depois tem a outra parte, que a gente espera um pouco até terminar pra nós limpar a outra parte de lá, então meio que, né, corridinho. Mas sempre que eu posso eu faço. (Claudia, aux. serviços gerais/USF)

Algumas trabalhadoras também relataram que o ganho de peso foi uma das consequências da pandemia, o que pode decorrer das restrições sanitárias como isolamento e distanciamento social, sintomas ansiosos, ou outros fatores, podendo impactar a saúde e autoestima das mesmas.

Eu engordei vinte e cinco quilos (Júlia, aux. de farmácia/UBS)

Então depois disso por conta da trombose eu tive que parar algumas medicações que eu tomava e tal, hormônios inclusive, tive que ir pra nutricionista, perder peso, voltar a fazer atividade física, que eu tinha parado, tudo por conta da pandemia e do trabalho, não tinha mais tempo né?! [...] eu perdi bastante peso, que eu tinha engordado tudo na pandemia. (Elis, médica/USF)

Importante pontuar que os profissionais de saúde, muitas vezes, se acostumaram com o cenário de pandemia, o que pode gerar o abandono dos cuidados e procedimentos de prevenção de agravos e de exposição aos vírus.

Mesmo na unidade de saúde, a gente tem contato com... sei lá...com todas as doenças, né, e às vezes a gente acha que por causa de ser na unidade, a gente criando um vínculo, e às vezes acaba deixando mesmo de se proteger, às vezes, das maneiras corretas. (Débora, auxiliar de enfermagem/UBS)

A intensificação do trabalho feminino apresenta-se entre as entrevistadas. O relato de Júlia ressalta o quanto as diversas tarefas atribuídas às mulheres podem exacerbar as cargas e desgastes à saúde. Nota-se que os acúmulos de trabalho que as mulheres têm ao longo da vida interferem no seu processo saúde-doença, acarretando sintomas agudos e produzindo danos crônicos, com impactos também na saúde mental.

Às vezes sinto [sobrecarga durante a jornada de trabalho]. E não é físico, é mental [...] a gente que é mulher, a gente tem milhões de coisas né [...] Fica um pouco sobrecarregado em questão de trabalho e em questão de algumas coisas assim, que a gente tem no dia a dia, entendeu? [...] Às vezes não é culpa, vamos supor, eu tenho um parceiro, às vezes não é culpa dele, entendeu, mas às vezes você se pega fazendo tudo e é onde aquilo, às vezes, fica como obrigação. (Júlia, aux. de farmácia/UBS)

As contribuições de Safioti (2015), Seligmann-Silva (2011), Araujo e Rotemberg (2011), dentre outras, quanto as relações de poder e a divisão sexual do trabalho, evidenciam que a mulher se encontra em posições de desvantagens nas diversas esferas da vida, incluindo no trabalho. As condições são de desigualdade em relação aos homens, como nos salários, nas exigências para promoção e na desqualificação das atividades exercidas por elas. Acabam por assumir as demais tarefas fora do ambiente de trabalho, como os cuidados domésticos e com a família, como se a atribuição fosse especificidade do ser feminino. Tal fato ocorre por conta da construção social e cultural que atribui tarefas distintas conforme o gênero e do patriarcado fortemente presente ainda na contemporaneidade, fazendo com que haja uma interiorização de determinadas características a serem exercidas pela mulher e comportamentos apreendidos que vão gerar submissão e exploração em diversos contextos e relações, acarretando em danos à saúde e exposição a diversas formas de violências.

Durante a pandemia as mulheres têm sido a linha de frente na assistência e cuidado e conciliam seu trabalho, com as demais atividades não remuneradas que exercem na vida, como auxiliar nos cuidados dos filhos, que na pandemia tiveram que realizar suas atividades escolares de forma remota. Também realizarem as demais tarefas domésticas, que devido a uma construção cultural e socio-histórica, acabam em sua maioria, sendo executadas pela mulher (OIT, 2022a; GUILLAND et al, 2022). Soma-se a isso a situação de mais de uma atividade remunerada para conseguir ampliar a renda,

considerando que boa parte das mulheres não recebem salários justos pelas atividades que exercem. Soares et al (2022) trazem que as trabalhadoras de saúde adoecem mais psiquicamente, comparadas aos homens, podendo apresentar sintomas de ansiedade, depressão, estresse e maior prevalência de transtorno pós-traumático e burnout, o que está associado a fatores como: dupla ou tripla jornada; divididas entre profissional, materno e doméstico; baixa remuneração; contato com a enfermidade e com a morte; baixo reconhecimento profissional; sobrecarga de trabalho e falta de autonomia para tomar decisões no trabalho.

Portanto, nota-se o quanto os trabalhadores de saúde (em sua maioria mulheres) têm adoecido ao longo dos anos, resultado de uma reestruturação produtiva e acumulação flexível que tem flexibilizado cada vez mais as relações, extinguindo direitos sociais e trabalhistas, a fim de beneficiar o acúmulo do capital para uma pequena parcela dominante. Nesse cenário, a pandemia acelera um processo que já estava em curso e coloca a classe trabalhadora em condições ainda mais desumanas.

Conforme observado, a maior parte dos entrevistados revelam algum impacto da pandemia em sua saúde, em sua maioria principalmente de cargas psíquicas. Diversos sentimentos e sintomas são vivenciados e apresentados pelos trabalhadores nesse contexto, tais como: medo; tristeza; solidão; estresse; insônia; exaustão; ansiedade e depressão (ORNELL et al, 2020 b; PRADO et al, 2020; FERNANDEZ et al, 2021; SANTOS; SILVA, 2021; DIAS; GERTNER, 2020; TEIXEIRA et al, 2020, MACHADO et al, 2022; FERRACIOLI et al, 2022) e até mesmo incômodos na utilização dos equipamentos de proteção e consequências à saúde (ORNELL et al., 2020 b; QUIRINO et al 2020; TEIXEIRA et al, 2020), uma que profissionais da linha de frente foram acometidos por lesões cutâneas relacionadas ao uso do equipamento de proteção (TEIXEIRA et al, 2020), podendo ocasionar no uso de equipamentos com material inadequado ou até mesmo a não utilização, expondo os trabalhadores aos riscos e contágio ao coronavírus.

Os trabalhadores de saúde passam a vivenciar sentimentos e sintomas diversos na situação de pandemia, como: medo, tristeza, isolamento, ansiedade, depressão, estresse, e uma fadiga intensa que tem gerado frequentemente a síndrome de esgotamento profissional, adoecimento predominante nos trabalhadores que atuam no cuidar e prestar serviço ao outro. Além do exposto, as perdas frequentes, podem gerar lutos mal

elaborados, atingindo seu emocional, acarretando em sofrimento psíquico. As diversas tarefas e duplas/triplas jornadas também é um fator que acarreta maior sobrecarga e adoecimento ao trabalhador.

Com isso, a classe trabalhadora necessita se fortalecer e buscar meios coletivos para lutar por melhorias nas condições de vida e trabalho, criar espaços para resistir às explorações cotidianas que lhes são impostas diariamente.

f) Solidariedade e trabalho em equipe

Este núcleo aborda as vivências dos profissionais em relação ao trabalho em equipe, na situação de pandemia. Emergindo como potência e contribuindo para os enfrentamentos cotidianos.

Diante dos habituais combates nos serviços da APS, o trabalho em equipe pode ofertar e possibilitar resistência e minimizar os infortúnios aos trabalhadores. Assim, conforme as falas dos entrevistados, a boa relação com os colegas, o trabalho em equipe e o bom vínculo com a chefia favorecem a vivência de experiências menos desgastantes no trabalho.

Aqui eu sinto [valorização]! Porque eu acho que a partir do momento que as pessoas falam “nossa você faz falta”, nossa, é outra coisa [...] Eu gosto muito da minha chefe aqui né, até sou suspeita, mas eu acho que tem aquela interação boa, da pessoa poder chegar, poder falar, sabe?! Então isso ajuda muito. Não tem aquela hierarquia. (Odete, auxiliar de enfermagem/UBS)

A nossa enfermeira [gerente da UBS] é muito, muito parceira, uma pessoa muito bacana pra gente, pro funcionário sabe? Ela é muito, ela veste a camisa junto com a gente (Margarida, auxiliar de cons. dentário/UBS)

Talvez a enfermeira né, que a gente tinha na época. Porque a gente amparava nela, como eu disse atrás, se ela parasse ia ficar pior, porque eu vinha por causa dela [...] (Rosa, ACS/USF)

Peduzzi et al (2020) pontuam que o trabalho em equipe se constitui de uma atuação interprofissional com práticas colaborativas, sendo um componente estratégico para os enfrentamentos das complexidades na Saúde, beneficiando assim, na qualidade

dos serviços prestados aos usuários, família e comunidade e na satisfação no trabalho pelos trabalhadores. Segundo Pinho (2006) o trabalho em equipe na Saúde tem características semelhantes aos demais, sendo elas: desempenho, responsabilidades e tomada de decisões coletivas e a complementariedade do uso das habilidades e conhecimentos. No entanto, traz particularidades nesse setor, principalmente decorrente das relações de poder, muitas vezes verticalizadas e excludentes, que impactam em sua estrutura. Conforme Campos (*apud* Pinho, 2006) o trabalho em equipe se justifica, pois pode romper com os esses processos de trabalhos verticalizados. Possibilita a responsabilização, planejamento, resoluções de problemas e facilita a desburocratização dos serviços públicos de saúde. Pinho (2006) acrescenta que quando não ocorre uma responsabilização coletiva, propicia-se o surgimento da divisão hierárquica e desintegração da equipe. Osorio et al (2011) complementam que o trabalho em equipe é compreendido como algo relevante na Saúde e está associado ao modo de desempenhar as atividades de forma cooperativa, embora apresentem dificuldades nas relações cotidianas. Implicando em constante investimento na qualidade da comunicação entre os atores envolvidos.

No entanto, nos relatos das entrevistadas, nota-se que a boa relação com a chefia imediata e com a equipe, não se estende às outras esferas da gestão, com as quais sentem não haver valorização do trabalhador de saúde.

A gente se sente meio abandonado, assim o funcionário da saúde. Eu posso falar isso pelas minhas amigas também, que a gente conversa sobre isso. Parece assim: você não está fazendo mais que sua obrigação, é assim que tem que ser mesmo. (Margarida, auxiliar de cons. dentário/UBS)

A forma como a gestão é feita e a forma como eles lidam com os trabalhadores, cria muitos conflitos, e cria uma forma de enxergar o trabalho, as relações, de uma maneira assim, horrível, horrível. Um distanciamento, uma necessidade de não acolhimento, de manter uma relação muito hierárquica, afastada, competitiva. Infelizmente competitiva [...] (Elis, médica/USF)

Débora expõe em sua fala a dificuldade de escuta que os trabalhadores enfrentam na relação com a gestão dos serviços de saúde no município. Muitas vezes os usuários são escutados, enquanto os profissionais não possuem espaço para que suas opiniões e os enfrentamentos do cotidiano de trabalho sejam acolhidos. O que pode favorecer o aumento da sobrecarga, com as exigências frequentes para atender as demandas imediatas

dos usuários, fragilizar as relações entre gestão/profissional/usuário e intensificar o sentimento de desvalorização, bem como a falta de significação do trabalho, potencializando assim, o surgimento de sofrimentos psíquicos. Sendo que, com a relação mais próxima e acolhedora entre os atores, possibilitaria maior resolutividade dos problemas apresentados, melhor qualidade nos serviços prestados e minimização dos danos emocionais.

Tem que ver sim o lado da pessoa que usa o serviço, mas eu acho que tem que ver também o lado de quem tá aqui, enfrentando as dificuldades [...] Como funcionária, eu acho que poderia ter uma visão mais perto do que realmente acontece. (Débora, auxiliar de enfermagem/UBS)

Margarida refere sobre as reuniões de equipe que foram suspensas (antes mesmo da pandemia) e que fazem falta para os trabalhadores. Pois, eram espaços que proporcionavam troca, esclarecimentos, resoluções dos conflitos internos, organização do trabalho e propostas. Portanto, proporcionando o fortalecimento das relações gestão/profissional/usuário e com a rede intersetorial, além do melhor funcionamento do serviço de saúde. Implementar essa forma de gestão mais horizontalizada traria muitos benefícios à rede de saúde, diretamente aos trabalhadores, que ao se sentirem reconhecidos e valorizados, teriam maior visibilidade e participação na construção dos processos de trabalho, assim como na garantia do cumprimento dos princípios do SUS e da APS.

Tinha reuniões de equipe, você podia expor o que estava acontecendo. Agora não tem mais. Mesmo antes da pandemia, não tem mais uma reunião pra você falar o que pode melhorar, o que que podia ter mais na rede, faz muitos anos que não tem [...] e era super produtivas essas reuniões (Margarida, auxiliar de cons. dentário/UBS)

As reuniões de equipe são apontadas como necessárias para manter ativo o canal de comunicação entre os trabalhadores e mesmo havendo discordâncias sobre a temática, um estudo realizado por Pinho (2006), aponta que a maior parte dos trabalhadores desejam manter esses espaços e sugerem até mesmo a obrigatoriedade de uma constância das reuniões. Assim, se faz necessário buscar meios para manter a interação, integração e horizontalidade nas relações entre as equipes de saúde, pois “quanto mais dialógicas forem as relações de trabalho, mais integradas serão as ações de cuidado à saúde; quanto

menos dialógicas as relações de trabalho, mais fragmentada resultará a dinâmica das equipes de atenção à saúde.” (PEDUZZI et al, 2020, p. 8). Como pontuam Amaral et al (2021), a falta de comunicação torna ineficaz o uso da tecnologia leve nos processos de trabalho na APS, desgastando as relações e gerando maiores sobrecargas.

Além das reuniões em equipe, que buscam um agir mais comunicativo, outro ponto fundamental para garantir os direitos da classe trabalhadora e consequentemente a melhoria do seu estar no trabalho, é o fortalecimento sindical, estes que se encontram em processo de enfraquecimento nos tempos de acumulação flexível. A ferramenta-sindicato é imprescindível contra a exploração e precarização do trabalho, visando garantir condições dignas de trabalho aos mesmos (ANTUNES; PRAUN, 2015).

Elis mostra o quanto a perda do sentido no trabalho, desmobiliza o trabalhador como visto anteriormente e pontua a necessidade de parcerias para que seja possível um trabalho interdisciplinar e em rede. Atualmente os indivíduos encontram-se inseridos em um contexto social, econômico e político de instabilidade e permeados por diversas questões sociais e de vulnerabilidades. Nesse cenário, as pessoas acabam por adoecerem e utilizam-se dos serviços de saúde, mas como já ressaltado, muitas das questões são de cunho estrutural de um sistema neoliberal e que tem o Estado cada vez mais se eximido de cumprir o seu papel e de garantir os direitos aos cidadãos. A precariedade social e do trabalho tem atingido a APS, a qual cada vez menos consegue exercer o modelo de atenção de base territorial, comunitário e longitudinal, como observa-se no relato da trabalhadora.

Quando eu tô dentro do consultório ou em uma visita domiciliar, eu vejo total sentido no que eu tô fazendo, eu consigo... eu sou muito feliz fazendo aquilo, mas quando eu preciso de outras redes, pra complementar esse trabalho, eu acho muito difícil aqui, e eu queria isso, que a gente conseguisse ampliar essas redes. Que a gente conseguisse ter as unidades de saúde, como unidade de saúde da família mesmo, porque elas não são, elas viraram realmente postos de atendimento instantâneo, mas eu ainda espero que chegue lá novamente.
(Elis, médica/USF)

Com isso, trabalhar em um contexto interdisciplinar e em rede, além de necessário para a integralidade do cuidado, possibilita ao trabalhador compartilhar o cuidado e consequentemente reduzir as cargas que podem ocorrer, ampliando a

solidariedade entre as equipes e o suporte social. Conforme Peduzzi et al (2020), o trabalho interprofissional ocorre de diferentes formas: pelo trabalho em equipe, por uma prática interprofissional colaborativa, com a colaboração no âmbito das equipes ou pela colaboração em rede, com os usuários e comunidade. Para superar as necessidades cada vez mais complexas no âmbito da Saúde, é fundamental perpassar pelas modalidades do trabalho interprofissional. Compreendendo que este não ocorre apenas no nível de trabalho em equipe, mas com diálogos nas demais esferas, podendo ser compartilhado dentro e fora da equipe. Mazza et al (2020) complementam que o trabalho em saúde, ao ser realizado de forma colaborativa entre os trabalhadores, propicia resultados positivos tanto no âmbito organizacional, quanto na atenção integral ao usuário.

Diante do cenário de acumulação e gestão flexível presentes no sistema capitalista contemporâneo, o processo de trabalho se torna mais individualizado e isolado, fragilizando os laços de solidariedade entre os trabalhadores e potencializando o adoecimento dos mesmos. Ao decorrer dos anos, esses laços acabam sendo rompidos, ocasionando a fragilização das redes de apoio dentro e fora do trabalho, acarretando sentimento de solidão e despertencimento nos trabalhadores. O que antes se tornava um mecanismo de defesa coletiva para suportar as difíceis condições de trabalho, hoje, tal condição, propicia o aumento da incidência de adoecimento mental e até mesmo de suicídio em ambientes laborais (ANTUNES; PRAUN, 2015).

Rosa pontua que durante a pandemia houve uma alta rotatividade de profissionais na unidade de saúde em que atua, dificultando a criação de vínculo e dos laços de solidariedade entre os trabalhadores. Deve-se ressaltar que as USF no município em questão são geridas pela OSS e as terceirizações acabam favorecendo a maior instabilidade no trabalho, enquanto que os trabalhadores que são estatutários podem vivenciar experiências de maior estabilidade e consequentemente maior autonomia no ambiente laboral.

Teve mudança de médico, mudança de enfermeiro, e pandemia, isso aí vai mexendo né? da uma quebrada na equipe. Daí você fica meio perdido. Às vezes você não cria um vínculo [...] (Rosa, ACS/USF)

A alta rotatividade de trabalhadores dificulta no estabelecimento de confiança e fortalecimento das relações interpessoais entre as equipes, favorecendo o isolamento, individualização, adoecimentos, rompimentos afetivos e maior precarização social, o que

possibilita a exploração e controle dos trabalhadores. Por isso a importância da construção dos espaços participativos, fortalecimento das equipes dos serviços e da rede, de manter os canais de comunicação clara e atingindo o maior número de trabalhadores possíveis. Os suportes sociais e afetivos para a saúde mental são formas de resistências aos trabalhadores. O reconhecimento que o indivíduo possui na comunidade e na família também se torna uma potência para qualificar a vida (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Na presente pesquisa, notou-se quanto o trabalho em equipe e as boas relações interpessoais no ambiente laboral contribuem para o desenvolvimento das atividades e vivências mais positivas, o que condiz com o apresentado pelos autores anteriormente citados. Denotam, assim, a necessidade da reconstrução de um coletivo fortalecido para realizar os enfrentamentos diários no trabalho na saúde.

A importância de espaço para o cuidado dos trabalhadores que cuidam do outro foi ressaltado pelas entrevistadas

Eu só acho assim que, as pessoas deviam olhar mais um pouco pros profissionais de saúde. Que é uma classe que cuida das pessoas, mas ninguém cuida da gente, entendeu? (Júlia, aux. de farmácia/UBS

Elis relata a experiência com a iniciativa do programa de residência multiprofissional em saúde da família. Os residentes ofertaram atividades aos trabalhadores no contexto da pandemia e trouxeram a possibilidade de espaço reflexivo sobre o processo de trabalho e de encontrarem um momento de interação e cuidado.

E a residência multi resolveu fazer o trabalho não com a população, mas sim com os trabalhadores e no começo, eles vão de quinta-feira, de quinta-feira era o pior dia [...] aí todo mundo meio que começou a se organizar e eles fazem as mesmas atividades em vários grupos, em vários momentos, e acabou que ficou um dia bom, era um dia terrível e ficou um dia que todo mundo sabia que ia ter uma atividade legal, que eles iam e aí foi bem bacana, bem construtivo.[...] é uma equipe muito difícil, mas isso foi bem legal. Assim, eles trouxeram bastante momentos pra equipe, de saúde mental mesmo, de pensar o trabalho, de pensar o que significado tinha tudo aquilo, descansarem um pouco, com toda a equipe, então foi bem legal. (Elis, médica/USF)

Ela evidencia a relevância de não se perder o sentido do trabalho em saúde, para que não se torne atividade mecanizada ou mercantilizada, mas que vise a qualidade e implementação do proposto para uma APS de atenção integral e com modelo principal de Saúde da Família.

Você ter significado no que você está fazendo, é o que eu gosto no meu trabalho. Ver significado nas coisas. E aqui não existe isso. Aqui se você tenta ser proativo, agir em alguma coisa, logo vão te cortar. Vão falar, vão te colocar no seu lugar, entre aspas. Já tem a hierarquia, já tem as pessoas que pensam sobre isso. Você não dá a sua opinião e tal. (Elis, médica/USF)

Portanto, o trabalho em equipe (na unidade de saúde e em rede) se mostra como um fator protetivo no trabalho em saúde, denotando que tal modo de se realizar as tarefas de forma mais colaborativa, além de trazer resultados positivos para os usuários e comunidade, ainda favorece na satisfação desse trabalhador no ambiente de trabalho e, portanto, no cuidado de sua saúde, pois ao poder compartilhar as responsabilidades e decisões no cotidiano, minimizam-se também as cargas de trabalho. Ainda, destaca-se que espaços que ofertam escuta e cuidado ao trabalhador, são apontados como potentes no enfrentamento das dificuldades laborais e dos conflitos interpessoais, podendo minimizar o adoecimento dos mesmos e/ou garantir maior qualidade na saúde dentro e fora do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho na saúde, como visto, possui particularidades específicas deste setor, no entanto não deixa de ser afetado pelas transformações no mundo do trabalho contemporâneo, diante das novas formas de acumulação flexível e hegemonia neoliberal. Este contexto afeta as condições laborais no sistema de saúde, em particular na APS, o que, somado ao trabalho no cenário da pandemia da covid-19, acarreta em agravamento da situação laboral e em consequente impacto à saúde mental dos trabalhadores.

As mudanças impostas pela pandemia atingiram a vida pessoal e a profissional de toda a população, e não seria diferente nos serviços de saúde. Os entrevistados trouxeram as mudanças no trabalho e as distintas formas de organização nos serviços e nas próprias equipes, denotando as singularidades de cada local. Os trabalhadores não tiveram direcionamento para atuação nesta situação, sendo a organização realizada dentro das possibilidades de cada unidade de saúde e gerência. Tal fato pode ampliar os sentimentos de desvalorização dos trabalhadores e conflitos interpessoais nas próprias equipes. Destaca-se também que as altas cobranças por metas de produção já eram fatores de cargas e desgastes aos trabalhadores, e que essa exigência se manteve na situação de crise abordada, o que pode aumentar e potencializar ainda mais o seu adoecimento.

Outro ponto importante decorre de como as relações de cuidado com o usuário podem afetar e gerar cargas emocionais aos trabalhadores, muitas vezes imperceptíveis pelos mesmos. Ao considerarmos que a atuação na APS tem como principais características as tecnologias leves, como a criação de vínculo, acolhimento e escuta, entendem-se que esse exercício pode favorecer a relação supracitada, quando considerado o cuidado prestado e a qualidade nos serviços de saúde, como pode também acarretar em danos à saúde desses trabalhadores. Nessa pesquisa, notou-se que as relações entre os profissionais e usuários se fragilizaram com as medidas preventivas de isolamento e distanciamento social, e também permeou-se de dificuldades, pois muitas vezes os usuários não compreendiam ou aceitavam as orientações realizadas, propiciando mais desgastes aos profissionais.

A cultura da sociedade contemporânea nos mostra o quanto o trabalho muitas vezes se coloca acima das condições de saúde. O trabalhador da saúde perpassa situações de exploração no trabalho, como um processo invisível de submissão que se dá muitas

vezes desde a escolha profissional, através da romantização do cuidar, até uma formação que intensifica a idealização de um fazer profissional, chegando a negar os riscos aos quais os prestadores de serviço podem ser expostos, ou mesmo justificando tais condições problemáticas com discursos de dedicação e amor à profissão, como apontado nos resultados da presente investigação. Os profissionais acabam criando mecanismos de defesas para lidar com situações e realidades de trabalho que os expõem a riscos, mas tais estratégias apenas mascaram as condições laborais precárias e a fragilidade da saúde, que em algum momento poderá ser expressa pelo adoecimento. A presente pesquisa pode também mostrar consequências à saúde dos trabalhadores diante da situação de labor na pandemia, como o surgimento de sintomas ansiosos, de sentimentos de medo, tristeza e preocupação e da fadiga intensa frequentemente geradora da síndrome de esgotamento profissional – embora nenhum entrevistado tenha se reconhecido neste último aspecto de adoecimento, relatos de outras pesquisas apontam o quanto a exaustão tem sido vivenciada pelos trabalhadores de saúde. Por fim, percebeu-se diante das falas dos entrevistados, o quanto o trabalho em equipe é fundamental na área da saúde, potencializando e fortalecendo os laços de apoio entre as categorias de profissionais, que passam a vivenciar situações de crise, com ampliação da potência de ação.

Esta pesquisa revela que as condições precarizadas de trabalho no âmbito da área da saúde já ocorriam anteriormente à situação excepcional abordada, com impactos na própria saúde dos trabalhadores, contudo a pandemia intensifica o contexto já dificultoso, com consequências adicionais ao estado salutar dos mesmos. Indica também a necessidade de mais estudos relacionados à saúde mental dos trabalhadores do campo em questão, sobretudo em um contexto de desmonte de políticas públicas. Cabe salientar, contudo, a importância da manutenção de uma participação social ativa e do fortalecimento de espaços coletivos, para que seja possível resistir, preservar e reconquistar direitos sociais e trabalhistas. Portanto, espera-se que os resultados da pesquisa contribuam para estratégias de enfrentamento das condições e relações de trabalho, bem como para possíveis intervenções que possam minimizar ou prevenir consequências à saúde dos trabalhadores em situações semelhantes às analisadas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 222-245, 2006.
- ALMEIDA, M. R. **A formação social dos transtornos do humor**. 2018. 415 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2018.
- AMARAL, V. S. *et al.* Os nós críticos do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde: uma pesquisa-ação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. e310106, 2021.
- ANTUNES, R. **Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado**. São Paulo: Boitempo, 2020.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed., 10. reimpr. rev. e ampl. São Paulo: Boitempo, 2009.
- ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, 2015.
- AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S.; MARINHO, L. F. B. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: desafios para um novo agir. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 281-290, 1995.
- ARAÚJO, T. M.; ROTENBERG, L. Relações de gênero no trabalho em saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. *In*: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (orgs.). **Trabalhar na saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2011.
- ASSUNÇÃO, A. A.; TAVARES, I. R.; SERRA, P. J. Natureza e condições atuais do trabalho em saúde: o que diz a literatura sobre o adoecimento dos trabalhadores? *In*: MACHADO, J. M. H.; ASSUNÇÃO, A. A. (orgs.). **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2012.
- AYDOGDU, A. L. F. Violência e discriminação contra profissionais de saúde em tempos de novo coronavírus. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 10, n. esp., p. e20104006, 2020.
- BARBOSA, R. H. S. *et al.* Gênero e trabalho em saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 751-765, 2012.
- BARROS, M. E. B.; FILHO, S. B. S.; GOMES, R. S. Alguns conceitos articulados na discussão do processo de trabalho na saúde. *In*: MACHADO, J. M. H.; ASSUNÇÃO, A. A. (orgs.). **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte: UFMG, 2012.

BERNARDO, M. H.; NOGUEIRA, F. R. C.; BULL, S. Trabalho e saúde mental: repercussões das formas de precariedade objetiva e subjetiva. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, v. 63, n. spe., p. 1-104, 2011.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organizado por Cláudio Brandão de Oliveira. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2002. 320 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus**: resposta brasileira à emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/linha-do-tempo/>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf> Acesso em: 21 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BRITO, J. *et al.* O trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a inflação e a ausência de normas. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (orgs.). **Trabalhar na saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CARDOSO, F. M.; CAMPOS, G. W. S. Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) – Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 219-232, 2013.

CASCELLA, M.; *et al.* Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19). In: **StatPearls**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>. Acesso em: 5 fev. 2022.

CASTRO-SILVA, C. R. *et al.* Quando falamos de cuidado, do que estamos falando? entrevista com Ilze Zirbel. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 33, p. e238601, 2021.

CAVALCANTE, J. R. *et al.* COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 4, p. e2020376, 2020.

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

CEGATTI, F.; CARNUT, L.; MENDES, A. Terceirizações na área da saúde no Brasil: reflexos do Sistema único de Saúde -SUS, nas políticas sociais e nos trabalhadores. **Journal of Management and Primary Health Care**, Uberlândia, p. 12-36, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Agressões contra profissionais de Enfermagem se repetem no DF**. Brasília: COFEN, 2022. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/agressoes-contra-profissionais-de-enfermagem-se-repetem-no-df_99013.html. Acesso em: 20 maio 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM. **Em 20 anos, dobra o número de mulheres que exercem a medicina no Brasil**. Brasília: CFM, 2022. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/em-20-anos-dobra-o-numero-de-mulheres-que-exercem-a-medicina-no-brasil/>. Acesso em: 14 maio 2022.

CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, p. e2020002, 2020.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DAMASCENA, D. M.; VALE, P. R. L. F. Tipologias da precarização do trabalho na Atenção Básica: estudo netnográfico. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. e00273104, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00273>.

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, p. e00104120, 2020.

DIAS, M. D. A. Compreender o trabalho na Atenção Primária à Saúde para desenvolver ações em Saúde do Trabalhador: o caso de um município de médio porte. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 69-80, 2013.

DIAS, M. D. A. Jovens trabalhadoras e o sofrimento ético-político. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. spe. 2, p. 93-102, 2014.

DIAS, L. A. D.; GERTNER, S. R. C. B. Trabalhadores da saúde na linha de frente da Covid-19: implicações para a saúde mental. In: AMARANTE, P. *et al.* **O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados**. Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2020.

DRUCK, G. A terceirização sem limites: mais precarização e riscos de morte aos trabalhadores. In: FILGUEIRAS, V. A. (org.). **Saúde e segurança do trabalho no Brasil**. Brasília: Gráfica Movimento, 2017.

DRUCK, G. A. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 15-43, 2016. Supl. 1.

DRUNK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. spe. 1, p. 37-57, 2011.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 208-223, 2018.

FERNANDEZ, M. *et al.* Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento à covid-19 no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. e201011, 2021.

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; CORRÊA, M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, p. e00321153, 2021. DOI 10.1590/1981-7746-sol00321.

FERRACIOLI, N. G. M. *et al.* Saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia de covid-19: impactos (in)suportáveis em uma rotina (in)terminável. In: ANDRADE, C. J. (org.). **Saúde mental e trabalho na pandemia de covid-19**. São Paulo: Gênio criador, 2022.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRANCO, T.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4405-4414, 2019.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. e00029818, 2018.

GOIS-SANTOS, V. T. *et al.* Primary Health Care in Brasil in the times of COVID-19: changes, challenges and perspectives. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 66, n. 7, p. 876-879, 2020.

GUILLAND, R. *et al.* Prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em trabalhadores durante a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, p. e00186169, 2022.

HARAPAN, H. *et al.* Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a literature review. **Journal of Infection and Public Health**, Saudi Arabia, v. 13, p. 667-673, 2020.

HARZHEIM, E. *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - HCFMB. Botucatu, 2022. Disponível em: <https://hcfmb.unesp.br>. Acesso em: 19 jun. 2022.

KANNO, N. P.; BELLODI, P. L.; TESS, B.H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 884-894, 2012.

KOWALSKI, L. P. *et al.* COVID-19 pandemic: effects and evidence-based recommendations for otolaryngology and head and neck surgery practice. **Head & Neck**, New York, v. 42, n. 6, p. 1259-1267, 2020.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

- LIMA, L. *et al.* Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 17-24, 2014.
- LOURENÇO, E. *et al.* Condições de trabalho de assistentes sociais da área da saúde e repercussões psicossociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 154-168, 2019.
- MACHADO, M. H. *et al.* Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de covid-19: a realidade brasileira. In: PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. (eds.). **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022. p. 283-295. (Informação para ação na Covid-19 series). ISBN: 978-65-5708-123-5. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0019>.
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 18-37, 2018.
- MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.
- MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; SOUSA, G. W.; Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 775-781, 2010.
- MATOS, R. C. Fake news frente a pandemia de COVID-19. **Vigilância Sanitária em Debate**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 78-85, 2020.
- MAZZA, D. A. A. *et al.* Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. e300405, 2020.
- MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, p. e00149720, 2020.
- MELLO, I. A. P. *et al.* Adoecimento dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em município da região Centro-Oeste do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. e0024390, 2020. DOI 10.1590/1981-7746-sol00243.
- MENDES, M. *et al.* Cargas de trabalho na Estratégia Saúde da Família: interfaces com o desgaste dos profissionais de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 54, p. e03622, 2020.
- MENESES, A. S. Gerenciamento emergencial de recursos da atenção primária à saúde no enfrentamento à pandemia da covid-19. **SciELO Preprints**, São Paulo, 2020. DOI 10.1590/SciELOPreprints.557.

MENEZES, E. L. C. *et al.* Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1751-1763, 2020.

MERHY, E. E. **A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERLO, A. R. C.; LAPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 61-68, 2007.

MURAKAMI, M. N.; ARAÚJO, F. J.; MARQUES, C. P. A reorganização e atuação da Atenção Primária à Saúde em contexto de pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 12232-12251, 2022.

NASCIMENTO, L. C. *et al.* O SUS na vida dos brasileiros: assistência, acessibilidade e equidade no cotidiano de usuários da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. e300330, 2020.

NETO, M. *et al.* Fake news no cenário da pandemia de COVID-19. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 25, p. e72627, 2020.

Organização Internacional do Trabalho - OIT. **Covid-19: existem profissionais de saúde suficiente?** ILOSTAT, 2020. Disponível em: <https://ilostat.ilo.org/covid-19-are-there-enough-health-workers/>. Acesso em: 20 maio 2022a.

Organização Internacional do Trabalho - OIT. **OIT rebaixa previsão de recuperação do mercado de trabalho para 2022**. ILOSTAT, 2022. Disponível em: [https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_834117/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_834117/lang-en/index.htm) Acesso em: 20 maio 2022b.

OLIVEIRA, L. M. S. *et al.* Estratégia de enfrentamento para covid-19 na atenção primária à saúde: relato de experiência em Salvador-BA. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, n. esp., p. e20200138, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Painel do coronavírus da OMS**. Genebra: OMS, 2021. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 13 nov. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Organização Mundial da Saúde - OMS Brasil. **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. Washington: OPAS, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 5 mar. 2022.

ORNELL, F. *et al.* “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42 n. 3, p. 232-235, 2020a.

ORNELL, F. *et al.* The impact of the covid-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36 n. 4, p. e00063520, 2020b.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 205-218, 2015. Supl. 1.

OSORIO, C. *et al.* O trabalho cotidiano em hospitais: o ponto de vista da atividade de enfermagem. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (orgs.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2011.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (eds.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

PASQUALIN, N. E. Precarização da atenção básica no contexto de covid-19. **Serviço Social em Perspectiva**, Montes Claros, v. 6, n.1, p. 108-125, 2022.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, p. e0024678, 2020. Supl. 1.

PEREIRA, E. C. *et al.* Saúde do trabalhador, práticas integrativas e complementares na atenção básica e pandemia da COVID-19. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, p. e20210362, 2022.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**, Niterói, v. 8, p. 68-87, 2006.

PRADO, A. D. *et al.* A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do Covid-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, n. 46, p. e4128, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4128.2020>.

PRADO, N. M. B. L. *et al.* The international response of primary health care to COVID-19: document analysis in selected countries. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. e00183820, 2020.

PREFEITURA DE BOTUCATU. **Decreto n. 11.941, de 18 de mar de 2020**. Declara situação de emergência no município de Botucatu e estabelece novas medidas temporárias e emergenciais de prevenção e enfrentamento de contágio pelo covid-19 (novo coronavírus), e dá outras providências. Botucatu, 2020.

PREFEITURA DE BOTUCATU. **Secretaria da Saúde**. Botucatu, 2022. Disponível em: <https://www.botucatu.sp.gov.br/portal/secretarias/12/secretaria-de-saude>. Acesso em: 07 ago 2022a.

PREFEITURA DE BOTUCATU. **Central Coronavírus já atendeu mais de 3 mil chamados**. Disponível em: <https://www.botucatu.sp.gov.br/portal/noticias/0/3/22471/central-coronavirus-ja-atendeu-mais-de-3-mil-chamados> Acesso em: 07 ago 2022b.

PREFEITURA DE BOTUCATU. **Botucatu terá vacinação em massa no dia 16 de maio.** Disponível em:

<https://www.botucatu.sp.gov.br/portal/noticias/0/3/22909/botucatu-tera-vacinacao-em-massa-no-dia-16-de-maio/> Acesso em: 07 ago 2022c.

QUIRINO, T. R. L. *et al.* Estratégias de cuidado à saúde mental do trabalhador durante a pandemia da covid-19: uma experiência na atenção primária à saúde. **Estudos Universitários: Revista de Cultura**, Recife, v. 37, n. 1/2, p. 172-191, 2020.

RIBEIRO, A. P. *et al.* Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 45, p. e25, 2020.

RIBEIRO, B. M. S. S.; ROBAZZI, M. L. C. C.; DALRI, R. C. M. B. Violência causada aos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 115-124, 2021.

RIBEIRO, S. F. R.; MARTINS, S. T. F. Sofrimento psíquico do trabalhador da saúde da família na organização do trabalho. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 2, p. 241-250, 2011.

SAFFIOTI, H. **Gênero patriarcado violência**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SANTOS NETO, J. A. *et al.* Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1269-1280, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.2845.2016>

SANTOS, A. C. C.; SANTOS, R. P. A atenção primária à saúde durante a pandemia da COVID-19. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 12, p. 117314-117323, 2021.

SANTOS, H. S.; SILVA, N. M. A Saúde Mental de profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde frente à COVID-19: uma pesquisa qualitativa. **Revista Portuguesa de Ciências e Saúde**, Porto, v. 2, n. 2, p. 1-23, 2021.

SANTOS, K. M. R. *et al.* Depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem durante a pandemia da covid-19. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. spe., p. e20200370, 2021.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, p. e2020166, 2020.

SCHERER, M. D. A. Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 89-104, 2016. Supl. 1.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SES-SP. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/orgaos-e-entidades/secretarias/saude/>. Acesso em: 19 jun. 2022.

SILVA, A. *et al.* Saúde e segurança do trabalho no Brasil. In: DRUCK, G. A **terceirização sem limites**: mais precarização e riscos de morte aos trabalhadores. São Paulo: Outras Expressões, 2017. p. 183.

SOARES, J. P. *et al.* Fatores associados ao burnout em profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. Especial 1, p. 385-398, 2022.

SOUSA, J. M. *et al.* Precarização dos serviços de saúde e suas implicações no processo de trabalho em saúde na atenção primária à saúde em Fortaleza. In: JORNADA INTERNACIONAL POLÍTICAS PÚBLICAS, 8., 2017, São Luiz. **Anais** [...]. São Luiz: JOINPP, 2017. p. 1-12.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 204-218, 2016.

SOUZA, L. E. P. F. *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2783-2792, 2019.

SOUZA, P. A.; GANDRA, B.; CHAVES, A. C. C. Experiências sobre Imunização e o Papel da Atenção Primária à Saúde. **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 267-271, 2020.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid- 19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020.

TRINDADE, L. L.; PIRES, D. E. P. Implicações dos modelos assistenciais da atenção básica nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 36-42, 2013.

VELHO, G. R. *et al.* Biossegurança e práticas profissionais na Odontologia na pandemia de COVID-19: dados sobre o Rio Grande do Sul. **Saberes Plurais**: Educação na Saúde, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 151-156, 2021.

WHITAKER, R. O impacto psicológico da pandemia: contra a patologização de nosso sofrimento. In: AMARANTE, P. *et al.* **O enfrentamento do sofrimento psíquico na pandemia**: diálogos sobre o acolhimento e a saúde mental em territórios vulnerabilizados. Rio de Janeiro: IdeiaSUS/Fiocruz, 2020.

APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Saúde Mental de Trabalhadores de Saúde no Contexto da Pandemia da Covid-19.

Estudo de Caso na Atenção Primária à Saúde no Interior Paulista.

Objetivo: Compreender as cargas e desgastes psíquicos decorrentes do trabalho na Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia da Covid-19, conforme a vivência de trabalhadores da rede municipal de saúde de Botucatu.

CARACTERIZAÇÃO:

[Compreender o perfil do público entrevistado, suas condições socioeconômicas e suas funções no ambiente de trabalho]

Nome Fictício: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Escolaridade: _____

Estado civil: _____

Quantas pessoas residem no domicílio? _____

Tem filhos e/ou dependentes? _____, residem com você? _____

Qual sua função na unidade de saúde? _____

Há quanto tempo exerce a função? _____ Há quanto

tempo trabalha na atual unidade de saúde? _____ Qual o seu vínculo empregatício? _____

Há quanto tempo está formado(a)? (para funções que exigem formação específica) _____ anos

Perguntas em relação ao tema: *[a resposta à 1ª pergunta pode trazer muitos elementos de perguntas posteriores; é preciso estar atento para não repetir, apenas aprofundar com as questões posteriores à primeira]*

QUESTÃO DISPARADORA:

[É a questão principal, que abre a conversa e deixa o entrevistado falar livremente. O esperado é que aqui ele dê a ênfase dele em sua vivência. As outras perguntas são complementares]

- Como tem sido o seu trabalho durante a pandemia da covid-19?

SITUAÇÃO DE TRABALHO:

[Compreender como tem sido a vivência no trabalho e quais são os recursos que tem recebido para lidar com a situação de pandemia no ambiente de trabalho]

- Quais suas facilidades no trabalho na situação de pandemia?

- Quais suas dificuldades no trabalho na situação de pandemia?

- Você recebeu capacitação específica para o trabalho na situação de Pandemia da Covid-19? Considera ter conhecimento suficiente do tema para a realização do seu trabalho?

- Você está se sentindo segura(o) no ambiente de trabalho atualmente?

- Você tem tido acesso aos EPI's necessários para realização de seu trabalho? Quais outros procedimentos de segurança em relação à Covid-19 você tem seguido?

- Você confia na gestão do serviço e do sistema de saúde no qual trabalha?

- O que você considera como mais importante para viabilizar o trabalho na situação da pandemia?

IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL:

[Perguntas direcionadas para identificar quais os impactos na saúde mental do trabalhador na situação de pandemia]

- Sente-se sobrecarregada(o) durante a jornada de trabalho?

→ **se sim:** mais do que antes da pandemia? Quais fatores te fazem se sentir mais sobrecarregada(o)? Tem conseguido realizar pausas (curtos intervalos entre atendimentos; tomar café na copa; fazer o horário de almoço etc.) durante a jornada de trabalho?

- Teve algum mal-estar ou sintomas (de qualquer espécie) desde março/2020? [A intenção não é referente

a covid-19, mas geral]

- Percebe (ou percebeu) algum incômodo ou mudança em relação à sua saúde mental?

- Reconhece algum sofrimento como relacionado ou decorrente do trabalho?

- Você tem utilizado alguma estratégia para cuidar da sua saúde mental? Quais? *[acrescentada após entrevista teste]*

VIVÊNCIAS NO AMBIENTE EXTERNO:

[Identificar as consequências da pandemia na vida fora do trabalho]

- Qual foi o impacto da pandemia da covid-19 em sua vida?

PERGUNTA PARA FECHAMENTO:

[Abordar qual sentimento essa vivência desperta no entrevistado, buscando identificar através do sentimento relatado, o possível impacto em sua saúde mental.]

- Para você qual sentimento definiria esse momento de trabalho na situação de pandemia da covid-19?

- Você tem algum pensamento quanto ao futuro no trabalho no pós-pandemia? E na vida pessoal?
[acrescentada após entrevista teste do roteiro]

APÊNDICE 2 – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(a) senhor(a) foi convidado(a) para participar de uma pesquisa. As informações existentes nesse documento são para compreender os objetivos da pesquisa, sabendo que a participação é voluntária. Se durante a leitura deste documento houver alguma dúvida, o(a) senhor(a) deve fazer perguntas para que possa entender perfeitamente do que se trata. Após estar esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine no verso deste documento.

Informações sobre a pesquisa

Título do Projeto de Pesquisa: Saúde Mental de Trabalhadores de Saúde no Contexto da Pandemia da COVID-19. Estudo de Caso na Atenção Primária à Saúde no Interior Paulista.
Pesquisadores Responsáveis: Prof^a Dr^a Maria Dionísia do Amaral Dias (orientadora)
 Estudante Participante: Assistente Social Esp. Jéssica Beatriz Serodio Miras
 Instituição: Faculdade de Medicina, Unesp. Contatos: E-mail: jessica.miras@unesp.br; Telefone: (14) 99647-1662.

Finalidade da pesquisa: Compreender as cargas e desgastes psíquicos decorrentes do trabalho na Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia da Covid-19, conforme a vivência de trabalhadores da rede municipal de saúde de Botucatu.

Benefícios da pesquisa: Espera-se que o estudo contribua com os trabalhadores na criação de estratégias para lidar com a situação, além de contribuir com futuras intervenções para prevenir ou minimizar altos índices de sobrecarga emocional e doenças decorrentes do trabalho em situações semelhantes. Para o participante o benefício da pesquisa será participar de espaço de escuta sobre seu trabalho e as dificuldades enfrentadas no contexto da pandemia da Covid-19.

Procedimentos: A técnica utilizada para coleta de dados será entrevista individual de no máximo 60 minutos cada. As questões de pesquisa referem-se à experiência de trabalho no contexto da pandemia. Não há previsão de riscos aos participantes da pesquisa e havendo algum desconforto o participante poderá recusar-se a responder.

Participação: A participação é voluntária e a qualquer momento do processo de pesquisa você poderá recusar-se a continuar ou a participar de alguma etapa em particular, sem qualquer prejuízo, ou penalização.

Compromisso dos Pesquisadores: Os pesquisadores se comprometem em usar os dados deste estudo de maneira correta e coerente aos objetivos deste estudo, garantindo que:

- 1) Todas as informações obtidas serão utilizadas de forma a proteger a identidade e privacidade dos participantes;
- 2) As entrevistas serão gravadas e após a transcrição as fitas de gravação serão destruídas;
- 3) No texto de relatórios, artigos e em quaisquer outros documentos escritos serão utilizados nomes fictícios para referir-se aos participantes da pesquisa;
- 4) As informações não serão utilizadas em prejuízo das pessoas e grupos;
- 5) Ao final da pesquisa os resultados serão informados aos participantes;
- 6) Os resultados da pesquisa serão publicados e apresentados em órgãos acadêmicos/científicos.

Formas de assistência: Caso a participação na pesquisa venha a gerar mobilização afetiva excessiva ou perceba-se no participante sinais de sofrimento ou adoecimento psíquico, a pesquisadora responsabiliza-se por fazer de forma individualizada o acolhimento e encaminhamento para acompanhamento especializado, caso necessário, de forma integral e gratuita.

Formas de ressarcimento e indenização: A pesquisa não acarretará custos, tendo o participante o direito de buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Informações adicionais: Este documento contém 2 vias, uma entregue ao participante da pesquisa

(presencial ou de forma digital ou outra forma) e a outra será mantida em arquivo pelo pesquisador, sendo importante ao participante guardar a sua cópia deste documento.

Durante o decorrer da pesquisa, caso venha a ter alguma dúvida ou precise de alguma orientação complementar use o endereço ou telefone da pesquisadora (informado no verso), ou poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa FMB/Unesp**, através dos fones: (14) 3880-1608/3880-1609. Endereço: na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Horário de funcionamento: de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 12.00 e das 13.30 às 17horas.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, portador(a) do RG: _____, abaixo assinado, concordo em participar como voluntário(a) do estudo descrito no verso desse documento. Assim como autorizo a utilização e reprodução dos resultados em atividades acadêmicas, trabalhos científicos e meios de informação. Fui devidamente informado (a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Jéssica Beatriz Serodio Miras, vinculada à Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, sobre o estudo, os procedimentos nele envolvidos assim como os riscos e benefícios de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento sem acarretar em nenhuma penalidade.

Botucatu, ____/____/____

Assinatura do Participante

Profª Drª Maria Dionísia do Amaral Dias

(Orientadora)

Jéssica Beatriz Serodio Miras