

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DÉBORA THAISE FREIRES DE BRITO

**O CUIDADO DE SI E DO OUTRO: A SAÚDE DO TRABALHADOR EM FOCO EM
TEMPOS DE PANDEMIA SOB O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

JOÃO PESSOA
2021

DÉBORA THAISE FREIRES DE BRITO

**O CUIDADO DE SI E DO OUTRO: A SAÚDE DO TRABALHADOR EM FOCO EM
TEMPOS DE PANDEMIA SOB O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Política, cuidado e gestão em saúde.

Linha de pesquisa: Políticas, cuidado e gestão em saúde: sistemas, redes e organização das práticas.

Orientador: Prof. Dr. Robson da Fonseca Neves.

JOÃO PESSOA

2021

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

B862c Brito, Debora Thaise Freires de.

O cuidado de si e do outro : a saúde do trabalhador em
foco em tempos de pandemia sob o olhar dos
profissionais da Estratégia de Saúde da Família /
Debora Thaise Freires de Brito. - João Pessoa, 2021.
217 f. : il.

Orientação: Robson da Fonseca Neves.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde do trabalhador. 2. Atenção primária a saúde.
3. Covid-19. I. Neves, Robson da Fonseca. II. Título.

UFPB/BC

CDU 331.47(043)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E SAÚDE COLETIVA**



ATA DE SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Curso de Pós-Graduação	Instituição
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA	UFPB
Ata da Sessão de Defesa de Dissertação do (a) Mestrando(a)	
DEBORA THAISE FREIRES DE BRITO	
Realizada no Dia	
29/06/2021	

Às **14:00** horas do dia **29** do mês de **JUNHO** do ano de **2021** realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão de Mestrado, do(a) discente

DEBORA THAISE FREIRES DE BRITO

Intitulado

O cuidado de si e do outro: a Saúde do Trabalhador em foco em tempos de pandemia sob o olhar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família

A banca examinadora foi composta pelos professores doutores

ROBSON DA FONSECA NEVES

, orientador(a),

André Luís Bonifácio de Carvalho

Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa

e

Cláudia Santos Martiniano

A sessão foi aberta pelo (a) Coordenador (a) do Curso de Pós-Graduação que apresentou a banca examinadora e passou a palavra para o (a) orientador(a), o(a) qual assumiu a coordenação dos trabalhos. Em seguida, o(a) candidato (a) procedeu com a apresentação do trabalho. Após a exposição, seguiu-se o processo de arguição do (a) mestrando (a). O primeiro examinador foi o (a) professor (a) doutor (a) **Cláudia Santos Martiniano**.

Logo após procederam a arguição os(as) professores(as) doutores(as) **Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa** e



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E SAÚDE COLETIVA**



André Luís Bonifácio de Carvalho

Em seguida a banca examinadora se reuniu reservadamente a fim de avaliar o desempenho do(a) mestrando(a).

Diante do exposto, considerando que o(a) mestrando(a), dentro do prazo regimental, cumpriu todas as exigências do Regimento Geral da UFPB, do Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Graduação "Stricto Sensu" da UFPB e do Regulamento do programa, está apto(a) a obter o Grau de MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, a ser conferido pela Universidade Federal da Paraíba.

A banca examinadora considerou **APROVADO** o trabalho do(a) discente. Nada mais havendo a relatar a sessão foi encerrada às **17:15** horas, e eu **Robson da Fonseca Neves**,

orientador (a) do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFPB, lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.

JOÃO PESSOA, **29** de **JUNHO** de **2021**.

ASSINATURA DO(A) ORIENTADOR(A): _____

Link da gravação:

<https://drive.google.com/file/d/1P54Wv26SBbS9HYD6HubvlljWtbr8aRbZ/view?usp=sharing>

*Dedico este trabalho a minha família, especialmente, a minha **filha** (Laura Isabelly Brito de Medeiros), a minha **Mãe** (Ana Lúcia Freires de Paulo) e ao meu **companheiro** (Francisco Sebastião de Medeiros Neto), que são meus grandes incentivadores e sempre apoiam meus projetos de vida, me dando amor e me acolhendo nos momentos em que mais necessito. Dedico também a todos(as) os(as) trabalhadores(as) de saúde da Estratégia de Saúde da Família, que são essências para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.*

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pelo dom da vida, por sempre trilhar e abençoar todos os meus passos e me fortalecer para concluir mais essa etapa em minha vida. Teus planos são maiores e melhores do que eu possa imaginar Senhor, por isso sempre entrego, confio, aceito e agradeço tudo que o Senhor tem preparado para mim. Gratidão por todas as oportunidades Pai.

À minha Mãe, **Aná Lúcia Freires de Paulo**, por todo o amor e educação que me dedicou, por sempre acreditar em meu potencial. Por ter cuidado de minha filha com todo amor e carinho durante os momentos que precisei me ausentar fisicamente. Você é meu exemplo de vida, de superação e meu alicerce de sustentação. Esse título é nosso!.

À minha Filha, **Laura Isabelly Brito de Medeiros**, minha razão de viver, que me inspira a cada dia a se tornar uma pessoa melhor e buscar os meus objetivos. Perdão pelas ausências físicas, por algumas presenças sem qualidade e por não poder acompanhar de perto seu crescimento em alguns momentos de sua vida, em virtude da distancia geográfica, mas, saiba que mentalmente e espiritualmente sempre estive presente e torcendo por ti. Te amo minha princesa.

Ao meu Esposo e amigo **Francisco Sebastião de Medeiros Neto**, que partilha comigo momentos especiais há 16 anos, que não mede esforços para ajudar a realizar os meus sonhos e que sempre me acompanha em momentos decisivos, acreditando em meu potencial e me incentivando a seguir em direção aos meus objetivos, mesmo quando penso que não vou conseguir. Obrigada por tudo.

Aos meus avôs, **Cleonice Freires de Paulo** e **José Francisco de Paulo**, por todos os momentos de carinho e amor que se manifestam de diversas formas. Gratidão por permanecerem sempre ao meu lado, desde o momento que nasci. Vocês são muito importantes para mim.

À **turma de mestrado 2019.1**, que compartilhou dos inúmeros desafios que enfrentamos, sempre com o espírito colaborativo. Agradeço pela parceria, por todos os debates, conhecimentos partilhados e construídos durante os momentos

vivenciados nesse caminho e pelos momentos inesquecíveis de descontração. Cada um tem um lugar especial em meu coração, sentirei saudades dos momentos vivenciados.

A minha “mundiça” (**Augusto, Erlaine e Tarcísio**), amigos irmãos que o mestrado me proporcionou, daqueles que você pode contar em qualquer hora, que te incentivam, te fazem sorrir e ter resiliência diante dos obstáculos que a vida te impõe. Gratidão pela amizade de vocês.

A minha parceira de estudos do grupo de pesquisa em Saúde do Trabalhador, **Bruna Araújo Pires**, gratidão pelas construções e partilhas de conhecimento, pelo apoio durante os momentos de angústia e pelos momentos de descontração. Nossas trocas foram muito importantes durante esse percurso, pois, juntas conseguimos avançar e ultrapassar todos os obstáculos.

Ao meu orientador, Professor Doutor **Robson da Fonseca Neves**, um ser de luz, extremamente competente, responsável e empático, que acreditou em minha capacidade para desenvolver esse trabalho sem me conhecer e me apoiou em decisões importantes na reta final. Obrigada por toda parceria, por ter aceitado os meus desafios e por me nortear diante dos entraves emergidos durante o percurso do mestrado. Os seus ensinamentos, que foram e são brilhantes, levarei por toda minha vida. Gratidão eterna.

Aos **docentes** do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, que desempenharam com excelência sua missão durante esse processo de formação profissional. Gratidão pela elevada qualidade do processo de ensino-aprendizagem que me foi ofertado, pelo acolhimento, apoio, carinho, solidariedade, empatia e amorosidade. Obrigada por terem me mostrado o fascinante mundo da Saúde Coletiva e por possibilitarem a realização de mais um projeto de vida.

A Banca examinadora desta dissertação. Obrigada Professor Doutor **André Carvalho**, Professora Doutora **Cláudia Santos Martiniano** e Professora Doutora **Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa**, por terem aceitado o convite em participar da minha banca, pela parceria e colocações pertinentes que contribuíram para o enriquecimento e aprimoramento deste trabalho. Agradeço também aos professores doutores **Geraldo Eduardo Guedes de Brito** e **Dimitri Taurino**

Guedes por terem se disponibilizado a participar como membros suplentes dessa banca.

Aos **enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas** da Estratégia de Saúde da Família, que mesmo diante de diversos obstáculos e da sobrecarga biopsicossocial e espiritual que o momento pandêmico impôs, se disponibilizaram a participar do presente estudo, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional, bem como para o enriquecendo do banco de dados da comunidade científica, criando possibilidades para mudança na realidade dos serviços de saúde da APS, especificamente a Estratégia de Saúde da Família.

A **Secretaria Municipal de Saúde** de João Pessoa, por autorizar a realização deste trabalho no cenário da Atenção Primária a Saúde, contribuindo também para que esse sonho se tornasse realidade.

A **Universidade Federal da Paraíba** e a todos os funcionários que lhes prestam serviços, que são essências para o andamento do Campus, em especial a secretária do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, **Cinthia Botelho**, por ser uma profissional competente, prestativa e admirável, sempre elucidando as dúvidas e contribuindo para o engajamento do programa. Gratidão por sempre estar à disposição e fazer o possível para ajudar os discentes desse programa.

Ademais, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para que eu concluísse mais esta etapa da minha vida profissional e que me incentivaram a nunca desistir dos meus sonhos.

Good Job (Bom Trabalho)

Você é o motor que faz tudo funcionar
E você está sempre invisível, meu herói
Eu vejo sua luz na escuridão
Sorri diante do meu rosto quando todos sabemos que é difícil
Não há como te retribuir
Que Deus abençoe seu coração, saiba que eu te amo por isso
Honesto e abnegado
Não sei se isso ajuda, mas

Bom trabalho
Você está fazendo um bom trabalho
Você está fazendo um bom trabalho
Não se deixe abater
O mundo precisa de você
Saiba que você importa
Importa, importa, sim [...]

Seis da manhã
Assim que você entra pela porta
Todo mundo precisa de você novamente
O mundo está enfraquecido
Não é tão seguro
Quando você não está por perto
O dia todo de pé
É difícil
Manter essa energia
Eu sei
Quando parece que é o fim da estrada
Você não desiste
Você apenas segue adiante [...]

Alicia Keys

RESUMO

Brito, Debora Thaise Freires de. O cuidado de si e do outro: a Saúde do Trabalhador em foco em tempos de pandemia sob o olhar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. 217 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa.

A Saúde do Trabalhador se caracteriza como um campo de práticas político-ideológicas e saberes interdisciplinares que leva em consideração a relação trabalho, saúde e ambiente como determinantes do processo saúde-doença. No âmbito da Atenção Primária à Saúde, as ações em Saúde do Trabalhador ainda se constituem como um desafio para gestores e trabalhadores de saúde, principalmente em tempos de pandemia de COVID-19, que pedem mais vigilância e cuidado a saúde dos trabalhadores do território. Nessa perspectiva, o objetivo do estudo é compreender como se deu o cuidado de si e do outro na perspectiva dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família em tempos de pandemia de COVID-19 e caracterizar as estratégias utilizadas nesse cuidado. Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, realizada entre junho e setembro de 2020, com 16 profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de João Pessoa, dentre eles médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. A técnica de entrevista foi utilizada, sendo orientada por um roteiro semiestruturado e realizada a partir da plataforma digital Skype. Para a análise de dados, utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin. Ressalta-se que esta pesquisa se integra a um projeto maior intitulado “A Saúde do Trabalhador no território da Atenção Primária à Saúde: do contexto ao significado para trabalhadores”, que teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAEE: 87110318.0.0000.5188. Observou-se que a pandemia contribuiu para o agravamento da precarização do trabalho na ESF e na escassez de ações de promoção, prevenção e vigilância em ST. Os trabalhadores de saúde tiveram que reorganizar os processos de trabalho para enfrentar a pandemia, e a partir de acordos coletivos locais e do apoio das residências médicas e multiprofissionais em saúde, conseguiram autogerir o trabalho. Visando a manutenção da saúde, elaboraram alternativas individuais de sobrevivência para minimizar os impactos que a pandemia impôs em suas dimensões biopsicossociais e espirituais, como monitoramento dos sinais vitais, manutenção de alimentação saudável, prática de exercícios físicos, adesão às medidas de biossegurança de forma assertiva e a prática da espiritualidade. No que tange a atenção à saúde dos usuários-trabalhadores, os profissionais realizaram ações de gerenciamento do risco de infecção por COVID-19, ações de educação em saúde sobre as medidas de prevenção da doença; asseguram a continuidade dos atendimentos e monitoramento dos usuários com doenças crônicas por meio do teleatendimento; e garantiram o afastamento do trabalho aos usuários com COVID-19, por meio dos atestados médicos, ações que contribuíram para minimizar o risco de propagação da doença nos ambiente de trabalho e na comunidade e, sobretudo, garantir a empregabilidade. O estudo possibilitou compreender a realidade vivenciada pelos profissionais da ESF em tempos de pandemia, denotando a necessidade de valorização desse trabalhador, uma vez que tiveram a capacidade

de entender as novas demandas e reorganizar o processo de trabalho, a partir da implementação de novas estratégias de cuidado de si e de outros trabalhadores do território de atuação, assegurando assim, a continuidade da atenção a saúde.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Atenção Primária a Saúde. Covid-19. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Brito, Debora Thaise Freires de. The care of oneself and the other: worker's health in focus in pandemic times from the perspective of Family Health Strategy professionals. 217 f. Dissertation (Masters) – Postgraduate Program in Public Health, Health Sciences Center, Federal University of Paraíba. João Pessoa.

Worker's Health is characterized as a field of political-ideological practices and interdisciplinary knowledge that take into account the relation between work, health and the environment as determinants of the health-disease process. In the Primary Health Care context, actions in Worker's Health are still a challenge for managers and health workers, especially in COVID-19 pandemic times, because they require more surveillance and care to the workers' health in the territory. Thus, the aim of the study is to understand how care was provided for oneself and the other from the perspective of Family Health Strategy professionals in COVID-19 pandemic times, and to characterize the strategies used in this care. This is an exploratory research with a qualitative approach, carried out between June and September 2020, with 16 professionals from the Family Health Strategy in the city of João Pessoa, including physicians, nurses and dentists. The interview technique was used, being guided by a semi-structured script and held through the Skype digital platform. For data analysis, the Thematic Content Analysis technique proposed by Bardin was used. This research stands out for being part of a larger project entitled "Workers' Health in the territory of Primary Health Care: from context to meaning for workers", which was approved by the Research Ethics Committee under CAEE: 87110318.0.0000.5188. The contribution of the pandemic to the worsening of the precariousness of work in the ESF and the lack of promotion, prevention and surveillance actions in TS was observed. Health workers had to reorganize their work processes to face the pandemic, and based on local collective agreements and the support of medical residencies and multidisciplinary health professionals, they self-managed the work. Aiming to maintain health, they developed individual survival alternatives to minimize the impacts that the pandemic imposed on its biopsychosocial and spiritual dimensions, such as monitoring vital signs, maintaining healthy eating, physical exercise, assertive adherence to biosafety measures and the practice of spirituality. Regarding the health care of users-workers, the professionals performed actions to manage the risk of infection by COVID-19; health education actions on disease prevention measures; ensured continuity of care and monitoring of users with chronic diseases through teleservice; and guaranteed time off work for users affected by COVID-19, through medical certificate. All these actions that helped to minimize the risk of spreading the disease in the work environment and in the community and, above all, ensure employability. The study allowed to understand the reality experienced by ESF professionals in pandemic times, denoting the necessity to value this worker, since they had the ability to understand the new demands and

reorganize the work process, based on the implementation of new strategies of care for oneself and others in the territory where they work, thus ensuring the continuity of health care.

Keywords: Worker's Health. Primary Health Care. Covid-19. Qualitative Research.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Linha do tempo sobre os aspectos históricos do campo da Saúde do Trabalhador.....	23
----------	---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes da pesquisa. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2021.....	84
Quadro 2	Categorias temáticas e subcategorias resultantes dos discursos dos participantes da pesquisa. João Pessoa, Paraíba, Brasil 2021.....	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das equipes de Saúde da Família nos Distritos Sanitários do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2021...	74
----------	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AEAT	Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
ASST	Análise de Situação de Saúde do Trabalhador
AT	Acidente de Trabalho
AVASUS	Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde
CAT	Comunicação de Acidente de Trabalho
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIST	Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CNSTT	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DORT	Distúrbios Osteomusculares vinculados ao Trabalho
DS	Distrito Sanitário
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EP	Educação Permanente
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ER	Equipe de Referência
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipes de Saúde da Família
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LOS	Lei Orgânica de Saúde

MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOB/RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RBE	Renda Básica Emergencial
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RMS	Residências Multiprofissionais em Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RT-PCR	Reação em cadeia da polimerase em tempo real
SARS-COV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome
SAT	Seguro Acidente de Trabalho
SG	Síndrome Gripal
SMRT	Saúde Mental Relacionada ao Trabalho
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC's	Tecnologias da Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	21
2	OBJETIVOS.....	33
2.1	Objetivo Geral.....	34
2.2	Objetivos Específicos.....	34
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	35
3.1	O trabalho como determinante do processo saúde-doença.....	36
3.2	O campo da Saúde do Trabalhador.....	45
3.3	A Saúde do Trabalhador na Atenção Primária a Saúde.....	51
3.4	O processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família em tempos de pandemia de COVID-19.....	57
4	METODOLOGIA.....	71
4.1	Natureza da pesquisa.....	72
4.2	Cenário da pesquisa.....	73
4.3	Participantes da pesquisa.....	74
4.4	Coleta de dados.....	76
4.5	Análise dos dados.....	79
4.6	Aspectos éticos.....	81
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	83
5.1.	Trabalhadores de saúde e a autogestão em tempos de pandemia.....	101
5.1.1	<i>Autogestão do trabalho.....</i>	<i>102</i>
5.1.2	<i>Autogestão do cuidado a saúde.....</i>	<i>115</i>
5.2	(Des)Atenção à saúde dos profissionais da ESF diante da pandemia de COVID-19.....	120
5.3	Usuários-trabalhadores e as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde.....	127
5.3.1	<i>Promoção à saúde e prevenção de agravos centrados nas orientações sobre os cuidados adequados contra a COVID-19....</i>	<i>128</i>
5.3.2	<i>Assistência à saúde com ênfase no afastamento do trabalho.....</i>	<i>131</i>
5.4	Estratégias para melhorar o cuidado aos usuários-trabalhadores em tempos de crise sanitária na percepção dos trabalhadores da ESF.....	132
5.4.1	<i>Garantia do retorno ao trabalho após afastamento por COVID-19 ou suspensão das atividades.....</i>	<i>132</i>
5.4.2	<i>Efetivação de políticas públicas que garantam os direitos humanos básicos.....</i>	<i>135</i>
5.4.3	<i>Humanização em saúde durante o processo de cuidar.....</i>	<i>137</i>

5.4.4	<i>Ampliação da disponibilidade de testes rápidos.....</i>	139
5.4.5	<i>Educação em saúde.....</i>	141
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	144
7	PRODUTOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O PERÍODO DO MESTRADO.....	148
7.1	Atores da Saúde Coletiva e sua inserção na sociedade.....	149
7.2	A Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde no Brasil: um panorama sobre os agentes e suas ações.....	165
7.3	A intra e intersectorialidade em Saúde do Trabalhador: o discurso de profissionais da Estratégia de Saúde da Família.....	184
7.4	Os discursos de profissionais fisioterapeutas sobre sua abordagem na APS: a Saúde do Trabalhador durante a pandemia da Covid-19....	186
	REFERÊNCIAS.....	188
	APÊNDICES.....	206
	Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	207
	Apêndice B - Roteiro de entrevista semiestruturada para profissionais de saúde.....	209
	ANEXOS.....	212
	Anexo A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	213
	Anexo B - Termo de anuência.....	216
	Anexo C - Certificado de apresentação do trabalho “A intra e intersectorialidade em Saúde do Trabalhador: o discurso de profissionais da Estratégia de Saúde da Família”.....	217
	Anexo D - Certificado da apresentação do trabalho “Os discursos de profissionais fisioterapeutas sobre sua abordagem na APS: a Saúde do Trabalhador durante a pandemia da Covid-19”.....	218

1. Introdução

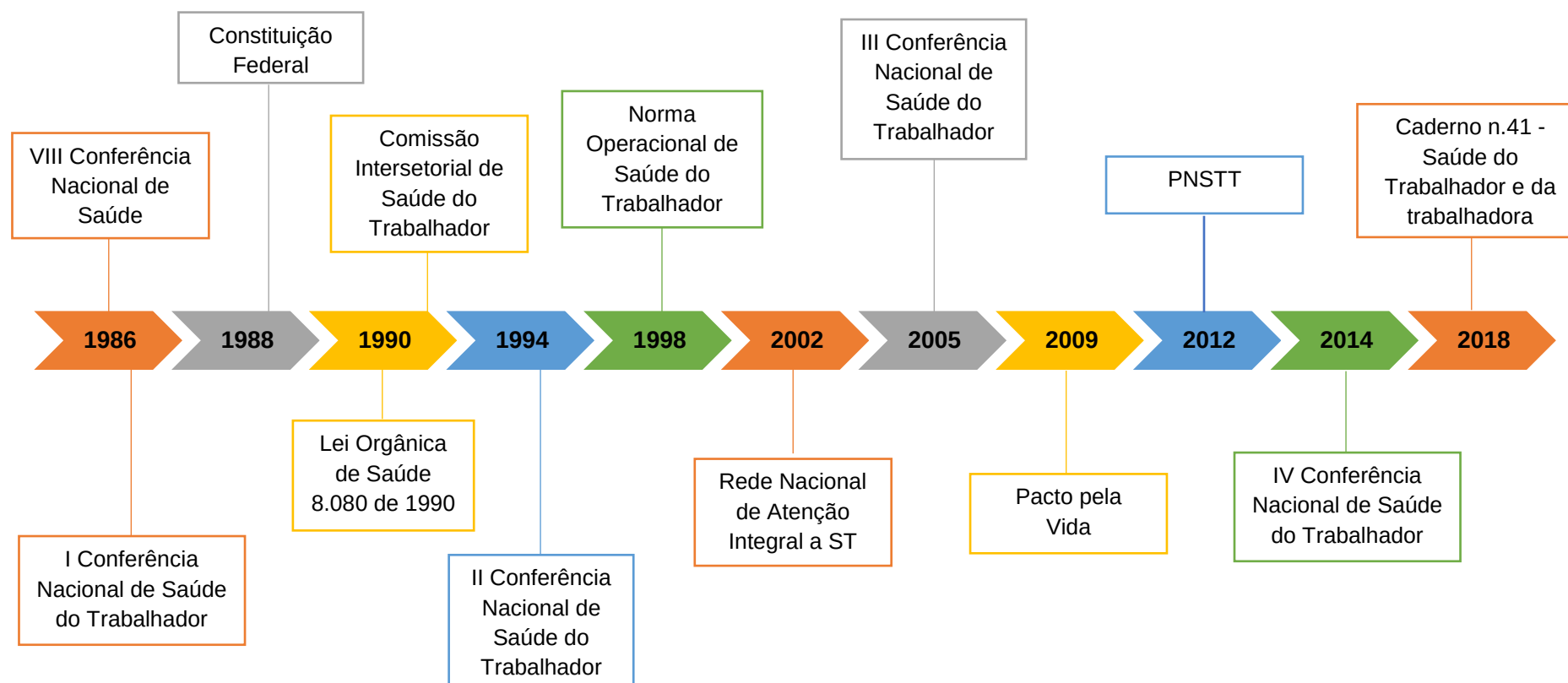
A Saúde do Trabalhador (ST) se caracteriza como um campo de práticas político-ideológicas e de saberes interdisciplinares que leva em consideração as relações trabalho, ambiente e saúde como determinantes do processo saúde-doença. Para melhor compreensão desse campo da saúde coletiva, foi construída uma linha do tempo com os principais marcos históricos que apontam o movimento da ST no Sistema Único de Saúde (SUS), os quais podem ser observados na figura 1, na página a seguir, e serão contextualizados nos parágrafos subsequentes (SOUZA; VIRGENS, 2013; MINAYO-GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

No Brasil, a ST tem suas raízes no movimento da Medicina Social latino-americana, a qual teve suas ações intensificadas em meio ao processo de reorganização política e social do país, visando à melhoria das condições de vida e de saúde dos trabalhadores (DUARTE; AVELHANEDA; PARCIANELLO, 2013; MINAYO-GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

É imprescindível destacar a influência do modelo operário italiano, o qual possui importância na luta pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), em que teve Berlinguer¹ como um dos seus mentores intelectuais. Por causa das suas pesquisas e livros na área da ST, teve influência teórica e prática nos principais movimentos políticos do campo sanitário, por meio do seu apoio e participação ativa junto a Associação Latino-Americana de Medicina Social, Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), além de participar de Conferências Nacionais de Saúde (CNS), sempre como convidado especial e um dos principais palestrantes, contribuindo essencialmente para a efetiva politização da saúde. Nesse contexto, ressalta-se que a RSB se concretizava na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único sob a égide do Estado (LACAZ, 1994; FLEURY, 2015; GARRAFA; AMARANTE, 2015).

¹ Médico socialista, sanitarista e humanista, Giovani Berlinguer, nascido em 1924 em Sassari, na Sardenha, era um importante cientista e militante político do Partido Comunista Italiano. No Brasil, sua contribuição está entranhada desde a produção acadêmica no campo da Saúde Coletiva até o Movimento Sanitário, em que se fez notar em áreas tais como política de saúde, saúde do trabalhador, epidemiologia da determinação social do processo saúde-doença, reforma sanitária e, mais recentemente, bioética do cotidiano.

Figura 1 - Linha do tempo sobre os aspectos históricos do campo da Saúde do Trabalhador.



Fonte: BRASIL, 1998; BRASIL; 1990; LACAZ, 2007; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2012; MINAYO-GOMEZ, 2018; FREITAS et al., 2018; BRASIL, 2018.

A VIII CNS se constitui como marco fundamental para a criação do SUS demarcado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, bem como sob a lógica organizativa da regionalização e hierarquização, descentralização e da participação da comunidade. No âmbito da ST seu relatório final aponta o trabalho como um dos determinantes da saúde, em que este deve ser exercido em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e ambiente de trabalho (BRASIL, 1988; OLIVEIRA; DALLARI, 2016; MINAYO-GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Vale salientar que paralelamente a VIII CNS, foi realizada a I Conferencia Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST), a qual promoveu debates em relação a novas alternativas de atenção a saúde dos trabalhadores, incorporando a proposta de que o SUS deveria englobar ações e órgãos de ST, na perspectiva da saúde como direito (FREITAS et al., 2018; MINAYO-GOMEZ, 2018).

Nesse ínterim, o SUS possui responsabilidade sobre a atenção a ST e o ambiente de trabalho, estando esta expressa na Constituição Federal de 1988 por meio do artigo 196 que estabeleceu que a “Saúde é direito de todos e dever do Estado” e no artigo 200 que explicita que cabe ao SUS “(...) II - executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; e (...) VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho” (BRASIL, 1988).

Posteriormente, a ST na perspectiva da saúde como direito universal foi regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde (LOS) 8.080 de 1990, a qual enfatiza em seu artigo 6º, inciso V, que as ações em ST estão incluídas no campo de atuação do SUS, sendo a ST definida, no parágrafo terceiro, como “um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (BRASIL, 1990).

Nesta mesma década, destaca-se a instituição da Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), em que sua gênese se deu em detrimento aos artigos 12 e 13 da LOS 8.080 de 1990, em que o artigo 12 traz que as comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao CNS, integradas pelos

Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil, serão criadas com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no SUS; enfatizado-se no artigo 13 que a articulação dessas políticas e programas, abrangerá, em especial e de acordo com o inciso VI, a ST (BRASIL, 1990; FREITAS et al., 2018; MINAYO-GOMEZ, 2018).

Diante desse contexto, a CIST participou ativamente no delineamento de uma política de ST, contribuindo na instrução normativa da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) no SUS, a qual define procedimentos básicos para o desenvolvimento de ações correspondentes; na Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST), instrumento orientador significativo na gestão, o qual define atribuições e responsabilidades para orientar e instrumentalizar as ações de saúde dos trabalhadores urbano e rural; na publicação da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho; bem como participou de outras propostas como o preenchimento de Autorizações de Internação Hospitalar nos casos compatíveis com acidente de trabalho e na Política de Saúde Ocupacional para o Trabalhador do SUS, inserida na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS), de 2005, a qual trás os princípios e diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (FREITAS et al., 2018; MINAYO-GOMEZ, 2018).

É oportuno salientar que, ainda nos anos de 1990, realizou-se a II CNST, mais precisamente em 1994, a qual propôs estratégias que viessem a garantir a construção da Política Nacional de Saúde do Trabalhador, visando à melhoria nas condições de trabalho e vida dos trabalhadores, a partir da determinação constitucional da municipalização das ações em ST.

Em relação aos marcos para consolidação da ST no SUS nos anos 2000, destaca-se à criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), instituída em 2002, a qual se integra a rede de serviços do SUS por meio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), os quais se constituem como o centro articulador das ações intra e intersetoriais de ST em que desempenham funções de suporte técnico-pedagógico, ofertando Apoio Matricial (AM) para o planejamento e execução de ações nesse campo de atuação (BRASIL, 2009a).

Ainda nessa década foi realizada a III CNST, propriamente em 2005, a qual apenas reiterou o tema da II CNST e recuperou algumas resoluções que expressavam as formulações da Saúde Ocupacional, desconsiderando o papel do SUS na saúde dos trabalhadores do setor público e o acúmulo desenvolvido em ações de VISAT (LACAZ, 2007).

Outro marco na ST foi à publicação da portaria n. 399 de 22 de fevereiro de 2006 que instituiu o Pacto pela Saúde, o qual possui três dimensões, a saber: o Pacto pela vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. A portaria 2.669, de três de novembro de 2009, explicita no Pacto pela Vida a ST como uma das prioridades para o biênio 2010-2011 (BRASIL, 2009b).

No âmbito da Atenção Primária a Saúde (APS), as ações em ST ainda se constituem como um desafio para os gestores e profissionais das Equipes de Saúde da Família (eSF), uma vez que sua implementação requer a superação do modelo hegemônico e da lógica capitalista, bem como que estes profissionais de saúde agreguem em sua prática diária o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença, visando à integralidade do cuidado ao usuário-trabalhador (DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2011; BRASIL, 2012).

Estudo realizado com profissionais de eSF nas cidades de Palmas (Tocantins), Sobral (Ceará) e Alpinópolis (Minas Gerais), com intuito de conhecer como se dá o cuidado aos usuários trabalhadores nas ações desenvolvidas, evidenciou que os profissionais compreendem que o acesso, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado são essenciais para a ST e a partir dos relatos, apontou-se que alguns profissionais das eSF reconhecem os usuários como trabalhadores e desenvolvem estratégias para melhor ofertar o cuidado como ampliação do horário de atendimento, visitas aos locais de trabalho para desenvolvimento de atividades educativas, mapeamento das atividades produtivas do território, priorização no agendamento de consulta e notificação de agravos relacionados ao trabalho. Entretanto, essas atividades são pontuais, existindo dificuldades para desenvolver ações de intervenção no âmbito da assistência, vigilância e promoção da saúde (LACERDA E SILVA *et al*, 2014).

Para uma assistência integral e acesso ampliada a ST, os profissionais da eSF necessitam de articulação e AM de equipes especializadas e serviços de

vigilância, visando à prevenção e controle de riscos nos espaços de trabalho. Nesta perspectiva, têm-se os CEREST e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (AMORIM et al, 2017; BRASIL, 2017; BRASIL, 2012; DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2011).

O NASF-AB constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, a qual deve vivenciar integralmente o cotidiano nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e trabalhar de forma horizontal com os profissionais da ESF, compartilhando saberes e garantindo o suporte clínico, sanitário e pedagógico; bem como a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população, com intuito de ampliar a resolutividade do cuidado em saúde por meio de práticas intersetoriais, educação permanente e ações especializadas, norteadas pela clínica ampliada, cogestão e por ferramentas como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que subsidiam o trabalho (BRASIL, 2017).

Vale salientar que muitos profissionais ainda possuem pouco entendimento sobre o trabalho como causador de impactos positivos e negativos para a saúde das pessoas e para o ambiente, bem como não reconhecem o (a) usuário(a) como trabalhador(a), o que dificulta a implementação de ações neste âmbito, e consequentemente, a efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT) (BRASIL, 2012; DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2011).

A PNSTT publicada em 2012, define os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à ST, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2018).

Cabe salientar que, de acordo com o artigo 16 da lei 8.080 de 1990, compete à direção nacional do SUS: II - participar na formulação e na implementação das políticas relativas às condições e aos ambientes de trabalho e, V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de ST. No que tange as competências da direção estadual, o artigo 17 enfatiza: IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de ST e, VII - participar das ações de controle e avaliação

das condições e dos ambientes de trabalho. Ademais, o artigo 18 traz que, em relação à direção municipal do SUS, cabe: III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho e; IV - executar serviços de ST (BRASIL, 1990).

Ressalta-se que trabalhador(a) para o SUS é todo homem e mulher, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, assalariado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado (BRASIL, 2012).

Expõe-se ainda que a PNSTT possui a VISAT como eixo estruturante do cuidado à saúde dos trabalhadores, a qual visa a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade da população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e em seus determinantes, buscando conhecer o ambiente de trabalho e corrigir as situações de risco para ST. É oportuno enfatizar que dois anos após a aprovação da PNSTT, realizou-se a IV Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (CNSTT), em 2014, a qual proporcionou um espaço para discussão e proposição de diretrizes para implementação da PNSTT (BRASIL, 2012; FREITAS et al., 2018).

Entretanto, apesar de toda legislação existente em relação a ST no SUS, que visa à garantia da universalidade de acesso e integralidade do cuidado aos usuários-trabalhadores na Rede de Atenção a Saúde (RAS) por meio dos programas e serviços disponibilizados, ainda existem entraves para efetivação das ações desse campo no cenário da APS, como a invisibilidade do usuário como trabalhador pelos profissionais da ESF e do trabalho como determinante do processo saúde-doença.

Contudo, vale ressaltar que há iniciativas de aproximação deste campo com a APS, como o caderno de Atenção Básica n.41 sobre Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e os cursos ofertados pelo Ministério da Saúde e o Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde (AVASUS), o qual disponibiliza o curso de Atenção a ST na APS, que tem como objetivo aproximar o profissional de saúde do mundo do trabalho e dos diversos tipos de trabalhadores que podem ser atendidos pela ESF, por meio do qual o profissional é possibilitado a conhecer a PNSTT e a RENAST; os riscos ocupacionais, o mapa de risco e as precauções

padrão; identificar os tipos de Acidentes de Trabalho (AT), reconhecendo o preenchimento adequado da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e das fichas de notificação compulsória; compreender a anamnese ocupacional e reconhecer noções dos protocolos da APS para doenças profissionais (BRASIL, 2018).

Além do curso supracitado, foi lançado recentemente, no dia 28 de maio de 2021, o curso de Análise de Situação de Saúde do Trabalhador: Avanços e desafios para Rede de Assistência à Saúde (ASST), desenvolvido por meio da parceria entre Ministério da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Universidade Federal da Bahia e Organização Panamericana de Saúde, o qual tem como objetivos familiarizar os trabalhadores de saúde com a epidemiologia em ST, devendo esta ser aplicada as necessidades do serviço; estimular o monitoramento das condições de risco a ST, possibilitando a identificação de perfil epidemiológico, grupos de risco vulneráveis, desigualdades sociais para definição de prioridades de execução de ações e matriciamento de rede; Fornecer subsídios técnicos para identificação de fatores de risco para o desenvolvimento das doenças e agravos relacionados ao trabalho, viabilizando o conhecimento necessário para prevenção de redução de custos com seguridade social; Preparar técnicos e gestores para executar a análise de situação de saúde em um território específico (PPGSAT, 2021).

Nessa perspectiva, foi realizada uma consulta ao plano plurianual de saúde (2018-2021) de João Pessoa, Paraíba, cenário de realização da presente pesquisa, em que foi possível observar que o referido município objetiva capacitar 300 profissionais da APS para atendimento em ST, na 1ª macrorregional do estado da Paraíba. A meta prevista para os anos de 2018 e 2019 foi zero, porém, para o ano de 2020 e 2021 foi de 150 profissionais. Entretanto, cabe salientar, que não foram obtidas informações sobre o cumprimento da meta no ano de 2020 (JOÃO PESSOA, 2017).

Considerando a APS como a principal porta de entrada e o centro de comunicação da RAS, onde a ST faz parte da reorientação do sistema a partir deste nível de atenção, é imprescindível que as eSF estejam capacitadas para atender o usuário na perspectiva de trabalhador e considerem o trabalho/ocupação desses atores sociais no planejamento/execução das ações estratégicas para

enfrentamento da pandemia de COVID-19, para que essas contemplem as reais necessidades da coletividade, visto que são referência no cuidado, responsáveis pela saúde dos trabalhadores adscritos no território e estão mais próximas de onde os usuários vivem e trabalham (DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2011; BRASIL, 2017; AMORIM et al, 2017.).

Urge evidenciar que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se orienta pelos preceitos do SUS e visa à reorganização da APS através da reorientação do modelo assistencial, onde seu processo de trabalho é desenvolvido por equipes multiprofissionais que exercem a prática do cuidado e gestão com o objetivo de ampliar a resolutividade dos problemas e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Entretanto, é oportuno salientar que os desafios em relação a ST na ESF foram intensificados com o advento da pandemia decorrente do vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS-CoV-2), causador da doença denominada Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), uma vez que alguns profissionais da ESF ainda possuem dificuldade em reconhecer o (a) usuário(a) como trabalhador(a) e pelo fato de que estes tiveram que reinventar seu processo de trabalho diante de um contexto que exige distanciamento social. Frente a isso, as ações em ST, podem ter sofrido descontinuidade ou mudado radicalmente seu foco (LACERDA E SILVA et al, 2014; BRASIL, 2019; OMS, 2019; BRASIL, 2020).

Além disso, é primordial ressaltar a importância de que as condições de trabalho dos profissionais das eSF sejam garantidas, visando a redução na transmissão do vírus e que medidas organizacionais sejam discutidas. Além disso, é indispensável que a ST seja considerada no índice das medidas e ações de saúde pública voltada ao controle da pandemia, pois toda atividade de trabalho e todo trabalhador deve ser considerado e preparado para evitar que seu ambiente laboral seja um local propício para disseminação do vírus, o que pode o levar ao adoecimento (FIHO et al, 2020).

Nessa perspectiva, reconhecendo a ESF como um espaço fundamental para a concretização das ações em ST na APS, em que esta deve considerar também situações de crise sanitária, podendo relacionar as atividades produtivas as

necessidades de saúde da população adscrita no território e diante das problemáticas mencionadas, emergiu o seguinte questionamento: Com se deu o cuidado de si e do outro em tempos de pandemia e na perspectiva da ST e quais estratégias foram utilizadas pelos profissionais da ESF nesse cenário?

É mister enfatizar que, apesar de estar rodeada pelo trabalho durante a minha existência, as inquietações da complexidade da temática ST somente foram emergidas após contato com a disciplina de ST durante a graduação de enfermagem e ao adentrar na residência multiprofissional em saúde da família e comunidade, onde pude acompanhar, a partir dos rodízios, o trabalho do CEREST e de outros serviços que podem prestar assistência ao usuário-trabalhador². Contudo, a motivação para realização deste estudo foi afluída ao iniciar o mestrado acadêmico em Saúde Coletiva, após aprofundamento teórico, o qual me fez refletir sobre inquietações que experimentei na prática, enquanto enfermeira de formação, o que contribuiu para despertar o desejo de compreender se, atualmente, a assistência aos usuários da APS e aos trabalhadores de saúde estava se dando na perspectiva da ST.

Cumprе salientar que a dissertação em tela complementa o projeto guarda-chuva intitulado “A ST no território da APS: do contexto ao significado para trabalhadores”, que objetiva compreender o contexto do trabalho e analisar o(s) significado(s) atribuído(s) à ST entre os trabalhadores na APS, o qual teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) sob CAEE 87110318.0.0000.5188 e protocolo nº 2.677.650.

Nesse ínterim, esta dissertação está estruturada nos seguintes tópicos: introdução, a qual apresenta uma contextualização sobre a temática, à questão norteadora do estudo e a justificativa para sua realização; e os objetivos a que o estudo se propõe, em que contempla o objetivo geral e os específicos. O primeiro capítulo é composto pelo referencial teórico, o qual é representado pelos tópicos “O campo da Saúde do Trabalhador”, “O trabalho como determinante do processo saúde-doença”, “A Saúde do Trabalhador na Atenção Primária a Saúde” e “A

² O termo “usuário-trabalhador” trazido no estudo em tela foi adotado na perspectiva de fortalecer a importância do reconhecimento do(a) usuário(a) como trabalhador(a), bem como pelo fato do mesmo estar sendo empregado na literatura pertinente devido a entrada tardia da ST no cenário da APS, o qual, no caderno de Atenção Básica n.41 sobre a saúde do trabalhador e da trabalhadora, se remete a todo homem e mulher, independentemente de sua localização, de sua forma de inserção no mercado de trabalho e de seu vínculo empregatício, que fazem parte do território da APS.

Estratégia de Saúde da Família na pandemia”, visando um aprofundamento sobre a temática.

O segundo capítulo corresponde à metodologia, a qual consiste nos passos trilhados para concretizar a presente pesquisa. Os resultados e discussão estão configurados no terceiro capítulo, em que inicialmente é apresentado o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes e o contexto da pesquisa, com intuito de mostrar o lugar de fala desses profissionais. Em seguida, são abordadas as categorias temáticas “O trabalhador de saúde e a pandemia de COVID-19” e “Ações e estratégias relacionadas à saúde dos usuários-trabalhadores em tempos de pandemia na percepção de profissionais da ESF”, visando compreender as principais temáticas emergidas em relação a ST diante do contexto de pandemia e quais as ações de enfrentamento realizadas e sugeridas pelos profissionais da ESF. Ademais, o quarto capítulo diz respeito às considerações finais, onde são apresentadas as reflexões e contribuições desta pesquisa.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Compreender como se deu o cuidado de si e do outro na perspectiva dos profissionais da ESF em tempos de pandemia de COVID-19 e caracterizar as estratégias utilizadas nesse cuidado.

2.2 Objetivos Específicos

- a. Conhecer e caracterizar as principais temáticas, problemas e as ações de enfrentamento identificados no ambiente de trabalho das eSF acerca da ST em tempos de pandemia por COVID-19.
- b. Descrever e caracterizar as ações e as estratégias elencadas pelos profissionais de saúde da ESF para melhorar o cuidado aos usuários-trabalhadores em tempos de pandemia.

3. Referencial Teórico

3.1 O trabalho como determinante do processo saúde-doença

O trabalho se constitui como uma atividade ontologicamente edificadora do ser social cuja finalidade é possibilitar um processo contínuo, dialético e necessário entre o homem e a natureza, no qual o homem transforma a natureza por sua própria ação e por ela é transformado, apropriando-se de coisas, tirando-as da inércia e as transformando em valores de uso, essenciais a vida humana (LUKÁCS, 1979; MARX, 1980).

De acordo com Marx (1985), os animais também trabalham e produzem, porém, apenas aquilo que necessitam imediatamente para satisfazer suas necessidades, determinadas unicamente pelo instinto ou pela experiência limitada que podem ter, não sendo, dessa forma, livres no seu trabalho. Contudo, para o homem o trabalho se põe de forma díspar, uma vez que este produz coisas livres da necessidade física imediata.

Nessa perspectiva, o trabalho se constitui como um importante determinante da formação das sociedades, sendo uma atividade consciente, livre e criativa essencial à saúde, que garante ao homem fazer escolhas enquanto afirmação das suas individualidades e necessidades, como também garante as necessidades da coletividade, permitindo a gênese da autocriação e autorrealização humana, uma vez que possibilita este ser desenvolver potencialidades e habilidades para atender as suas carências (LUCCA; RODRIGUES, 2015).

A ação consciente existente no trabalho é uma forma exclusivamente humana, pois exige imaginação, pensamento e planejamento de atividades. Merhy (2000) defende que todo trabalho possui uma intencionalidade que é caracterizada pela produção de “coisas” (bens, produtos, valores de uso) que satisfaçam necessidades sociais. Para esse autor, existem dois tipos de trabalho, o trabalho vivo e o trabalho morto (WÜNSCH; MENDES, 2015).

O trabalho morto é constituído pelos produtos-meios (instrumentos, matérias primas), no qual, em algum momento, já se aplicou um trabalho pregresso para sua elaboração, enquanto o trabalho vivo é o trabalho em ato, campo próprio das tecnologias das relações. Ressalta-se que qualquer ato produtivo pode ser mapeado por meio de situações em que o trabalho vivo e o trabalho morto estão relacionados,

resultando em um produto/finalidade. Todavia, o trabalho em saúde não pode ser capturado apenas pela lógica do trabalho morto, uma vez que opera com tecnologias de relação e consequentemente de subjetividade (MERHY, 2002; MENDES-GONÇALVES, 2017).

Nesse contexto, sublinha-se que o trabalho contribui para a construção da identidade e subjetividade do sujeito/trabalhador, em que deve ser executado com satisfação e prazer, bem como deve promover saúde, sendo esta condição indispensável para o exercício profissional, uma vez que trabalhadores saudáveis e seguros em locais de trabalho saudáveis e seguros, certamente são mais produtivos. No entanto, a intensificação e precarização do trabalho torna quase impossíveis a adoção de práticas indispensáveis para a preservação da saúde, e para que essa situação não prevaleça é indispensável que a sociedade discuta sobre como o contexto laboral influencia na vida e na ST (SOUZA-UVA, 2009; BARBOZA; PIRES; PEREZ JÚNIOR, 2018; CARDOSO; MORGADO, 2019).

Laurell e Noriega (1989) consideram que estudar a saúde dos trabalhadores é imprescindível para entender a produção social da saúde-doença na coletividade, uma vez que as condições de vida e trabalho dos sujeitos e grupos são influenciadas pela posição social que ocupam, constituindo-se como um dos principais influenciadores da situação de saúde.

Cabe ressaltar que saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. A saúde é um direito social pertencente à condição de cidadania que foi reforçado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela lei 8.080 de 1990, a qual ressalta em seu artigo 2º que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”; e no artigo 3º que “o trabalho é um dos determinantes e condicionantes da saúde”.

Nesse contexto, aponta-se que o trabalho contribui para a saúde e bem-estar do(a) trabalhador(a) e de sua família, uma vez que possibilita a inclusão social e condições materiais de vida, podendo promover saúde. Contudo, rotineiramente, os trabalhadores estão sujeitos a vários fatores de risco à saúde, em virtude da

organização e flexibilização do trabalho, bem como pela degradação ambiental gerada pelos processos produtivos (BRASIL, 2018).

Não obstante, vale salientar que as condições nas quais os indivíduos vivem e trabalham são as principais causas das iniquidades em saúde existentes, expressos nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Segundo Buss e Pellegrini (2012) os DSS “são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”.

Cardoso (2015) enfatiza que para compreender a relação entre trabalho e saúde, é necessário basear-se na vivência do sujeito, uma vez que é ele que realiza o trabalho; é dele que se exige o empenho para fazer o trabalho; é ele quem analisa as condições que tem para realizá-lo; que sofre o desgaste físico, mental e emocional; e por fim, adoece, sofre acidentes e morre.

Em síntese, Laurell e Noriega (1989) explicita que a ST é profundamente impactada pelas condições de trabalho organizacional e ambiental, que são resultado de um processo social. Complementarmente, Dias (1996) aponta que os trabalhadores compartilham com a comunidade determinadas condições socioeconômicas e modos e hábitos de vida, contudo, esse partilhar é desigual em virtude das condições econômicas relacionadas à venda de sua força de trabalho na sociedade capitalista.

À vista disso, cabe salientar que o capitalismo provocou uma ruptura na relação do trabalhador com seus instrumentos de trabalho, privatizando-o de controlar seu próprio processo laboral, e conseqüentemente, desapropriando o seu saber. Urge evidenciar que a universalização do trabalho se dissipa diante do emergir das classes sociais, quando surge a forma de trabalho servil, escravo e assalariado, passando este a ficar subordinado à lógica capitalista. Nesse contexto particular de produção, o trabalhador passa a produzir mercadorias sem qualquer interesse de utilidade imediata para si, uma vez que os objetos são destinados ao mercado, adquirindo assim, a forma de valor de troca (MARX, 1980; FARIA, 2003).

Ao se submeter à lógica capitalista, o trabalho adquire duplo caráter, ora é visto como atividade produtiva e emancipadora, expresso no valor de uso, ora como atividade produtiva alienada/estranhada, equivalente ao valor de troca. Segundo

Wünsch e Mendes (2015) “o trabalho estranhado e alienado promove a transformação das pessoas em força de trabalho a fim de produzir mercadorias e serviços na perspectiva de fomentar o processo de acumulação capitalista e promover o acidente”. Assim sendo, o trabalho subordinado ao capital impede a autonomia e criatividade do trabalhador e este “[...] não se sente bem, mas infeliz, [...] não desenvolve energia mental e física livre, mas mortifica sua physis e arruína sua mente” (MARX, 1984, p.153; SALAMA; VALLIER, 1975).

Perante o exposto, observa-se que o trabalho, além de significar um elemento essencial para a preservação da saúde por meio do prazer e satisfação, também pode causar sofrimento e desencadeamento de doenças nos trabalhadores, em que os meios produtivos podem incidir no processo saúde-doença. O prazer e o sofrimento estão conectados a fatores intrínsecos e extrínsecos as pessoas, relacionando-se com as especificidades, organização e condições do processo laboral. Portanto, o prazer e o sofrimento no e pelo trabalho podem influenciar diretamente a saúde dos trabalhadores e, conseqüentemente, o processo produtivo (DEJOURS, 1992; D’OLIVEIRA; ALMEIDA; SOUZA; et al, 2018).

Constata-se que o mercado de trabalho estabelecido a partir da lógica do neoliberalismo, em que o capitalista visa à lucratividade e competição, desencadeia mais sofrimento, acidentes e adoecimento dos coletivos profissionais do que prazer em realizar as atividades produtivas, uma vez que estes estão submetidos a jornadas extenuantes de trabalho; perda de direitos trabalhistas, da autonomia e da criatividade; burocratização e mecanização do processo de trabalho, subordinando estes a situações de risco e alienação decorrente da desarticulação entre o pensar e o agir (MARX, 1982; GONÇALVES; LEITE; SOUZA, 2013; GONÇALVES, SOUZA; ZEITOUNE, 2015).

No que concerne às informações sobre os acidentes de trabalho, o Anuário Estatístico de Acidentes de Trabalho (AEAT) acessível por meio do sítio do Ministério da Previdência Social, registrou 576.951 AT em 2018 no Brasil e grandes regiões, em que houve emissão da CAT em 477.415 mil. Os acidentes típicos com CAT registrada corresponderam a 360.320 mil do total das ocorrências, os de trajeto a 107.708 mil e a doença do trabalho equivaleu a 9.387 (BRASIL, 2018).

A CAT deverá ser emitida pelo empregador ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) sempre que houver um acidente no ambiente laboral ou quando uma doença for desencadeada pelo trabalho, conforme artigo 169 da CLT que estabelece que “será obrigatória à notificação das doenças profissionais e das produzidas em virtude de condições especiais de trabalho, comprovadas ou objeto de suspeita, de conformidade com as instruções expedidas pelo Ministério do Trabalho; e artigo 22 da lei 8.213/91, que frisa que “a empresa ou o empregador doméstico deverão comunicar o acidente do trabalho à Previdência Social até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato, à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o limite máximo do salário de contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências, aplicada e cobrada pela Previdência Social”.

A CAT se refere apenas a trabalhadores acobertados pelo Seguro Acidente de Trabalho (SAT), para que estes tenham acesso ao benefício auxílio-doença acidentário ou a aposentadoria por invalidez, sendo, portanto, excluídos trabalhadores informais. Sua emissão também se destina para fins de controle estatísticos e epidemiológicos junto aos órgãos federais (ZAVARIZZI; ALENCAR, 2018).

Entretanto, Amorim e Corseuil (2016) apontam que quase a metade da massa trabalhadora é constituída por trabalhos informais, que sem a emissão da CAT os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho não entram nos registros do AEAT. Além disso, a subnotificação dessas informações impede que se obtenha uma análise precisa da abrangência e frequência desses dados, e consequentemente da realidade, pois os indicadores do Ministério da Previdência Social subsidiam apenas a concessão de benefícios previdenciários aos trabalhadores regidos pela CLT, estabelecida no Brasil em 1943 (BRASIL, 2017; CARDOSO; MORGADO, 2019).

Estudo de Balista, Santiago e Corrêa Filho (2011) apontou que, dentre os trabalhadores que sofreram AT ou que possuíam doenças relacionadas ao trabalho atendidos pela ESF, apenas 4% dos casos eram notificados e estes eram relacionados exclusivamente a trabalhadores formais, colocando em relevo a invisibilidade dos trabalhadores informais.

Ressalta-se que as notificações de AT e doenças relacionadas ao trabalho são consideradas como uma estratégia essencial para o desencadeamento de ações de promoção e prevenção da ST, uma vez que, durante as inspeções aos ambientes laborais é possível observar casos que são negligenciados (DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2011).

Cumprе assinalar ainda que existe certa dificuldade em estabelecer o nexo causal entre a doença e o trabalho e, com isso, o registro oficial da doença nem sempre é obtido. Nessa óptica, é oportuno realçar que o trabalho pode ocasionar o adoecimento e morte dos trabalhadores em virtude da profissão que estes exercem ou exerceram ou pelas condições laborais adversas em que seu trabalho é ou foi realizado (BRASIL, 2001a).

Assim, Mendes e Dias (1999) enfatizam que as doenças relacionadas ao trabalho resultam da combinação de fatores, que podem ser sintetizados em quatro grupos de causas, a saber: 1) doenças comuns, aparentemente sem qualquer relação com o trabalho; 2) doenças comuns, eventualmente modificadas devido frequência aumentada de sua ocorrência ou no surgimento em trabalhadores sob determinadas condições de trabalho; 3) doenças comuns que são agravadas em função das condições de trabalho; 4) agravos à saúde específicos, típicos dos acidentes do trabalho e pelas doenças profissionais (BRASIL, 2001a).

De acordo com a classificação proposta por Schilling (1984), os três últimos grupos constituem as doenças relacionadas ao trabalho, em que o primeiro grupo corresponde às doenças em que o trabalho é causa necessária, tipificadas pelas doenças profissionais legalmente reconhecidas e pelas intoxicações agudas de origem ocupacional; O segundo, pelas doenças em que o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo, mas não necessário exemplificado pelas doenças comuns mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e para as quais o nexo causal é de natureza eminentemente epidemiológica; e por fim, o terceiro grupo se constitui pelas doenças em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida (BRASIL, 2001a).

Diante disso, sublinha-se que a saúde dos trabalhadores tem relação com o processo de trabalho no qual estes sujeitos estão inseridos, em que o trabalho tem sido considerado como um elemento primordial para a compreensão do processo

saúde-doença. Atualmente, observa-se que os empregadores exigem cada vez mais que os trabalhadores estejam disponíveis e conectados a empresa, através das novas tecnologias de informação e comunicação; e que atinjam metas em prazos que vem se reduzindo cotidianamente, além de não ofertar meios suficientes e necessários para esse alcance (CARDOSO, 2015; WÜNSCH; MENDES, 2015; CARDOSO, MORGADO, 2019).

Esse cenário de competição entre os trabalhadores e gestão por metas vem desencadeando impactos negativos na ST, ao ponto desses sujeitos desconsiderarem mal-estares e ocultarem doenças ou pequenos acidentes, para não correrem o risco de ficarem desempregados e serem responsabilizados pela sua doença. Como consequência do processo de intensificação do tempo de trabalho, novos problemas de saúde somam-se aos antigos, uma vez que o trabalho exige que o trabalhador empenhe cada vez mais energia física, mental e emocional (DAL ROSO, 2008; MAENO; PARARELLI, 2013).

No âmago dessa vertente, percebe-se a indispensabilidade de se analisar os aspectos emocionais e psicológicos do adoecer, uma vez que estes não podem ser tratados separadamente dos aspectos considerados tradicionais, causados por fatores físicos, químicos, biológicos ou mecânicos (LAURRELL; NORIEGA, 1989)

É imperioso destacar a importância de se identificar também os sintomas que têm sido apontados como resultantes do processo de intensificação do tempo de trabalho como o mal-estar/sofrimento, as dores e os acidentes de trabalho e não apenas as doenças já definidas como doenças relacionadas ao trabalho, visando minimizar os impactos do processo saúde-doença (KARASEK *et al.*, 1998; SELIGMANN-SILVA, 2011).

Diante desse cenário, destaca-se que os modos de organização do trabalho têm repercutido negativamente na ST, ocasionando diversas formas de adoecimento que implicam sucessivos afastamentos do trabalho por curtos e/ou longos períodos, bem como limitações em atividades cotidianas. Além disso, destaca-se também que a detecção de doenças durante seleção da força de trabalho também impede a contratação de indivíduos cuja saúde já esteja comprometida. Dessa forma, explicita-se que a doença é considerada como um fator de impedimento para

realização do trabalho (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; ZAVARIZZI; ALENCAR, 2018).

O afastamento do trabalho em virtude da doença tem se mostrado aos trabalhadores como um processo de ruptura nos modos de trabalhar e viver, no qual esses sujeitos são, na maioria das vezes, excluídos por serem designados como inábeis, uma vez que o capitalismo contemporâneo valoriza o trabalhador produtivo. Certamente, a condição de 'não trabalhador' impede o reconhecimento de seu papel social e consequentemente, desestabiliza sua identidade construída (RAMOS; TITTONI; NARDI, 2008; ZAVARIZZI; ALENCAR, 2018).

Cardoso (2015) aponta que, na maioria das vezes, os empregadores não reconhecem que o adoecimento está relacionado ao trabalho, mesmo no caso de doenças semelhantes às Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios osteomusculares vinculados ao trabalho (LER/DORT), constituindo-se como um problema no Brasil, uma vez que o capital vê muitos locais de trabalho como algo privado, onde nem os representantes dos trabalhadores e do Estado podem intervir, e dessa forma, não havendo mudanças da organização, gestão, condições e relações de trabalho.

Por fim, Wünsch e Mendes (2015) apud Vasconcellos (2011, p.77) afirmam que “adoecer e morrer no trabalho são condições injustas que a humanidade assumiu como natural e foi incapaz, até hoje, de impedi-las”. No âmago dessa vertente, observa-se que a reversão dos agravos a ST, decorrentes da relação saúde-trabalho, depende da contribuição e intervenção dos profissionais e gestores dos serviços de saúde pública, bem como dos atores sociais, no qual estes em conjunto com a vigilância em saúde, especificamente a VISAT, devem intervir nos processos produtivos e condições laborais, visando à promoção e prevenção da saúde e, consequentemente, à transformação da realidade e consolidação do campo da ST.

É oportuno salientar que a pandemia decorrente da COVID-19 trouxe impacto para vida e trabalho de muitos trabalhadores, devido sua rápida velocidade de disseminação e da necessidade de distanciamento social. A severidade da pandemia afetou diversos setores da economia devido à necessidade de suspensão das atividades, o que contribuiu para o fechamento de alguns estabelecimentos e,

consequentemente, aumento do desemprego, além de ter agravado algumas condições de trabalho, como a dos trabalhadores da saúde, em virtude da fragilidade na oferta de insumos que asseguram a proteção contra a COVID-19.

É oportuno salientar que a pandemia emergiu no Brasil após entrar em vigor as medidas da reforma trabalhista e a perda de direitos previdenciários, abrindo espaço para a contratação temporária de profissionais da saúde, sem direitos trabalhistas fundamentais garantidos. Diante disso, à medida que vários trabalhadores adoeciam nos serviços, a reposição acontecia de forma imediata, pois o profissional da saúde contratado não possuía o direito ao seu afastamento do trabalho, restando-lhe o desamparo social ou mesmo o desemprego (SODRÉ, 2020).

No Brasil, estima-se que existam 6.649.307 trabalhadores que atuam na área da saúde, em que a taxa de infecção desses profissionais é de 7,3%, contra 5% da população em geral. Dados levantados pelo Ministério da Saúde, até primeiro de março de 2021 apontaram que pelo menos 484.081 profissionais da saúde haviam sido infectados pela COVID-19, dos quais 470 vieram a óbito, caracterizando o Brasil como um país que perde ao menos um profissional de saúde a cada 19 horas para a doença, até a data mencionada (COFEN, 2021).

Entretanto, o Conselho Federal de Medicina e o Conselho Federal de Enfermagem frisaram que os dados do Ministério da Saúde podem estar subnotificados, uma vez que apontaram a morte de 551 médicos e 646 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, caracterizando a perda de um desses profissionais a cada sete horas e meia. Cabe ressaltar que, desde o começo da pandemia até o mês de abril de 2021, 5.798 profissionais de saúde vieram a óbito (COFEN, 2021).

Diante desse contexto, observa-se que a COVID-19 está intimamente relacionada com o processo saúde-doença, uma vez que, trabalhadores que possuem contato direto com pessoas e que o trabalho remoto não é viabilizado, possuem maior risco de contrair a doença por estarem rotineiramente mais expostos ao vírus ou aos fatores associados às condições de trabalho.

Nessa perspectiva, o trabalho não pode ser o caminho para o adoecimento e morte pela COVID-19, por isso é primordial que a VISAT atue de forma efetiva também em tempos de pandemia, pois, todos os trabalhadores têm direito à vida e a execução do trabalho em condições seguras e protegidas.

3.2 O campo da Saúde do Trabalhador

Desde a antiguidade o homem percebeu que existia uma relação entre o ato de trabalhar e o processo de adoecimento. Os primeiros registros que evidenciaram essa associação foram encontrados em papiros egípcios e em civilizações greco-romanas, demonstrando que o adoecer estava ligado a acidentes ou a exposição a agentes nocivos. Nesse contexto, Hipócrates, considerado o Pai da Medicina, descreveu a intoxicação por chumbo encontrada em um trabalhador mineiro; e o médico Bernardino Ramazzini detalhou, em 1700, as doenças relacionadas ao trabalho em seu livro intitulado *De Morbis Artificum Diatriba* (As doenças dos Trabalhadores) que associava os riscos à saúde ocasionados por produtos químicos, poeira, metais e outros agentes encontrados em trabalhadores de 52 atividades profissionais da época (FRIAS JUNIOR, 1999; RAMAZZINI, 1999; WAISSMANN, 2006; CHAGAS; SALIM; SERVO, 2011; LA-ROTTA *et al*, 2018).

Apesar das informações formuladas nesse período em relação ao risco a saúde dos trabalhadores, inexistem evidências de que ações foram propostas ou implementadas para reduzi-lo. Nessa perspectiva, aponta-se que não existia nesta época preocupação com a preservação da saúde das vítimas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, que eram, em sua maioria, escravos e pessoas oriundas de baixo estrato social (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; SALIM; SERVO, 2011).

A associação entre saúde, trabalho e doença, ganha maior visibilidade com a Revolução Industrial, quando o adoecimento dos trabalhadores passa a ser, definitivamente, relativo ao processo de produção implantado pelo capitalismo. Em meio às altas taxas de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, aos baixos salários, as condições insalubres de desenvolvimento da atividade humana e suas jornadas extenuantes e a necessidade de manutenção da saúde, surge à Medicina

do Trabalho (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; DUARTE; AVELHANEDA; PARCIANELLO, 2013).

A Medicina do Trabalho tem sua gênese na Inglaterra como especialidade médica na primeira metade do século XIX, em que leva em consideração a teoria da unicausalidade, acreditando como fator único de surgimento de uma doença um agente etiológico, contudo, logo se espalhou para outros países. Nesse cenário, toda a responsabilidade em proteger a saúde e as condições físicas dos trabalhadores era dada ao médico, o qual deveria detectar os danos a ST e realizar intervenções com intuito de manter um corpo hígido, para que este voltasse à linha de produção, pois sua força de trabalho era essencial para a industrialização (MENDES; DIAS, 1991).

Essa inquietação em propiciar serviços médicos aos trabalhadores começou a se cogitar, no âmbito internacional, a partir de sua inserção na agenda da Organização Internacional do Trabalho (OIT), a qual convocou em 1954, um grupo de especialistas para estudar as diretrizes gerais da organização desses serviços. Quatro anos depois, a experiência dos países industrializados se transformou na Recomendação 112 sobre "Serviços de Medicina do Trabalho", aprovada pela Conferência Internacional do Trabalho, o qual se destina a assegurar a proteção dos trabalhadores contra todo o risco que prejudique a sua saúde, resultante deste ou de suas condições; contribuir à adaptação física e mental dos trabalhadores; e colaborar no estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do seu bem-estar físico e mental (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 1966).

Todavia, a Medicina do Trabalho tinha suas ações baseadas no modelo mecanicista, em que as ações de intervenção eram realizadas visando à produtividade, na qual a adaptação desse trabalhador ao ambiente de trabalho e a manutenção da sua saúde eram consequências para que o capitalista alcançasse seu lucro. Este modelo de serviço médico não estava sendo suficiente para intervir nos agravos à saúde dos trabalhadores ocasionados pelo avanço vertiginoso da tecnologia industrial, gerando sentimentos de insatisfação. A partir desse contexto, começou a se ampliar a atuação médica no ambiente laboral, levando em consideração a interdisciplinaridade e equipes multiprofissionais, emergindo dessa forma a Saúde Ocupacional (MENDES; DIAS, 1991).

A Saúde Ocupacional se manifesta com base na higiene industrial em que relaciona o ambiente laboral ao corpo do trabalhador, bem como considera que a doença é causada por um conjunto de fatores de risco que se relacionam, caracterizando assim, a teoria da multicausalidade. Entretanto, a preocupação das equipes reduzia-se à racionalidade científica, intervindo nos ambientes de trabalho com a finalidade de controlar os riscos ambientais. Essa estratégia de atuar nos locais de trabalho reflete a influência das escolas de saúde pública em que a associação saúde-trabalho já vinha sendo debatida há algum tempo (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

No Brasil, a implementação da Saúde Ocupacional se deu tardiamente. No âmbito acadêmico, a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo criou uma área de Saúde Ocupacional inserida no Departamento de Saúde Ambiental, partilhando conhecimento por meio dos cursos de especialização e pós-graduação, sendo reproduzido em outras instituições. No cenário institucional, se expressa na criação da Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO), versão nacional dos modelos de Saúde Ocupacional desenvolvidos no exterior. E na vertente da legislação, explicitou-se na regulamentação do capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), sublinhando a busca por zelar pela saúde e bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores (MENDES; DIAS, 1991).

Ainda assim, a Saúde Ocupacional foi deficitária na relação trabalho-saúde, bem como não atendeu a uma necessidade da produção, repetindo-se, na prática, as limitações da Medicina do Trabalho, mantendo o modelo mecanicista, em que aborda o trabalhador como objeto das ações de saúde. Nesse ínterim, a hegemonia desse modelo sofreu consequências com o intenso processo social de mudanças ocorrido no mundo ocidental nas décadas de 1970 a 1990, em que a promoção da saúde e prevenção dos riscos ocupacionais, como lógica da Saúde Pública, começou a se incorporar no campo da ST (MENDES; DIAS, 1991; DIAS; HOEFEL, 2005; KARINO; MARTINS; BOBROFF, 2011).

No Brasil, o movimento da ST se organizou, de forma mais sistemática, em meados dos anos 80, em meio a um percurso de lutas coletivas representadas pelos movimentos sociais e políticos, que visavam melhorias nas condições de vida e de trabalho, em que esses coletivos questionavam a legislação vigente, a

fragilidade de políticas públicas nesse campo e conseqüentemente, a precariedade de intervenções nos ambientes de trabalho. Dessa forma, a ST ganha maior visibilidade em meio a lutas pela redemocratização do país, reorganização social e o fim da ditadura militar, em que vários atores buscam conquistar direitos essenciais de cidadania e consolidar o direito à livre organização dos trabalhadores (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

A partir desse contexto, configura-se um novo paradigma, no qual se amplia a visão de Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, emergindo assim o campo da ST, constituído a partir da produção acadêmica, programação em saúde na rede pública e o movimento dos trabalhadores, possuindo como eixos a defesa do direito ao trabalho digno e saudável, a participação dos trabalhadores nas decisões sobre a organização e gestão dos processos produtivos e a busca da garantia de atenção integral à saúde. Frisa-se ainda que este campo foi marcado politicamente pela I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores (CNST) que visava a incorporação dos princípios do SUS (DIAS, 1996; LACAZ, 2007).

No plano legal e institucional, a ST foi consolidada a partir da Constituição Federal de 1988 ao enunciar o conceito ampliado de saúde, em que atribui ao SUS à responsabilidade de coordenar as ações do país. Ressalta-se que essa atribuição foi regulamentada pela lei 8.080, em 1990, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; reconhecendo em seu artigo 3, o trabalho como um dos determinantes e condicionantes da saúde (DIAS; HOEFEL, 2005).

Ainda como resultado das ações iniciadas na década de 1980, pode-se citar a criação da RENAST, em 2002, organizada com o objetivo de implementar ações assistenciais, de vigilância e de promoção em saúde no SUS no âmbito da ST. Esta rede integra e articula as linhas de cuidado da APS, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, a qual tem como eixo articulador o CEREST que tem por função ofertar AM nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais (BRASIL, 2009b; MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005).

Ressalta-se que o AM é uma metodologia que pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às Equipes de Referência (ER) e tem possibilitado a qualificação do processo de cuidar no campo da ST, uma vez que o cuidado se dá de forma interdisciplinar e em relações horizontalizadas de corresponsabilização sanitária entre matriciadores e ER, o que tem facilitado a articulação entre a ESF e CEREST, pois as equipes, por meio das discussões e atendimentos compartilhados, aprendem a reconhecer e atuar na ST (CAMPOS; DOMITTI, 2007; SANTOS; LACAZ, 2012; SOUZA; BERNARDO, 2019; LAZARINO; LACERDA E SILVA; DIAS, 2019).

No estudo de Dias, Bertolini e Pimenta (2011), foram identificadas algumas estratégias que colaboram para a efetivação das ações de matriciamento pelo CEREST, como a participação nas reuniões de colegiados dos coordenadores e equipes das unidades de saúde; discussão de casos atendidos nos serviços; articulação entre referência e contrarreferência; educação permanente em saúde e desenvolvimento de ações conjuntas no território.

Lazarino, Silva e Dias (2019) acrescentam que as reuniões de matriciamento possibilitaram um novo olhar sobre o trabalho como determinante do processo saúde-doença, contribuindo para diminuição dos encaminhamentos ao CEREST e ações de vigilância e criação de vínculo entre os profissionais. Cabe ressaltar que para efetiva implementação das ações em ST é necessário à integração do sistema para além de apenas uma parceria entre ESF e CEREST, mas com envolvimento dos trabalhadores de saúde e, principalmente, o reconhecimento da interdisciplinaridade.

É pertinente frisar que a RENAST foi definida como a principal estratégia para implementação da PNSTT no SUS, visando o fortalecimento desse campo. Dessa forma, sua homologação em 2012 se constituiu como um marco importante para orientar as ações em ST resultante de amplo processo participativo, cujos objetivos são: I- fortalecer a VISAT e a integração com os demais componentes da Vigilância em Saúde; II - promover a saúde e ambientes e processos de trabalhos saudáveis; III - garantir a integralidade na atenção à ST, que pressupõe a inserção de ações de ST em todas as instâncias e pontos da RAS do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da ST na assistência, estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede; e IV -

assegurar a qualidade da atenção à saúde do trabalhador usuário do SUS (DIAS; HOEFEL, 2005; BRASIL, 2012).

A VISAT possui papel proativo, preventivo e educativo no âmbito do SUS, em que busca promover a ST e prevenir o seu adoecimento, por meio de um processo de acompanhamento contínuo e sistemático nos espaços laborais e sobre os processos produtivos (VIANNA; FERREIRA; VASCONCELLOS, 2017; SOUZA; BERNARDO, 2019).

É mister acentuar que a VISAT possui capacidade de transformar a realidade do mundo do trabalho, a qual apresenta dois componentes básicos: I - Vigilância dos agravos à saúde e doenças relacionados ao trabalho, que guarda interfaces com a Vigilância Epidemiológica e, II - Vigilância dos ambientes e condições de trabalho que se articula com as práticas da Vigilância Sanitária e a Vigilância Ambiental. Nessa perspectiva, nota-se que a VISAT acontece de forma transversal e articulada com as demais vigilâncias em saúde (PINHEIRO, 1996; BRASIL, 2012; AMORIM; *et al*, 2017).

Em síntese, a ST tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde, em que visa à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores por meio do controle de riscos nos ambientes laborais e ações assistenciais de saúde, uma vez que o trabalho é visto como uma atividade humana determinante das condições de vida e saúde dos sujeitos. Entretanto, são notáveis as dificuldades para se chegar ao nexos causal entre saúde e trabalho, que conseqüentemente contribuem para a subnotificação e distanciamento da realidade, o que fragiliza o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e de vigilância na ST (LACERDA E SILVA *et al*, 2014; BRASIL, 2018; MELO; CAVALCANTE; FAÇANHA, 2019).

Diante disso, é primordial ressaltar que a APS necessita redesenhar sua prática a partir das singularidades do território e de seus determinantes sociais e ampliar e executar as ações de ST de maneira mais efetiva, contínua e sistemática em sua área de abrangência, pois, no Brasil, a ST se constitui como um campo de atuação que ainda apresenta entraves para sua consolidação, principalmente de caráter político e social, uma vez que continua subordinada aos interesses do capitalismo e possui pouca representatividade sindical nos ambientes laborais,

sendo esse trabalhador visto como uma peça de reposição, em virtude do capital se preocupar com o lucro e não com o indivíduo, situação esta que explica o descaso para com sua saúde (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; MORI; NAGHETTINI, 2016).

3.3 A Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde

Ao considerar a relação trabalho e processo saúde-doença é pertinente enfatizar a necessidade dos profissionais da eSF em ofertar o cuidado primário e diferenciado aos(as) trabalhadores(as), em virtude dos efeitos negativos que os processos produtivos vêm ocasionando na saúde desses indivíduos, expressos pelos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, bem como pelo fato da APS ser considerada a porta de entrada preferencial da RAS da população (LACERDA E SILVA, 2014; BRASIL, 2018).

Vale salientar que os cuidados primários de saúde foram definidos pela OMS em 1978, na Declaração de Alma-Ata, como cuidados essenciais de saúde baseados em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação.

Nas concepções atuais, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos Atenção Básica e APS, como termos equivalentes, sendo esta considerada como o centro de comunicação da RAS, em que coordena o cuidado e ordena as ações e serviços disponibilizados, onde os profissionais são responsáveis por ofertar ações no âmbito individual, familiar e coletivo, de maneira integral e gratuita, de acordo com as necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 2017).

A PNAB tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS, a qual se fundamenta nos eixos da universalidade, integralidade e equidade, em que enaltece como condição essencial para resolutividade das necessidades de saúde da população a integração com a

Vigilância em Saúde, bem como explicita que os processos de trabalho devem considerar os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade (BRASIL, 2017).

A ESF visa prestar o acompanhamento às famílias de um território delimitado e com população adscrita, em que as equipes multiprofissionais têm sua atuação baseada nos DSS e no perfil epidemiológico da população, e são compostas minimamente pelo médico, preferencialmente especialidade em medicina de família e comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo fazer parte da equipe o Agente de Combate às Endemias e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

É oportuno salientar que a nova reformulação da PNAB orienta que as eSF realizem apenas um pacote mínimo de serviços a saúde dos usuários dos territórios, uma vez que diferencia as ações e serviços da APS, as quais passam a ser classificadas a partir dos conceitos de padrão essencial, para ações e procedimentos básicos de acesso e qualidade, e de padrão ampliado, para aquelas que atingem altos padrões de acesso e qualidade. Além disso, houve redução do número de ACS por equipe, sendo no mínimo um; orienta que algumas atribuições dos ACS e dos Agentes Comunitários de Endemias sejam compartilhadas; bem como reconhece outras formas de organização da APS para além da saúde da família, fragilizando, dessa forma, o processo de trabalho e a cobertura dos territórios (MELO et al., 2018).

Entretanto, apesar de condição *sine qua non*, ter uma maior diversidade de profissionais nas eSF, não garante *per si* a qualificação da assistência e a mudança organizacional da atenção. É preciso que exista comunicação, interação e processos recíprocos entre os profissionais para que a atenção à ST seja ofertada de forma mais holística (MATUDA et al, 2014).

Diante desse contexto, e apesar de não ser trazida na nova reformulação da PNAB, a colaboração interprofissional tem se apresentado como uma estratégia em que os profissionais se relacionam de forma mais horizontal, onde compartilham suas responsabilidades, práticas, tomada de decisões, atuam de forma participativa

e sinérgica na produção do cuidado ampliado, efetivo e longitudinal aos usuários, uma vez que enaltece a importância de se colocar as necessidades das pessoas e das famílias no centro da produção do cuidado (MATUDA et al, 2014).

Ter um território definido possibilita aos profissionais da eSF planejarem ações com base nas reais necessidades de saúde e condições de vida da população adscrita, bem como proporciona a construção do vínculo entre profissional e usuário-trabalhador, a relação terapêutica longitudinal e o acompanhamento do processo saúde-doença, facilitando assim, a atenção à ST na APS, uma vez que os profissionais podem promover o cuidado a saúde do trabalhador(a) o mais próximo de onde estes vivem e trabalham (CAMPOS *et al*, 2014; AMORIM *et al*, 2017).

Para que ações sejam planejadas e posteriormente executadas, é de suma importância que os profissionais da eSF levem em consideração a identificação e o registro da população economicamente ativa do território, por sexo e faixa etária; o mapeamento das atividades produtivas existentes na área; a identificação dos integrantes das famílias que são trabalhadores, que iniciaram precocemente as atividades laborais, seus vínculos empregatícios, e dos que estão desempregados; bem como a constatação dos riscos laborais e ambientais decorrentes do trabalho e os acidentes e/ou doenças relacionadas aos processos produtivos (BRASIL, 2001b).

Nos casos de acidentes e/ou doenças relacionadas ao trabalho, a eSF deve realizar a condução clínica dos casos de menores complicações; proceder o encaminhamento dos casos de maior complexidade para serviços especializados em ST; realizar a notificação nos sistemas de informação; investigar o local de trabalho; fornecer orientações trabalhistas e previdenciárias; solicitar à empresa a emissão da CAT; e discutir com o trabalhador as etiologias de seu adoecimento (BRASIL, 2001b).

Além disso, é substancial que os serviços de saúde desenvolvam programas de educação em ST; planejem e executem ações de vigilância nos ambientes laborais; organizem e analisem os dados inerentes as visitas domiciliares; insiram o item ocupação e ramo de atividade em toda ficha de atendimento individual de crianças acima de cinco anos, adolescentes e adultos; desenvolva estratégias, em parceria com a comunidade e instituições públicas, para resolutividade de

problemas; e considere o trabalho infantil como alerta epidemiológico (BRASIL, 2001b).

Entretanto, apesar de existir documentos que definem as atribuições dos profissionais das eSF em relação à ST na APS, Lacerda e Silva *et al* (2014) apontam em seu estudo que, na prática dos serviços de saúde, as ações em ST são realizadas de forma pontual e pouco articuladas com as diretrizes e objetivos propostos pela PNSTT, bem como explicita que esta dificuldade possui raízes históricas e reflete a falta de discussão mais direcionada sobre o tema.

Nessa conjuntura, ao se considerar a APS como a base primordial do SUS, tendo a RENAST e a ESF como principais estratégias para planejamento e execução de ações na ST, torna-se primordial que as eSF estejam capacitadas para incluir, em seu dia a dia, o trabalho como elemento essencial na vida dos usuários e considerá-lo como determinante do processo saúde-doença, em uma relação que é afetada por processos sociais, investindo portanto, em ações em ST (DIAS, 2013).

No processo de cuidado e corresponsabilização pelo indivíduo/coletividade é indispensável que os profissionais de saúde realizem ações de Vigilância em Saúde para se inteirarem dos problemas e das características que fazem parte de seu território, incluindo práticas que considerem aspectos relacionados ao trabalho dos sujeitos que estão inseridos na comunidade, pois a eSF não pode se limitar a ações pontuais em ST (DIAS, 2013).

Além disso, é inviável reorganizar a prática assistencial sem investimentos em capacitações criativas, dinâmicas e permanentes que auxiliem os profissionais a planejarem, organizarem, avaliarem e executarem ações em ST no dia a dia dos serviços, principalmente no momento atual, permeado pela pandemia. Diante disso, cabe ressaltar que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde propõe que o processo de formação dos profissionais leve em consideração suas experiências e conhecimentos, bem como os problemas enfrentados por estes no cotidiano do trabalho, visando à transformação das práticas profissionais e do processo de trabalho (BRASIL, 2009c).

É sabido que a Educação Permanente (EP) se constitui como uma importante estratégia pedagógica que tem por finalidade integrar diversos saberes – científico, popular e de senso comum, auxiliar na troca de conhecimentos e experiências e na

identificação dos problemas/circunstâncias observados durante o processo de trabalho, bem como estimular a reflexão crítica das práticas assistenciais dos profissionais de saúde e consequentemente contribuir para a qualidade do trabalho em equipe e controle social (BRASIL, 2009c; FRANÇA; MEDEIROS; BELISARIO, 2017; RAMOS; ARARUNA; LIMA, 2018).

A capacitação dos profissionais de saúde é uma estratégia fundamental para o fortalecimento do SUS, principalmente quando se leva em consideração a fragilidade dos processos formativos em ST durante a graduação e pós-graduação. Diante disso, urge salientar a necessidade de inserir a temática nos processos de EP para que os profissionais integrem, em suas abordagens, o papel do trabalho na determinação do processo saúde-doença a partir da própria realidade e para que ações em ST sejam desenvolvidas na APS (SOUZA; BRAGA; ROZEMBERG, 2017).

Em relação às ações em ST desenvolvidas por profissionais da ESF, o estudo de Silva, Ferraz e Rodrigues-Junior (2016) apontou a necessidade de EP em ST, uma vez que os entrevistados afirmaram que a falta de conhecimento sobre o assunto é considerado como um impedimento ao mesmo tempo em que serve como justificativa para a não realização das ações.

Estudo de Mori e Naghettini (2016), que buscou investigar o conhecimento de profissionais da ESF sobre doenças ocupacionais, apontou que os trabalhadores da ESF têm dificuldade em conceituá-las e associam isso ao déficit de formação profissional na área, acarretando incipiência de ações voltadas para os trabalhadores. O que denota o baixo investimento da gestão municipal em ações de EP, e consequentemente na formação de profissionais mais qualificados para o cuidado a ST.

É oportuno salientar que ao se considerar a realidade vivenciada pelas eSF em tempos de pandemia, a COVID-19 complexificou o trabalho dos profissionais de saúde da APS. De acordo com Vieira e Servo (2020), a APS tem buscado se reinventar, porém, é alarmante a fragilidade de capacitação para auxiliar esses profissionais no enfrentamento da pandemia, bem como evidencia-se a incipiente de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) para atuação das eSF nesse cenário de atenção a saúde.

Partindo desse pressuposto, Lotta et al (2020) realizaram uma pesquisa com 2.138 profissionais da saúde pública das cinco regiões do Brasil, a qual evidenciou que apenas 30,7% dos profissionais da saúde se sentem preparados para lidar com a crise, em que, no panorama geral, as regiões Centro Oeste (24,3%) e Nordeste (23,9%) foram apontadas como as que possuem o maior percentual de profissionais que se sentem despreparados. Dados estes que podem ser explicados pelo fato de que quase 70% dos profissionais da saúde não receberam treinamento específico para o enfrentamento da COVID-19 e cerca da metade dos profissionais não recebeu ao menos os EPI necessários, sendo a região Nordeste (34,6%) a com menos provimento, quando comparadas as demais: Norte (38,2%), Centro Oeste (48,8%), Sudeste (61,6%) e Sul (66,7%).

Diante disso, novos processos de capacitação dos profissionais precisam ser definidos, em virtude da necessidade premente de reorganização dos processos de trabalho e da gestão da crise atual; bem como é primordial que seja assegurado a oferta de insumos adequados e suficientes para os trabalhadores de saúde da APS, principalmente os EPI.

Ademais, ressalta-se que, além da EP para implementação e manutenção de ações em ST na APS, existem estratégias que amplificam e qualificam o cuidado, como o AM em saúde que visa garantir retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados de prestar cuidados a problemas de saúde da população, por meio de assistência e suporte técnico-pedagógico, em que busca inserir a lógica da cogestão e do apoio para as relações interprofissionais a partir de processos interdisciplinares. À vista disso, aponta-se que esse arranjo organizacional pressupõe tanto apoio educativo para as equipes de referência quanto realiza ações clínicas diretamente com os usuários-trabalhadores (DIAS; BERTOLINI; PIMENTA, 2011; CAMPOS *et al*, 2014).

Em contrapartida, é fundamental que todos os atores envolvidos no processo de cuidar, tomem entendimento da realidade dos serviços de saúde da APS e da população adscrita para que se produzam propostas que auxiliem positivamente na execução das ações em ST, e para que isso ocorra, é necessário que os profissionais considerem e reflitam sobre o lugar, o papel e a condição do trabalho do usuário durante as consultas e por todo processo de cuidar (DIAS, 2013).

3.4 O processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família em tempos de pandemia de COVID-19

As pandemias consistem em um surto de uma nova doença que afeta uma determinada região e se disseminada rapidamente por diversos continentes, afetando uma quantidade relativamente elevada de pessoas e que, de forma geral, geram consequências do nível micro ao macrosistêmico, impondo, pelo tempo em que permanecem em ativa, novas regras comportamentais, individuais e coletivas, na ocupação dos espaços públicos, na mobilidade, nos hábitos de vida e de saúde, nos padrões de consumo e nas relações pessoais e familiares (DUARTE et al., 2020; HELIOTERIO et al., 2020).

Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi informada pelas autoridades de saúde e epidemiológica da China de casos de pneumonia com etiologia desconhecida, sendo estes detectados na cidade de Wuhan, capital da província de Hubei na China. Em sete de janeiro as autoridades chinesas identificaram um novo tipo de coronavírus, o SARS-CoV-2, que é responsável por causar a COVID-19 (OMS, 2019).

Entre 11 e 12 de janeiro de 2020, a OMS recebeu informações detalhadas da Comissão Nacional de Saúde da China relatando que o surto estava associado a exposições ao mercado de frutos do mar de Huanan da cidade de Wuhan. O vírus SARS-CoV-2 foi isolado e genotipado a partir das amostras de células epiteliais das vias aéreas de usuários infectados, sendo caracterizado como um betacoronavírus de origem zoonótica. Em seguida, as autoridades compartilharam a sequência genética do novo coronavírus para que os países usassem no desenvolvimento de kits diagnósticos específicos (OMS, 2019; FARIAS et al, 2020).

Em 13 de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde Pública da Tailândia relatou o primeiro caso importado do novo coronavírus confirmado em laboratório. Em 15 de janeiro de 2020, o Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar do Japão também relatou um caso importado de COVID-19. Em 20 de janeiro de 2020, foi confirmado o primeiro caso na República da Coreia. E daí por diante, o vírus foi se espalhando de forma acelerada e indiscriminada pelo mundo (OMS, 2019).

No Brasil, o primeiro caso da doença foi registrado em 26 de fevereiro de 2020, tratou-se de um homem de 61 anos que deu entrada no Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, no dia 24 de fevereiro. O mesmo esteve na Itália entre os dias 9 e 21 de fevereiro, período que coincide com um aumento expressivo de casos naquele país (BRASIL, 2021a).

Posteriormente, em 11 de março de 2020, a OMS declarou situação de pandemia, estado de emergência de saúde pública de interesse internacional, em decorrência da infecção causada pelo SARS-CoV-2, cujo quadro clínico possui espectro variado como infecções assintomáticas, quadros leves caracterizados por febre, coriza e tosse até manifestações graves como pneumonia e insuficiência respiratória aguda com evolução fatal (BARROSO et al, 2020; FARIAS et al, 2020).

O primeiro óbito pela doença no Brasil foi registrado oficialmente em 17 de março, referente a um homem de 62 anos que estava internado na capital paulista, em um hospital particular. Ele tinha histórico de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica e teve uma evolução muito rápida da doença, tendo sido diagnosticado no dia 10 de março de 2020. Em 24 de abril, o Brasil já ocupava a 11ª posição no ranking dos países tanto em relação ao número de casos confirmados ($n = 52.995$) quanto ao de mortes ($n = 3.670$) (SILVA, SANTOS, OLIVEIRA, 2020; SOUZA et al., 2020).

Desde então, o número de acometidos pelo vírus tem crescido gradativamente. Até o momento, considerando a data de 15 de junho de 2021 às 18:42 horas, o Painel COVID-19 disponibilizado no site do Ministério da Saúde sobre a situação epidemiológica do Coronavírus no Brasil indicou o quantitativo de 17.533.221 casos confirmados e 490.696 óbitos pela COVID-19. A região Nordeste segue com 4.144.796 casos confirmados e 101.271 óbitos (BRASIL, 2021b).

No que concerne à Paraíba, o primeiro caso confirmado de COVID-19 foi notificado em 18 de março de 2020, no município de João Pessoa, tratou-se de um idoso de 60 anos com histórico de viagem para Europa, retornando ao Brasil no dia 29 de fevereiro; e o primeiro óbito confirmado pelo novo coronavírus ocorreu em 31 de março, a vítima era um homem de 36 anos, com histórico de diabetes mellitus, residente do município de Patos e que estava internado na Unidade de Terapia

Intensiva do Hospital Clementino Fraga, em João Pessoa (SESPB, 2020a; SESPb, 2020b).

Considerando a última atualização do painel coronavírus, em 15 de junho de 2021, o estado da Paraíba registra 363.793 casos confirmados e 8.197 óbitos. Em relação a sua capital, a cidade de João Pessoa, indica 91.878 casos confirmados e 2.338 mortes para residentes no município e 6.598 casos confirmados e 895 óbitos de pessoas não residentes na cidade (BRASIL, 2021b; BRASIL, 2021c).

Ressalta-se que a letalidade pela COVID-19 é delimitada tanto pelas características intrínsecas dos indivíduos infectados, como doenças prévias, idade e hábitos de vida, quanto pela disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos como testes, leitos hospitalares, equipes de saúde, ventiladores mecânicos e, atualmente, pela vacina; bem como também é influenciada pela subnotificação da doença e dos óbitos, comprometendo a qualidade dos registros (SOUZA; et al, 2020).

No amago dessa vertente, observa-se que a pandemia causada pela COVID-19, impôs diversos desafios às autoridades sanitárias e exigiu, a partir das evidências epidemiológicas, agilidade no planejamento e execução de ações em curto prazo, com intuito de diminuir a velocidade da propagação do novo coronavírus que se caracteriza por ter um comportamento inesperado (SARTI et al., 2020; MENESES, 2020).

Entretanto, a COVID-19 teve sua gênese no Brasil já em meio há muitas limitações, como a crise política que se prolonga há alguns anos; as fragilidades do SUS decorrentes de anos de baixa prioridade política e de subfinanciamento crônico, o qual foi agravado pela aprovação da Emenda Constitucional nº 95, em 2016, que congela o gasto mínimo obrigatório da União em ações e serviços públicos de saúde entre 2018 até 2036, com evidentes prejuízos para a redução das desigualdades na oferta de serviços no SUS e para a efetivação do direito à saúde no Brasil; e a atuação incoerente do governo federal em relação ao trabalho de enfrentamento à pandemia realizado pelos demais entes da federação (VIEIRA; SERVO, 2020).

No âmbito político-institucional, ficou explícita a crise de coordenação federativa³, a qual gerou embates entre os três entes federativos e resultou no protagonismo de alguns governos e negligência e omissão de outros; indefinição e sobreposição de atribuições e funções; dificuldades de execução e integração de ações e serviços em tempo oportuno; e insuficiente transparência e informações contraditórias sobre a COVID-19, prejudicando a capacidade de resposta do Estado e gerando insegurança na população brasileira (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020).

Ressalta-se que desde o início do seu governo, o atual representante máximo do poder executivo federal tem mantido distanciamento de alguns governadores estaduais, além de ter gerado conflitos com alguns deles, e esses impasses, inicialmente, limitaram a autonomia dos governos de estados e municípios para se lançarem em iniciativas próprias de enfrentamento a pandemia, uma vez que os três entes da federação, devem estar coordenados para prover serviços e equipamentos de saúde de graus de complexidade distintos. Entretanto, a competição político-eleitoral precoce parece orientar as decisões e ações políticas mais do que a cooperação federativa e, uma vez que a concentração de recursos está na União, isso dificulta a autonomia do município para atuar de modo eficaz no combate à pandemia, afetando decisivamente as agendas dos governos subnacionais (RODRIGUES; AZEVEDO, 2020).

A incompatibilidade das ações e dos discursos entre o presidente da República e os governadores e prefeitos levaram à judicialização do tema, em que o Supremo Tribunal Federal decidiu que todos os entes da federação têm autonomia para tomar providências normativas e administrativas relacionadas à COVID-19. Portanto, o Governo Federal não pode interferir às decisões estaduais e municipais a respeito das medidas para o enfrentamento da pandemia por ter se tornado um agente agravador da crise e pelo fato das autoridades locais e regionais possuírem condições de fazer um diagnóstico em torno do avanço da doença e da capacidade de operação do sistema de saúde em cada localidade (VIEIRA; SERVO, 2020; CELSON; BARCELOS, 2020).

³ Coordenação federativa se refere às formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta presentes nas federações, que visa a garantir o equilíbrio entre a autonomia dos entes e a interdependência entre eles, em que é determinante para o enfrentamento da pandemia.

Nessa perspectiva, o cenário pandêmico, constituído não somente por uma complexa crise sanitária, mas também política, economia, social e cultural, demandou dos gestores locais e dos trabalhadores da saúde a adoção de estratégias para assegurar a manutenção das ações de cuidado a saúde da população e, conseqüentemente, a redução da morbimortalidade ocasionada pela doença (SARTI et al., 2020; MENESES, 2020).

Diante desse contexto, as estratégias elaboradas para interrupção do ciclo de transmissão do vírus, pelas autoridades sanitárias e gestores locais, culminaram na adoção de medidas de contenção, as quais ascenderam para a adoção de práticas de distanciamento e isolamento social, quarentena, contingenciamento de recursos, *lockdown*⁴ e aumento da oferta de leitos em Unidades de Terapia Intensiva na rede hospitalar (SARTI et al., 2020; SILVA; SANTOS; OLIVEIRA, 2020).

Ressalta-se que o distanciamento social consiste no afimco em diminuir os contatos e aproximação física entre as pessoas, cujo objetivo é minimizar a velocidade de contágio; a quarentena equivale à forma de mitigar a circulação de pessoas que possam ter sido potencialmente expostas à doença; e o isolamento social corresponde à separação entre pessoas infectadas e pessoas assintomáticas (DUARTE et al., 2020).

Entretanto, o presidente da república se posicionou contrário as medidas de distanciamento social, saindo ostensivamente às ruas e criticando os governadores e prefeitos que adotaram tais medidas, resultando em uma queda da adesão as medidas de isolamento social. Além disso, atribuiu a estes representantes federativos a responsabilidade pela recessão econômica pós-pandemia, culminando em uma coordenação fragilizada e com efetividades variadas, bem como em um processo de distanciamento do Ministério da Saúde (MS) do seu papel de dirigente nacional do SUS, descredenciando o seu papel de protagonista no enfrentamento da pandemia (VIEIRA; SERVO, 2020; RODRIGUES; AZEVEDO, 2020).

É oportuno salientar que entre fevereiro e março de 2020, o MS mostrava-se conhecedor das recomendações da OMS e das evidencias científicas,

⁴ Palavra de origem inglesa que significa isolamento ou restrição de acesso imposto como uma medida de segurança, podendo se referir a qualquer bloqueio ou fechamento total de alguma coisa, especialmente um lugar.

desempenhando um papel importante a partir da mobilização para a organização do sistema de vigilância epidemiológica e da aprovação, pelo congresso nacional, de créditos orçamentários adicionais para o enfrentamento da pandemia. Contudo, em meados de abril de 2020, as dificuldades de coordenação entre a Presidência e o Ministério da Saúde se acentuaram, pois o posicionamento do MS parecia rivalizar com os discursos do presidente da república, o qual negava a força da pandemia, referindo que os casos sobre a doença no Brasil estavam superdimensionados, apontando a situação como uma histeria (SODRÉ, 2020).

O posicionamento do governo federal em seus discursos e nas tomadas de decisão levou a uma orientação conflituosa sobre quais ações deveriam ou não ser implementadas pelos gestores públicos estaduais e municipais, pois ao passo que havia a sinalização de um problema de ordem pública, também havia negacionismo da doença por parte do presidente, o qual tentou minimizar as medidas de controle da pandemia (CENSON; BARCELOS, 2020).

O enfrentamento da pandemia depende crucialmente das relações intergovernamentais estabelecidas e da efetividade dos mecanismos de coordenação federativa implementados no SUS. Contudo, as divergências entre o ministro da saúde Luís Henrique Mandetta e o dirigente máximo do poder executivo Jair Bolsonaro geraram atrasos na aplicação de recursos federais em ações voltadas ao enfrentamento da pandemia, bem como a escolha política do presidente em se ausentar da linha de frente da crise sanitária ocasionou a abertura para a iniciativa privada (VIEIRA; SERVO, 2020).

O MS abriu negociações com a iniciativa privada, a qual ganhou espaço em virtude dos hospitais com leitos de Unidade de Terapia Intensiva e as Unidades de Pronto Atendimento terem se tornado as principais referências para a população diante da crise sanitária, destinando parcela significativa dos recursos financeiros para gestoras terceirizadas de hospitais estaduais e hospitais de campanha, ficando a gestão dessa crise pactuada entre os estados com as organizações sociais de saúde, caracterizando um mercado superfaturado de compra e venda de equipamentos e serviços completamente desregulamentados (SODRÉ, 2020).

É oportuno salientar que em plena ascensão dos casos confirmados de COVID-19 no país, o ministro da saúde Mandetta foi demitido do seu cargo em virtude de manter o discurso da importância da população seguir as recomendações de distanciamento social para conter a COVID-19, o que colocava em segundo plano as medidas econômicas, e ao buscar coordenar as ações entre os entes federativos a partir de articulações com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) para enfrentamento da pandemia (CENSON; BARCELOS, 2020).

Este acontecimento fragilizou mais ainda a capacidade dos estados e municípios serem ouvidos nas instâncias de representação e a elaboração de normas para o sistema com a participação da representação das três esferas de governo, uma vez que o presidente da república não reconhece a importância do CONASS e CONASEMS para o enfrentamento da pandemia, o que demonstra um conflito na relação tripartite (VIEIRA; SERVO, 2020).

Esse conflito pode ser observado a partir do momento que os representantes desses conselhos são impedidos de participar da sessão de posse de Nelson Teich, segundo ministro da saúde, a qual foi pensada como tentativa de proteção da popularidade presidencial; bem como quando os conselhos não são levados em consideração quando o governo recomenda o uso de cloroquina e hidroxicloroquina no tratamento da COVID-19, sem seguir a norma que estabelece a análise pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde; quando os secretários estaduais de saúde são acusados de ter interesse em informar mais mortes por COVID-19 do que as que realmente tinham acontecido, a fim de receberem mais recursos; e após o MS atrasar a divulgação dos dados e alterar a metodologia de registro dos óbitos, em que o CONASS teve que lançar um painel para apresentação dos números de casos e óbitos pela doença (VIEIRA; SERVO, 2020).

A resposta do Estado à emergência de saúde pública ocasionada pela COVID-19 depende da coordenação de políticas entre os entes federativos, a qual requer um papel ativo do governo federal para evitar que a doença se propague em sucessivas ondas no território nacional e prolongue suas consequências econômi-

cas, sociais e humanitárias, considerando-se o grande número de vidas perdidas e o potencial de desestruturação do tecido social (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020)

Diante disso, ressalta-se que a coordenação tripartite é fundamental para o enfrentamento da pandemia, pois, a partir dela é possível elaborar protocolos nacionais para notificação dos casos; organizar a vigilância em locais de potencial contágio; realizar busca ativa de casos a partir de outros notificados; elaborar e divulgar boletins epidemiológicos para gerar alertas locais e informar a população sobre os locais de maior incidência da doença, além de auxiliar na organização dos laboratórios centrais de saúde pública e das unidades notificadoras para o contato permanente com os outros serviços de saúde e orientar as compras públicas. Uma vez que a coordenação tripartite é deficiente há comprometimento da efetividade das ações de vigilância em saúde e de assistência à saúde e, conseqüentemente, insuficiência do SUS, o que pode gerar um elevado número de óbitos evitáveis (VIEIRA; SERVO, 2020).

Após duas semanas de posse, o novo ministro da saúde Nelson Teich, não havia direcionado nenhum plano de ação de enfrentamento a pandemia, chegando o presidente da república a colocar o Laboratório Químico Farmacêutico do Exército Brasileiro voltado à produção da cloroquina em larga escala, com recursos do Tesouro Nacional, tendo no mês de junho de 2020, em estoque, 1,85 milhão de comprimidos de hidroxiclороquina. Teich também se deparou com forte investimento do governo para medidas de abertura do comércio e a ampliação de um leque de serviços considerados essenciais que deveriam permanecer em funcionamento. Medidas estas que inviabilizava as orientações do MS e sabotavam as medidas sanitárias promovidas pelos estados (SODRÉ, 2020).

Teich tratou com condescendência o plano governamental e para atender aos propósitos presidenciais, demitiu uma grande quantidade de técnicos do quadro do ministério e os substituiu por militares sem formação dentro das profissões da saúde. Em meio a ascensão de novos casos de COVID-19 e aumento do número de óbitos no Brasil, o novo ministro pediu demissão. Diante disso, Bolsonaro nomeou interinamente o general Eduardo Pazuello para a condução temporária do MS, no momento em que a pandemia se interiorizava no país e afetava as camadas mais vulneráveis da população (SODRÉ, 2020).

Em meio à escolha do presidente da república em não seguir as recomendações da OMS, os gestores públicos estaduais e municipais mostravam-se proativos na tentativa de coordenar as ações políticas e em busca de recursos para o atendimento da população. Os municípios atuaram de forma a ativar a vigilância e a atenção à saúde com base em suas singularidades sociodemográficas, levando em consideração as vulnerabilidades de seus territórios, uma vez que possuem a capacidade de identificar as áreas predispostas ao contágio em relação às suas diferenças de adensamento, às condições de saneamento básico e de moradia (CENSON; BARCELOS, 2020; RODRIGUES; AZEVEDO, 2020).

Ressalta-se que a taxa de letalidade pela COVID-19 foi maior em municípios com maior índice de pobreza e, substancialmente, entre pardos e negros, entre grupos de 30 a 50 anos e sem comorbidade de base. A política de subnotificação, não conseguiu invisibilizar a crônica desigualdade social no Brasil, pois houve colapso primeiramente nas regiões norte e nordeste, as regiões mais pobres e com a rede mais deficitária de serviços de saúde. Somado a essas problemáticas, o MS, sob gestão de Pazuello, retirou todas as estatísticas oficiais sobre a COVID-19 do site do governo federal, visando esconder a negligência do Estado (SODRÉ, 2020).

Diante desse contexto, observa-se que o Brasil adotou para o enfrentamento da pandemia a descoordenação federativa, em que a crise sanitária está sendo gerida em meio a um cenário de contradições e fragilidades políticas e institucionais da Federação e dos governos brasileiros, com lacunas no pacto federativo, associadas aos conflitos de interesses político-partidários que se ancoram em diferentes escalas de poder, tendo destaque para a ascensão do mercado empresarial da saúde, o qual contribui para o baixo protagonismo da APS e, consequentemente da ESF, que tem papel fundamental na resolutividade da maior parte das necessidades de saúde da população (CENSON; BARCELOS, 2020; DAUMAS et al., 2020).

O Brasil possui um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo que é fundamentado em uma extensa rede de APS que preza pelo acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade do cuidado, coordenação, orientação familiar/comunitária e competência cultural, mas que apresenta problemas crônicos de financiamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos

serviços. Entretanto, mesmo com estes desafios, a APS brasileira tem papel primordial no enfrentamento da pandemia de COVID-19, pois, possui alto grau de capilarização em território nacional, integrando ações de promoção, prevenção e manejo de agravos à saúde, contribuindo, dessa forma, para redução da sobrecarga de atendimentos em outros pontos da RAS e para qualidade da assistência a saúde dos usuários do SUS (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; BRASIL, 2017; SARTI et al, 2020).

Por ser considerada como a principal porta de entrada e o centro de comunicação da RAS, a qual coordena o cuidado entre os diversos contextos específicos que cada território vivencia, este nível de atenção a saúde proporciona aos profissionais das eSF realizarem o acompanhamento das famílias do território de abrangência e, conseqüentemente, uma melhor análise e interpretação das condições socioeconômicas e vulnerabilidades dos usuários e de seus familiares diante da pandemia, o que auxiliar na redução da incidência da infecção na população adscrita e impactar diretamente na taxa de morbimortalidade, uma vez que sua atuação é baseada nos DSS e no perfil epidemiológico dessa população (BRASIL, 2017; MEDINA et al., 2020; DAUMAS, et al. 2020).

A necessidade de reorganização do processo de trabalho na ESF e da atuação profissional de cada trabalhador que compõe as eSF foi premente no enfrentamento da atual crise sanitária, política, social, econômica e cultural, no sentido de minimizar a contaminação e disseminação da COVID-19 no ambiente laboral, bem como de se manter as ações de atenção a saúde de forma continuada, integral e de acordo com a realidade de cada território (MEDINA et al., 2020; SOARES; FONSECA, 2020).

Entretanto, a pandemia no Brasil, desvelou problemas crônicos que afligem os trabalhadores de saúde da ESF, uma vez que a crise sanitária atual emergiu no país após o estabelecimento da Emenda Constitucional número 95, que congelou ou diminuiu os recursos para saúde e educação. Atrelado ao subfinanciamento do sistema público de saúde veio o aprofundamento da desvalorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, especialmente nos serviços públicos (HELIOTERIO et al, 2020; DAUMAS et al., 2020).

Porém, apesar dos entraves de financiamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos serviços, o momento pandêmico atual evidencia o papel primordial desses trabalhadores para a garantia da vida das populações afetadas pela COVID-19, uma vez que atuam diretamente com as famílias e a comunidade e estão na linha de frente da promoção e prevenção da saúde, prestando os primeiros cuidados e o acompanhamento longitudinal aos pacientes infectados (HELIOTERIO et al, 2020).

Neste momento, a prevenção é a melhor estratégia de controle da propagação da COVID-19 e não existe melhor lugar para desenvolvê-la do que na ESF, por isso é imprescindível que este nível de atenção seja valorizado e fortalecido a partir da garantia de condições dignas de trabalho e de assistência, em que seus trabalhadores necessitam de EPI adequados e em quantidade necessária para sua segurança, durante o processo de cuidar e, consequentemente, proteção da população atendida (FARIAS et al., 2020).

As eSF tem atuado na prevenção e controle dos casos de COVID-19, por meio da educação em saúde; notificação imediata; orientação de isolamento dos positivos e familiares; oferta de atendimento resolutivo com potencial de identificação precoce de casos graves que tenham necessidade de encaminhamento para serviços especializado; e no monitoramento clínico à distância dos agravos à saúde, por meio do teleatendimento, visando garantir uma das principais medidas de prevenção ao COVID-19, que consiste no distanciamento social (JAPIASSU; RACHED, 2020).

O Ministério da saúde (2020) preconiza as seguintes medidas para prevenção comunitária à Síndrome Gripal (SG) e à COVID-19: realizar lavagem frequente das mãos com água e sabão ou álcool em gel, especialmente após contato direto com pessoas doentes; Utilizar lenço descartável para higiene nasal; Cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir; Evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca; Higienizar as mãos após tossir ou espirrar; Não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, pratos, copos ou garrafas; Manter os ambientes bem ventilados e evitar contato com pessoas que apresentem sinais ou sintomas da doença.

No que tange ao manejo clínico da SG na ESF, este difere frente à gravidade dos casos. Nos casos leves, os profissionais de saúde devem realizar medidas de conforto e suporte, isolamento domiciliar e monitoramento até a alta do isolamento. Para casos graves, precisam estabilizar clinicamente o usuário para poder encaminhá-lo aos centros de referências ou serviços de urgência/emergência ou hospitalares. Em relação a como proceder durante a triagem, ao identificar precocemente os casos suspeitos de SG, o profissional deve fornecer máscara cirúrgica imediatamente ao usuário, enquanto este aguarda o atendimento, preferencialmente, em uma sala específica visando o isolamento respiratório e que possua janelas para manter o ambiente arejado (BRASIL, 2020).

Na hipótese da Unidade Básica de Saúde (UBS), não dispor de uma sala específica para atendimento de SG, encaminhar o usuário para área externa, onde o mesmo deve receber atendimento o mais rápido possível. Ressalta-se que os profissionais que prestarem cuidados aos usuários com suspeita de SG devem adotar medidas para evitar o contágio como realizar contenção respiratória; utilizar Equipamentos de Proteção Individual (EPI) como máscara cirúrgica, luvas, óculos ou protetor facial e avental descartável; lavar as mãos com frequência e limpar e desinfetar os objetos e superfícies tocadas com frequências (BRASIL, 2020).

É indiscutível a necessidade das autoridades sanitárias e gestores locais ofertarem os EPI para os profissionais de saúde que atuam na ESF, bem como que estes tenham consciência do uso racional desses materiais, em que devem sempre seguir as recomendações de seus fabricantes. A ausência de EPI ou oferta de EPI sem qualidade põe em risco a vida os trabalhadores da saúde e de seus familiares, além de contribuir com a propagação do vírus. Canais de denúncia como os conselhos regionais e federais ou a imprensa, podem ser fortes aliados para realização de compra e distribuição desses materiais (FARIAS et al., 2020).

No que concerne ao monitoramento dos usuários com SG, este deve ser feito até 14 dias após o início dos sintomas, preferencialmente por telefone, solicitando consulta presencial se houver piora do quadro. Nesse caso, preferencialmente realizar visita domiciliar com medidas de precaução de contato e utilização dos EPI. Na primeira avaliação na UBS, o profissional deve anotar em prontuário, o número de telefone do usuário e do seu acompanhante para que esse monitoramento seja

possível. Nessas situações, a ligação deve ser realizada pelo profissional de saúde da ESF a cada 24h em pessoas com mais de 60 anos e portadores de comorbidades de risco e a cada 48hs nos demais, para o acompanhamento da evolução do quadro clínico, em que as informações colhidas devem ser registradas no prontuário, como o quadro clínico autorreferido pelo usuário, a autoavaliação da necessidade de receber visita domiciliar ou consulta presencial na UBS, o horário da ligação e as queixas relatadas (BRASIL, 2020).

Outro ponto em que a ESF tem papel fundamental no enfrentamento da COVID-19 consiste na divulgação de informações pertinentes às áreas de vulnerabilidade social de seus territórios, pois dessa forma, auxiliam na mitigação dos efeitos da transmissão da doença nas condições precárias de vida. Diante disso, o Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e Associação de Medicina de Família e Comunidade do Rio de Janeiro, disponibilizaram um manual para populações vulneráveis, em que o mesmo contempla orientações para os indivíduos que necessitam trabalhar durante a quarentena, bem como traz soluções adequadas para tarefas/situações que fazem parte do cotidiano dessa população (FARIAS et al., 2020).

Além disso, com o advento, atualmente, da vacina contra a COVID-19, as ações de imunização da população brasileira constituem-se como outra medida de prevenção e combate a doença que é desempenhada pelos profissionais da ESF, em que estes se responsabilizam pelo armazenamento e condicionamento adequado dos imunobiológicos, administração, registro, monitoramento e tratamento de possíveis eventos e reações adversas. Nessa perspectiva, observa-se que o trabalho que é desenvolvido pelas eSF é indispensável na resposta global à COVID-19, pois todas as ações supracitadas contribuem para o fortalecimento da vigilância em saúde e para o planejamento de medidas de controle locorregional, onde a ESF se mostra, mais uma vez, como potente e indispensável aliada no enfrentamento da pandemia (BRASIL, 2021d).

Entretanto, é oportuno fazer a ressalva que na literatura pertinente existe estudos que retratam sobre o papel da APS diante da pandemia, porém, há escassez de estudos que discutam a despeito das condições enfrentadas pelos

trabalhadores de saúde da ESF para produzir o cuidado em saúde diante de um cenário de crise sanitária, social, economia e política. Nesse contexto, o estudo em tela tenta minimizar essa escassez trazendo uma experiência local para iluminar essa problemática e produzir conhecimentos adicionais a esta temática.

4. Metodologia

4.1 Natureza da pesquisa

O estudo em tela trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa. De acordo com Gil (2017), as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade possibilitar maior aproximação com o fenômeno estudado, por meio de um planejamento flexível, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou construção de hipóteses.

Adotou-se o método qualitativo em virtude de a presente pesquisa buscar compreender os significados relacionados aos temas abordados pelos profissionais da ESF sobre a ST em tempos de pandemia, os quais englobam motivos, crenças, valores e atitudes, possibilitando “um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2001).

Segundo Minayo (2014), as metodologias da pesquisa qualitativa podem ser entendidas como “aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Insta salientar que esta metodologia trabalha com a indução, por isso as hipóteses foram construídas somente após a observação da realidade empírica. Severino (2007, p. 104) destaca que a indução caracteriza-se como “[...] procedimento lógico pelo qual se passa de alguns fatos particulares a um princípio geral”. Dessa forma, esse modelo de investigação considera a observação, a descrição, a análise e a compreensão do fenômeno como fatores imprescindíveis para que o pesquisador possa compreender o significado do objeto em estudo, em que sua análise é essencial para o entendimento da realidade humana e dos comportamentos dos sujeitos envolvidos, constituindo-se assim um suporte teórico essencial (NEVES, 2015; FERREIRA, 2015).

Minayo (2014) ainda explicita que a abordagem qualitativa consiste em um método “que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os

humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”, bem como evidencia que “se conformam melhor nas investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos”.

Como enfoque metodológico, as pesquisas qualitativas ganharam maior visibilidade e força a partir da década de 1970, como movimento de contraposição às concepções epistemológicas positivistas da ciência que tinham pouco apreço pela subjetividade dos indivíduos. Nesse contexto, o método qualitativo emergiu para responder a questões bastante particulares e específicas de indivíduos e grupos, em que possibilita a compreensão, por meio do aprofundamento da complexidade interna dos fatos, do fenômeno investigado (SCHWANDT, 2006; MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2009).

Dessa forma, a abordagem qualitativa adotada permitiu reconhecer a realidade social tal como ela se processa em que considerou os diferentes contextos em que o objeto de estudo estava inserido a partir dos diversos pontos de vistas dos participantes envolvidos nesta pesquisa (GIL, 2017).

4.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba. A escolha por esse município se deu em detrimento do mesmo ser um município de grande porte, possuir cobertura de ESF de 86%, sediar CEREST e possuir outras instâncias de articulação da RENAST, como a VISAT e as Vigilâncias em Saúde - epidemiológica, sanitária e ambiental; conselho municipal de saúde; organizações de trabalhadores; centro de saúde ocupacional; ouvidoria da saúde; Instituto de Assistência à Saúde do Servidor; junta médica municipal; ministério público, previdência social e ministério do trabalho e emprego.

De acordo com o último censo, realizado no ano de 2010, sua população era de 723.515 habitantes, sendo 53,31% mulheres e 46,68% homens. Contudo, a estimativa para o ano de 2019 foi de 809.015 habitantes. É oportuno ressaltar ainda que em 2017, o salário médio mensal era de 2,7 salários mínimos e a proporção de

peças ocupadas em relação à população total era de 36,1%. A economia do município está baseada em atividades industriais, de comércio, pesca e extração de caju e coco, com destaque para o turismo (AMORIM *et al*, 2017; BRASIL, 2019).

A pesquisa se deu nos serviços da APS do referido município, especificamente na ESF, a qual é constituída por 100 Unidades de Saúde da Família (USF), dentre as quais existem unidades isoladas (com apenas uma eSF) e integradas (com duas, três ou quatro eSF), estabelecendo-se 208 eSF distribuídas em cinco Distritos Sanitários (DS), conforme a tabela 1 abaixo.

Tabela 1 – Distribuição das equipes de Saúde da Família nos Distritos sanitários do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2021.

Distritos Sanitários	Número de eSF em unidades isoladas	Número de eSF em unidades integradas	Total de eSF
DS I	14	40	54
DS II	6	39	45
DS III	6	44	50
DS IV	11	20	31
DS V	10	18	28
Total de eSF	47	161	208

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019. .

A escolha por este cenário se deve ao fato da APS ser considerada como porta preferencial de entrada na RAS, em que as eSF possuem um território já definido, o que proporciona um monitoramento contínuo dos usuários, incluindo os trabalhadores inseridos na comunidade, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e, conseqüentemente, maior resolutividade das necessidades em saúde (ALMEIDA; et al, 2015).

4.3 Participantes da Pesquisa

Participaram do estudo 16 profissionais de saúde de nível superior atuantes nas eSF do município de João Pessoa, Paraíba, dentre eles enfermeiros, médicos, e cirurgiões-dentistas. A escolha por esses trabalhadores da ESF se deu pelo fato de

que, provavelmente, em algum momento do seu processo de formação, estes profissionais tenham sido sensibilizados por essa temática em disciplinas regulares, projetos de pesquisa e extensão, cursos e experiências extracurriculares e na educação permanente em serviço. Entretanto, vale salientar que para delimitação da amostra, foram utilizados critérios de inclusão e exclusão.

Diante disso, os profissionais selecionados para o estudo em tela foram aqueles que exerciam atividades laborais na ESF há no mínimo um ano, independente do sexo, e que tinham disponibilidade para colaborar com o estudo. Aqueles que estavam afastados das atividades laborais (férias, licença saúde, licença maternidade, afastamento para aperfeiçoamento), bem como exerciam outros cargos ou funções (gerência, chefia e confiança) foram excluídos da amostra.

Diante a dificuldade de se acessar presencialmente os sujeitos da pesquisa em virtude do momento pandêmico decorrente do novo coronavírus (COVID-19) que o país está enfrentando e, conseqüentemente, o município de João Pessoa, o presente estudo foi apresentado aos profissionais das eSF por meio de contato telefônico e aplicativo *WhatsApp*⁵, onde pesquisador e participante se apresentaram e se conheceram por meio de foto, para maior segurança e conforto de ambos.

Após apresentação do projeto, os sujeitos foram convidados a participar do estudo e para aqueles que se disponibilizaram a colaborar com a pesquisa, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A) e pactuado data, horário e plataforma digital adequada para realização da entrevista e, conseqüentemente, coleta do material empírico.

Em virtude de a pandemia impedir o acesso de forma direta aos profissionais da ESF, utilizou-se como estratégia de recrutamento dos participantes da pesquisa a técnica metodológica não probabilística *Snowball*, também denominada como *snowball sampling* (“Amostragem de Bola de Neve”) apresentado por Goodman (1961), a qual é utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais, denominados de “sementes”, indicam novos colaboradores, designados de “filhos ou frutos das sementes”, que por sua vez indicam novos colaboradores e assim

⁵ Aplicativo de celular que surgiu como alternativa ao sistema Short Message Service (SMS), o qual possibilita o envio e recebimento de diversos arquivos de mídia: textos, fotos, vídeos, documentos e localização, além de permitir chamadas de voz e vídeo.

sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto, que é o “ponto de saturação” do objeto em estudo (ALBUQUERQUE, 2009).

Dessa forma, este estudo contou com três “sementes”, sendo estas um profissional de saúde de cada formação profissional (Enfermagem, Medicina e Odontologia), os quais foram indicados por um profissional de saúde da gerência do DSI, escolhido de forma aleatória. Entretanto, observou-se que a técnica de recrutamento adotada estava restringindo os participantes a um grupo específico e homogêneo impedindo a manifestação do contraditório, ou seja, profissionais do DSI. Nessa perspectiva, diante da necessidade de explorar os diversos territórios e outros grupos que a ESF de João Pessoa apresenta, optou-se por adicionar um novo critério de escolha dos próximos profissionais entrevistados.

Diante dessa observação, preferiu-se solicitar a cada participante, à medida que eram entrevistados, que indicassem profissionais de eSF que não eram do seu convívio cotidiano e, preferencialmente, que pertencessem a outros DS, uma vez que objetivava-se conhecer as principais temáticas relacionadas a ST em tempos de pandemia, a partir da realidade concreta vivenciada pelos profissionais que estão inseridos nos diferentes territórios que compõe a ESF do município de João Pessoa. Diante disso, participaram do presente estudo profissionais de saúde da ESF de quatro dos cinco DS existentes em João Pessoa.

Ademais, o fechamento amostral ocorreu por meio da técnica de saturação teórica, a qual considera pertinente o cessamento da coleta de dados quando não se encontra mais nenhum elemento novo nos discursos, sendo desnecessário o acréscimo de novas informações, uma vez que se subjaz que estas não alterarão a compreensão do fenômeno investigado (MINAYO, 2017).

4.4 Coleta de Dados

Os dados qualitativos foram obtidos entre junho e setembro de 2020, a partir da técnica de entrevista semiestruturada, em que a comunicação com os participantes foi mediada por computador. Objetivou-se buscar compreender a

subjetividade do entrevistado por meio da análise de seus discursos, uma vez que o depoimento dos indivíduos é embasado no que eles observam, vivenciam e analisam no contexto sócio-histórico em que participam ou participaram em um determinado tempo e local (BATISTA; MATOS; NASCIMENTO, 2017; DESLANDES; COUTINHO, 2020).

Para Minayo (2001) a entrevista semiestruturada é aquela que contempla a abertura para o indivíduo abordar livremente o tema proposto, bem como propõe perguntas previamente formuladas. Minayo (2017) ainda enfatiza que uma entrevista com um sujeito de um determinado grupo é, ao mesmo tempo, um depoimento pessoal e coletivo. Por isso, é oportuno valorizar o relato de cada indivíduo colaborador de um estudo, pois cada fala é reveladora do grupo em que este faz parte e de seu tempo histórico, onde sua singularidade está entranhada de cultura. Nesse sentido, uma entrevista semiestruturada, pode ser entendida como a técnica que envolve duas pessoas numa situação “face a face”, mesmo que esse momento seja experimentado por videoconferência, em que uma delas formula questões e a outra responde.

Partindo desse pressuposto, as entrevistas se nortearam a partir de um roteiro pré-formulado (APENDICE B) que continha questões essenciais e suficientes sobre o objeto do estudo, para que assuntos relevantes fossem incluídos. Sendo oportuno frisar que, para construção da dissertação em tela, utilizou-se as perguntas sobre a identificação geral dos participantes, com intuito de se traçar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes da pesquisa e o bloco de questões relacionadas à pandemia.

Minayo (2015) aponta que, dentre as formas de registros das distintas modalidades de entrevista, a gravação da conversa é considerada um dos mais fidedignos instrumentos de coleta de dados. Diante desse contexto, cada entrevista foi gravada por meio da plataforma Skype, bem como por um gravador externo posicionado ao lado do computador e, posteriormente, foi transcrita para o programa *Microsoft Word*®, versão 2010. O local da entrevista online foi escolhido pelo participante, em que algumas ocorreram no ambiente laboral e outras em ambiente domiciliar, ambas virtualmente.

Ressalta-se que a Skype consiste em uma plataforma de videoconferência gratuita para realização de entrevistas que utilizam áudio e vídeo, tanto individuais quanto em grupo, por tempo ilimitado. Antes de iniciar a gravação em áudio e vídeo, a plataforma alerta o entrevistador para obter o consentimento dos participantes e está é disponibilizada durante 30 dias na nuvem. Os participantes podem baixar a plataforma ou utilizá-la em navegador web, porém, precisam criar uma conta antes de usar o programa. Dessa forma, essa plataforma possibilita ao pesquisador e participante uma conexão similar às entrevistas presenciais, potencialmente devido à utilização dos recursos de áudio e vídeo (SCHMIDT; PALAZZI; PICCININI, 2020).

De acordo com Deslandes (2020), neste momento de pandemia em que as atividades presenciais ficaram inviabilizadas em virtude da medida sanitária de distanciamento social, a pesquisa em ambientes digitais, já em plena extensão, tornou-se uma alternativa para viabilizar a continuidade dos estudos, onde as tecnologias da informação e da comunicação são consideradas como um actante. O termo “actante” vai enfatizar as alianças, fluxos e mediações entre humanos e tecnologias, portanto, a tecnologia utilizada possui um protagonismo na interação entre entrevistado e entrevistador.

É oportuno frisar que a técnica de entrevista online adotada, em tempos de pandemia, proporcionou maior segurança aos participantes e ao pesquisador ao assegurar o distanciamento social; garantiu a economia de recursos financeiros para grandes deslocamentos entre uma UBS e outra, bem como contribuiu com a redução de tempo na coleta de dados. Além disso, observou-se maior aceitação dos trabalhadores de saúde das eSF, uma vez que possibilitou que os mesmos escolhessem o turno da noite e o conforto do lar para realização das entrevistas.

Ademais, aponta-se como desafios que foram enfrentados para realização das entrevistas: assegurar um ambiente silencioso que garantisse o mínimo de interrupções, em virtude da rotina familiar dos participantes e do pesquisador ter sofrido alterações diante da pandemia de COVID-19; e o grau de dificuldade de participantes idosos para acesso e familiarização com a plataforma.

4.5 Análise dos Dados

Os dados empíricos referentes aos resultados da pesquisa foram tratados à luz da técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade temática, proposta por Bardin (2016). A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico de investigação (MINAYO, 2014).

De acordo com Bardin (2016), essa técnica se classifica em três diferentes fases cronológicas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise compreende a fase da organização propriamente dita, que tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais num plano de análise, que pode ser flexível e deve ser preciso, em que se estabelecem os indicadores para realizar a interpretação das informações coletadas, a etapa da leitura geral do material selecionado ou das entrevistas transcritas.

Esta fase pré-analítica é compreendida por quatro etapas: a primeira consiste na leitura flutuante, que é o momento de ter contato com o texto para conhecê-lo, obtendo impressões e orientações; a segunda equivale à escolha dos documentos, que é o momento da definição do corpus do estudo e que deve obedecer as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; a terceira etapa representa a construção de objetivos e hipóteses, que se dá a partir da leitura inicial dos dados constitutivos do corpus; e a quarta corresponde a elaboração de indicadores, que diz respeito à interpretação do material produzido (BARDIN, 2016).

Ainda nessa fase são determinadas as unidades de registro que consistem em uma palavra-chave ou frase; a unidade de contexto que compreende a delimitação da compreensão da unidade de registro; os recortes dos relatos; a forma de categorização; a modalidade de codificação e aos conceitos teóricos gerais, os quais podem ser tratados no início ou levantados nesta etapa, em virtude da ampliação do quadro de hipóteses que orientarão a análise (MINAYO, 2014).

A exploração do material consiste essencialmente na transformação dos dados brutos visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Desta forma, esta

fase contempla a construção do processo de codificação e leva em consideração os recortes que foram feitos no texto em unidades de registros, como foram definidas as regras para a contagem e como foram classificadas e agrupadas as informações em categorias temáticas, as quais comandam a especificação dos temas (BARDIN, 2016).

Ademais, na terceira e última fase, que consiste no tratamento dos resultados, inferência e interpretação, o material coletado é tratado de maneira a ressaltar conteúdos significativos e válidos, podendo propor inferências e interpretações acerca dos objetivos previstos ou sobre outras descobertas que porventura não eram esperadas, de acordo com o quadro teórico do estudo (BARDIN, 2016).

Nessa perspectiva, as entrevistas foram transcritas e arquivadas em Word (fase 1) totalizando 173 páginas de material transcrito. Posteriormente, os dados narrativos foram organizados em quadros no Word, onde ocorreram as devidas codificações (fase 2) a partir de unidades de registro e de contexto, as quais emergiram por meio da frequência de semelhanças.

Em seguida, realizaram-se os recortes dos discursos dos participantes do estudo, a partir da convergência com o conteúdo semântico e na sequência, esses fragmentos do texto foram agrupados para delimitação das categorias temáticas, onde as unidades de registro elencadas foram primordiais durante esse processo. Após esta etapa, as categorias analíticas foram interpretadas (fase 3), levando em consideração a literatura pertinente sobre o objeto de estudo que a presente pesquisa se propõe e o sentido da mensagem transmitida.

Durante a realização das entrevistas e o processo de transcrição das mesmas, foram formuladas categorias temáticas a partir das primeiras impressões do pesquisador diante da realidade apresentada no discurso dos participantes. Em seguida, essas categorias foram aperfeiçoadas por meio da análise do referencial teórico e do aprofundamento dos relatos dos participantes, configurando-se nas categorias finais, quando os recortes das falas dos participantes levaram a compreensão significativa do texto, as quais serão apresentadas no capítulo de resultados e discussão.

4.6 Aspectos Éticos

A presente pesquisa obedeceu às recomendações éticas dispostas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos, no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa, estabelecido na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país; bem como atenderá aos preceitos éticos estabelecidos na Resolução nº 510/2016 para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvem a utilização de dados obtidos diretamente com os colaboradores do estudo.

Todos os profissionais que colaboraram com a pesquisa foram devidamente informados sobre os objetivos, características do estudo e procedimentos, bem como as razões de sua seleção para participação na pesquisa. Além disso, os participantes foram esclarecidos quanto a não obrigatoriedade da sua participação; ao sigilo das informações prestadas, as quais estão sendo utilizadas apenas para fins científicos; a possibilidade de abandono do processo a qualquer momento e os possíveis riscos e benefícios do estudo.

O TCLE foi disponibilizado via aplicativo whatsapp para que os profissionais que aderissem voluntariamente à pesquisa fizessem a leitura e ficassem com uma cópia para acessar quando acharem pertinente. Após leitura do mesmo e a partir de um link disponibilizado ao final do TCLE, os profissionais tinham acesso a um formulário que solicitava o nome completo do participante e CPF, bem como continha um campo para assinalar se aceitava participar ou não da presente pesquisa, afirmando que o mesmo o enviaria após ter sido esclarecido sobre todos os aspectos do estudo e autorizado à divulgação das informações fornecidas em eventos ou publicações científicas.

Ressalta-se que os referidos dados foram agrupados, automaticamente, em uma planilha do programa Excel, sendo também registrado a data e horário do aceite. Os dados produzidos foram armazenados em local seguro, sendo acessados somente pelo pesquisador e seu orientador, e serão mantidos em arquivo por, no mínimo, cinco anos.

Para manter o anonimato dos participantes, as entrevistas foram identificadas pelas iniciais da categoria profissional de cada um, por exemplo: Médico (M); Enfermeiro (E); Cirurgião-Dentista (CD), seguidos com números cardinais de acordo com a ordem que os participantes da pesquisa forem entrevistados, a saber: M1, M2, M3..., E1, E2, E3..., CD1, CD2, CD3...e assim sucessivamente.

Como mencionado anteriormente, esta pesquisa integra-se a um projeto maior intitulado “A saúde do trabalhador no território da Atenção Primária à Saúde: do contexto ao significado para trabalhadores” que teve aprovação pelo CEP da Universidade Federal da Paraíba (ANEXO A) sob CAEE 87110318.0.0000.5188 e protocolo nº 2.677.650 e autorização para sua execução pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (ANEXO B).

5. Resultados e Discussão

Para melhor compreensão da realidade descrita nas categorias temáticas que compõem os achados do estudo em tela, inicialmente, serão apresentados os seguintes tópicos: a) perfil sociodemográfico e profissional dos participantes da pesquisa; b) vulnerabilidades sociais dos territórios de atuação das eSF; c) contexto do trabalho das eSF e seu agravamento pela pandemia de COVID-19. Dados estes que auxiliaram, dentre outras coisas, na identificação do lugar de fala dos participantes da pesquisa.

a) Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes da pesquisa

Participaram do estudo 16 profissionais de saúde de nível superior, atuantes em eSF de João Pessoa, Paraíba. No que se refere à caracterização desses trabalhadores de saúde, observou-se que sete eram enfermeiros, seis médicos e três eram cirurgiões-dentistas; tinham idade entre 28 e 70 anos, sendo 12 mulheres e quatro homens; 12 se formaram em instituições públicas; 10 possuíam mais de dez anos de tempo de trabalho e nove possuíam renda familiar superior a seis salários mínimos. Além disso, oito eram casados, com um a três filhos e oito se autodeclararam pardos conforme quadro 2 a seguir.

Quadro 1. – Perfil sociodemográfico e profissional dos participantes da pesquisa. João Pessoa, Paraíba, Brasil 2021.

Idade em anos	Sexo	Cor da Pele	Estado Civil	Número de Filhos	Renda familiar (salário)	Formação Profissional	Tipo da Instituição de Ensino Superior	Tempo de Trabalho em anos
31	F	Branca	Solteira	Nenhum	4 a 6	Medicina	Pública	7 a 9
46	F	Parda	Casada	1 a 3	+ 6	Enfermagem	Pública	+ 10
70	M	Branca	Casado	1 a 3	+ 6	Medicina	Pública	+ 10
45	F	Parda	Casada	1 a 3	4 a 6	Enfermagem	Pública	+ 10
38	M	Branca	Divorciado	Nenhum	4 a 6	Odontologia	Pública	+ 10
31	F	Branca	Solteira	Nenhum	4 a 6	Enfermagem	Privada	1 a 3
52	F	Parda	Casada	1 a 3	1 a 3	Enfermagem	Pública	+ 10
34	M	Parda	Solteiro	Nenhum	4 a 6	Medicina	Pública	1 a 3
47	M	Negra	Casado	1 a 3	+ 6	Odontologia	Pública	+ 10
32	F	Parda	Casada	Nenhum	+ 6	Medicina	Privada	4 a 6
59	F	Parda	Casada	1 a 3	+ 6	Enfermagem	Pública	+ 10
66	F	Branca	Solteira	1 a 3	+ 6	Enfermagem	Privada	+ 10
28	F	Parda	Casada	Nenhum	+ 6	Medicina	Privada	1 a 3
55	F	Parda	Divorciada	1 a 3	+ 6	Odontologia	Pública	+ 10
51	F	Branca	Divorciada	1 a 3	1 a 3	Enfermagem	Pública	+ 10
33	F	Branca	Solteira	Nenhum	+ 6	Medicina	Pública	4 a 6

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

b) vulnerabilidades sociais dos territórios de atuação das eSF

Diante do atual momento de pandemia decorrente da COVID-19, é impossível se discutir questões sanitárias sem trazer à tona as vulnerabilidades sociais que as eSF enfrentam em seu território de adstrição, desigualdades essas que refletem nas condições de vida e moradia dos usuários, as quais contribuem negativamente no enfrentamento das medidas preventivas em relação a COVID-19. Nessa perspectiva, este tópico apresenta os principais entraves identificados no âmbito da ESF para prevenir o adoecimento por COVID-19 dos usuários-trabalhadores adscritos no território de abrangência.

A partir dos discursos dos profissionais de saúde das eSF investigadas, observou-se uma escassez em relação a realização de ações de promoção e proteção a saúde dos usuários dos territórios de abrangência, uma vez que, identificou-se a fragilidade no planejamento e desenvolvimento de ações extramuros que causam impacto sobre a incidência dos novos casos de COVID-19 confirmados no território em que os usuários estão adscritos, não atendendo, por vezes, as necessidades de saúde da população, explicitando a debilidade na corresponsabilização a saúde dos usuários.

O distrito fez uma blitz na saída do bairro e, e dos cinquenta pré-testes que ele fez, aleatório, só com o pessoal que tava passando, trinta e oito deram positivo [...] Aí você diz: ouve algum programa direcionado? Não, não houve. Tipo assim, foi feito levantamento, a gente viu esse número alarmante e sabe, vida que segue e empurra pra frente [...] Quanto ao combate a pandemia lá na nossa unidade, foi um desastre (D1).

Não estão tendo ações específicas porque a pandemia não permite nesse momento, mas eu não acredito que há desassistência, nesse momento, porque já houve há quase dois meses, a retomada dos atendimentos de demanda espontânea. Então, essas pessoas não estão desassistidas, mas falar especificamente em ações, em atendimento em campo, atendimento na comunidade, na rua como a gente é, geralmente fazia, é, isso não tá acontecendo (M6).

De acordo com a PNAB (2017) é atribuído a todos os membros das eSF realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local e os protocolos estabelecidos, onde as equipes devem assumir responsabilidade sanitária sobre seu território de adscrição e levar em consideração as questões sanitárias, ambientais, epidemiológicas, culturais e socioeconômicas, contribuindo por meio de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população com residência fixa no território, dos itinerantes ou mesmo trabalhadores da área adstrita.

Ressalte-se que o modelo assistencial de vigilância em saúde que fundamenta a ESF deve orientar o enfrentamento da pandemia, modelo este que incorpora métodos, técnicas e instrumentos provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde para a análise da situação da saúde e organização das práticas de um território específico, o qual visa às atividades individuais e coletivas, ações setoriais, intersetoriais, de promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças e de cuidado (GIOVANELLA et al., 2020)

Nessa perspectiva, as eSF devem estar envolvidas no gerenciamento da pandemia com intuito de cessar e minimizar o risco de disseminação do vírus no território adscrito, sendo primordial que esse gerenciamento ocorra de forma articulada com a vigilância em saúde do município para que ações de prevenção a COVID-19, como identificação de casos, testagem e busca ativa de contatos; apoio ao isolamento domiciliar; notificação de casos e ações de educação em saúde que potencializam recursos de comunicação coletiva existentes na comunidade, sejam estabelecidas para aprimoramento das ações (GIOVANELLA et al., 2020; MEDINA et al., 2020)

Outro aspecto emergido nos discursos que impactam negativamente no enfrentamento da COVID-19 nos territórios está relacionado aos DSS. Os profissionais de saúde enfatizaram que a desigualdade nas condições de saneamento e a precarização do transporte público tem dificultado o seguimento das ações para enfrentamento da atual crise sanitária que assola o Brasil, uma vez que alguns usuários do território não tem acesso à água de procedência adequada para higienizar as mãos, bem como possuem dificuldade em manter o distanciamento social ao se locomoverem em transportes públicos, denotando a necessidade de

elaboração de políticas públicas e sociais que assegurem de fato os direitos humanos básicos.

Muita coisa a gente não tem como resolver, porque não são problemas só de saúde, né?. A gente sabe que atinge a saúde física, mas [...] são problemas estruturais, né?, da sociedade, que causaram aquele adoecimento (E4).

A gente tá agora vivendo uma reabertura de diversos serviços, né?, e aí o isolamento vai por água abaixo quando a gente olha os ônibus lotados né?, e as pessoas em lotação na rua [...] Tem aumentado os pacientes descompensados, né?, porque são esses pacientes que ficaram três meses sem atendimento presencial (M1).

A gente ainda pensou em conversar com o cara da rádio comunitária [...] Aí pensava no seguinte, cara, a gente vai lá, vai mandar o cara lavar a mão, se esse cara, essa água vai sair da onde?, água ele pega do, do riachinho que tá passando lá em baixo extremamente contaminado. Não existe água encanada, não existe sistema de esgoto, não existe, sabe?. Você falar de cuidado básico, de lavar a mão, esse cara não tem como lavar a mão. Então, sabe, é uma questão, pra você começar a fazer alguma coisa ali [...] não vamos ser maluco que a gente vai conseguir fazer, sanear um bairro inteiro, que já tá lá há vinte anos, em quinze dias, isso não vai acontecer. Mas, a gente pode pelo menos pensar em iniciar uma campanha de saneamento pra que, uma segunda onda de outra doença, não venha a atingir essas pessoas com a mesma, com a mesma severidade né?. Se o saneamento tivesse começado na época do cólera, talvez agora a gente teria muito menos problema com o covid, porque esse pessoal teria, pelo menos, uma água potável pra lavar a mão em casa (D1).

Os DSS podem influenciar no risco de infecção e, consequentemente, nas taxas de morbimortalidade associado à COVID-19, principalmente no Brasil, um país que é caracterizado pela desigualdade social, em que uma quantidade considerável da população vive em condições de extrema pobreza, em habitações sem saneamento básico e que dependem do transporte público para se locomover. Associado a isso, a situação de saúde da população se agrava quando se tem

aprovação da emenda constitucional n. 95 que limita os gastos federais em saúde por 20 anos, resultando no subfinanciamento do SUS e, conseqüentemente, na criação de barreiras orçamentárias para a execução das políticas de saúde (BUSS; PELLEGRINI, 2012; FIGUEIREDO et al., 2020).

Ações de territorialização, como o cadastramento de famílias com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), visitas domiciliares, roteiro de vacinas no domicílio e em pontos específicos do território, interconsultas e planejamento de ações estratégicas, possibilitam a identificação dos DSS que determinam o processo saúde-doença da população vulnerabilizada no território da ESF (SILVA et al., 2020a).

Nesse sentido, é primordial que os profissionais da ESF ampliem sua atuação visando respostas efetivas as necessidades da população socialmente vulnerável, por meio da articulação intra e intersetorial com os serviços sociais e da RAS, bem como fortaleça as parcerias com as lideranças comunitárias para maior adesão e engajamento da comunidade no processo de enfrentamento da pandemia. Ressalta-se que iniciativas de engajamento comunitário vêm contribuindo para o enfrentamento da pandemia, como mutirões de distribuição de cestas básicas, confecção de máscaras por artesãs locais e uso de escolas para o isolamento de casos leves de COVID-19 (MEDINA et al, 2020).

Estudo realizado no cenário da ESF do município de Salvador, Bahia, evidenciou que a partir da articulação intersetorial, foi possível realizar encaminhamentos para o abrigo social e doação de alimentos e produtos de limpeza. Os profissionais que estavam neste cenário, articulados a órgãos públicos, buscaram sanar problemas complexos, como isolamento domiciliar em moradias impróprias, desenvolvendo ações para usuários vulnerabilizados, ampliando a abordagem intersetorial (SILVA et al., 2020a). Outro estudo apontou como medida de precaução comunitária a implantação de pias para lavagem das mãos nas ruas e cabines de desinfecção (VALE et al., 2020).

De acordo com a Constituição Federal (1988), art. 203, a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, bem como traz em seu art. 200 que compete ao SUS, além de

outras atribuições, nos termos da lei: II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de ST; e IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico.

Vale salientar que a população socialmente vulnerável necessita de apoio sanitário, social, financeiro e psicológico. Os efeitos do momento pandêmico afeta drasticamente a saúde mental das populações que vivem em condições precárias, uma vez que possuem recursos escassos e, por vezes, têm acesso limitado aos serviços sociais e de saúde. Por isso, é indispensável a continuidade do atendimento pela ESF e o acesso aos mecanismos de proteção e assistência social, para que esses usuários possam, efetivamente, seguir as recomendações preventivas relacionadas à COVID-19 (GIOVANELLA et al., 2020; SILVA; SANTOS; OLIVEIRA, 2020).

A impossibilidade dos usuários-trabalhadores em manterem a principal recomendação das autoridades sanitárias no enfrentamento da pandemia, que consiste no distanciamento social adequado, também foi apontada como um problema, uma vez que as condições de moradia de alguns deles adscritos no território não permitem o seguimento dessa recomendação com rigor, uma vez que possuem condições precárias de moradia para aplicação das medidas de proteção individual necessárias à mitigação da transmissão da COVID-19 no âmbito domiciliar.

As condições socioeconômicas deles não são favoráveis né?, eles não tem condições de manter um distanciamento adequado, dentro de casa. Pessoas que vivem na extrema miséria, lá na área e não tem condição de fazer o que manda, o que preconiza né? os prefeitos e governadores, porque esse ministério de saúde, pra mim, tá valendo de nada, infelizmente (E5).

A gente sabe que na população de baixa renda num moram só três, quatro pessoas; moram cinco, seis pessoas e aí a disseminação é muito rápido, porque de seis pessoas que estão em casa, uma foi assintomática e tá fora e vai pra fora, vai trabalhar, já tá também disseminando né? (M5).

Estudo apontou que as maiores taxas de incidência da COVID-19 também estão associadas à maior proporção de pessoas vivendo em moradias com adensamento excessivo. A condição habitacional dos usuários é um indicativo importante de vulnerabilidade para a propagação do vírus, pois a proximidade entre os usuários e ausência de ventilação apropriada aumenta significativamente o risco de infecção pela COVID-19 (FIGUEIREDO et al., 2020).

É oportuno salientar que, quando se fala em habitação, deve-se levar em consideração, além da estrutura física, a estrutura econômica, social e cultural estabelecida pela família residente, o bairro e seus equipamentos sociais e a comunidade, que consiste nas pessoas que moram, trabalham ou prestam serviços no bairro (PASTERNAK, 2016).

De acordo com o relatório da Fundação João Pinheiro (2021), o qual apresentou as estimativas do déficit habitacional brasileiro para os anos de 2016 a 2019, referentes ao número de famílias que residem em condições precárias de moradia ou até mesmo que não possuem nenhum tipo de moradia, em 2019, foi estimado no Brasil, em termos absolutos, déficit de 5,876 milhões de domicílios, dos quais 5,044 milhões estão localizados em área urbana e 832 mil, em área rural. No que tange as grandes regiões do Brasil, o Sudeste apresentou os maiores números e somou um déficit de 2,287 milhões de domicílios, seguido pela região Nordeste, com 1,778 milhão de unidades, em que 1.318,326 estão localizados na área urbana e 460.639 na rural.

Vale salientar que déficit habitacional é calculado a partir dos seguintes componentes: o ônus excessivo com o aluguel urbano (famílias residentes que comprometem mais de 30% da renda familiar com o pagamento do aluguel, com rendimento de até 03 salários mínimos); as habitações precárias (domicílios construídos com material de não alvenaria ou madeira aparelhada e domicílios improvisados); a coabitação (domicílios em que duas ou mais famílias vivem no espaço planejado para apenas uma) e o adensamento (domicílios alugados com número médio de moradores superior a três pessoas por dormitório) (PASTERNAK, 2016).

Na Paraíba, em 2019, existiam 132.383 domicílios em déficit, divididos nos seguintes componentes: 44.819 domicílios considerados habitações precárias, 32.949 domicílios com famílias em coabitação familiar e 54.614 em ônus excessivo com aluguel. Em relação a João Pessoa, 9.854 domicílios estavam em habitações precárias, 13.186 possuíam famílias em coabitação familiar e 23.897 domicílios em ônus excessivo com aluguel. Ressalta-se que neste relatório não foi encontrado os dados relativos ao adensamento, contudo, presume-se que a coabitação pode contribuir para inviabilizar a proposta de distanciamento e isolamento social (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2021),

Outra fragilidade que emergiu no discurso dos trabalhadores de saúde da ESF foi à invisibilidade dos usuários-trabalhadores informais durante a pandemia, pois, uma vez que não se têm vínculos empregatícios formalizados, esses trabalhadores tiveram que continuar trabalhando, expondo seus familiares e a comunidade ao risco de agravos a saúde em virtude de estarem à margem da proteção trabalhista e previdenciária.

Muita gente tá tendo que recorrer a bicos cada vez mais inseguros. Eu tenho muita gente com diagnóstico positivo de covid, assim, não é mais nem a suspeita, já é o diagnóstico, todo exame laboratorial e teve que continuar trabalhando porque ele é entregador do happy, ele é, assim... quem tá melhor na escala salarial lá é o pessoal do Uber. Agora assim, o cara tá trabalhando doente, contaminado, porque se não trabalhar, ele não ganha, completamente inseguro (M3).

Aumentou assim, assustadoramente a vulnerabilidade do território onde eu trabalho [...] de faltar renda em absoluto, de chegar pessoas realmente sem ter o que comer, diminuiu taxa de aleitamento [...] além da gente ter que ter diminuído o acesso, né?, a gente não acessa mais as pessoas [...] Então, eu acho que a pandemia escancarou a vulnerabilidade das condições de trabalho [...] (M1).

Agora... tem que se virar de um jeito ou de outro, pra ver se consegue as coisas. Há pessoas que tem de onde tirar [...] tem o apoio do parente, da mãe, do pai, de um irmão, tal. E tem gente que não tem, né?, você sabe num é doutor?. Aí

fica difícil, pra isso é mais complicado, eu tenho muita pena sabe? (M2).

É sabido que o trabalho é um dos determinantes e condicionantes da saúde. Ele tanto tem efeito protetor, uma vez que contribui com a viabilidade das condições materiais de vida do trabalhador e sua família, permite inclusão social e a formação de redes sociais de apoio; quanto pode contribuir com o adoecimento e até a morte do trabalhador, quando desenvolvido em situações e de forma inadequada, o que pode corroborar com o aprofundamento das iniquidades e vulnerabilidade dos usuários e da comunidade (BRASIL, 2018).

A pandemia da COVID-19 é uma condição na qual o trabalhador, seja ele formal ou informal, está sujeito ao adoecimento no trabalho ou durante seu percurso. Entretanto, com o seu advento, trabalhadores formais tiveram a possibilidade de desenvolver seu trabalho de forma remota, a qual diminui o risco de acometimento da saúde pela COVID-19. Porém, trabalhadores autônomos e informais, grande massa da população brasileira, não tiveram escolha, pois ficar em isolamento social passou a significar o risco de não ter o que comer e não ter como obter a sobrevivência cotidiana. Nesse contexto, ressalta-se que, particularmente no Brasil, esses trabalhadores não tiveram proteção social, pois o governo foi negacionista, houve ausência de comunicação de risco adequada e de gestão de crise (SPOSATI, 2020).

Estudo baseado em dados secundários do Ministério da Saúde do Brasil relativos ao número de casos confirmados e óbitos por COVID-19, até 23 de agosto de 2020, evidenciou que estados com maior desigualdade na distribuição de renda apresentaram maior transmissão da COVID-19 e apontou como provável justificativa a esse dado à dificuldade de setores excluídos e economicamente vulneráveis em aderir às medidas de distanciamento social, pois os trabalhadores necessitam manter suas atividades laborais para garantir a subsistência (FIGUEIREDO et al., 2020).

Arelado a isso, observa-se que, em relação a ST, a pandemia emergiu em meio a um cenário propício à ocorrência de mais AT e doenças relacionadas ao trabalho, quando se leva em consideração a reforma trabalhista que altera 117

artigos da CLT, aprofundando ainda mais os problemas sociais do país, pois reforça práticas já existentes de contratação atípica, introduz o contrato intermitente e a figura do autônomo permanente, onde o trabalho autônomo vai inviabilizar a emissão CAT, contribuindo para subnotificação dos AT e das doenças relacionadas ao trabalho. Nesse contexto, muitos trabalhadores enfrentam condições impróprias de trabalho para manutenção da saúde e da vida, tornando-se um empecilho às estratégias de contenção da pandemia (OLIVAR, 2019; SANTOS et al., 2020).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019) estima que a população brasileira, com precárias condições de isolamento social, esteja composta por 12 milhões de desempregados, sendo cerca de 50 milhões de informais que compõem a parte entre os desempregados; 14 milhões de famílias ou cerca de 45 milhões de pessoas em pobreza extrema; e cerca de 150 mil moradores de rua, dados estes que não incluem os microempreendedores Individuais, denotando que a dignidade humana não é garantida a todos os trabalhadores de forma universal, pois a inexistência do acesso à proteção social fora do mercado de trabalho, provida por políticas e serviços públicos, não possibilita que isso aconteça (SPOSATI, 2020).

Os discursos a seguir explicitam a falta de consciência social dos usuários em relação a não adesão às medidas preventivas contra a COVID-19, podendo se tornar potenciais disseminadores da doença, bem como evidencia a debilidade na intensificação de ações de vigilância e conscientização da população quanto à gravidade da crise sanitária, responsabilidade esta que não deve se limitar apenas na identificação dos problemas que rodeiam o território, mas de planejar e implementar estratégias que os solucione e tenham um impacto social positivo na vida e saúde dos indivíduos, comunidades e sociedade como um todo.

Eu me lembro que no auge da, é, é, da pandemia né, tudo, o pessoal lá tava no meio da rua, batendo um papo, conversando, tem um, tem um barzinho que funciona, inclusive do lado do posto, e tem uma galera que é bem frequente lá, no posto, são sempre as mesmas pessoas, e a galera tá tão preocupada com esse negócio de pandemia que eles é, tão comendo na mesma colher os tira-gostos, bebendo todo mundo no mesmo copo, e máscara pô, máscara é que num vai ter mesmo (D1).

A gente tem uma quantidade também de pessoas que poderiam estar ajudando essa conscientização [...] os líderes religiosos, pastores evangélicos, eles podiam [...] não ajudam [...] Muitos eventos continuam acontecendo e lá como é um bairro muito, muito da periferia, então, assim, ninguém tá prestando atenção. Num existe uma fiscalização, num existe nada, ninguém tem máscara, num existe, ninguém tá ligando com álcool em gel (D1).

É de suma importância que os profissionais da ESF invistam em ações de vigilância e educação em saúde para a comunidade visando a adesão as medidas preventivas contra a COVID-19 para contenção da velocidade de disseminação do vírus nos territórios. O momento atual inviabiliza a proximidade dos trabalhadores de saúde com a população, entretanto, existem outras formas de realizar esse cuidado, como o contato com o usuário a partir de meios de comunicação existentes na comunidade - as rádios comunitárias, os grupos de mensagens por *WhatsApp*, carro de som, entre outros dispositivos -, pois é premente a necessidade de conscientização sobre uso de máscaras e a manutenção do distanciamento social por todos os usuários do território, uma vez que consiste em medidas efetivas para redução do contágio (GIOVANELLA et al., 2020)

Enfatiza-se a necessidade dos profissionais de saúde em promoverem ações com intuito de sensibilizar e conscientizar a população sobre a gravidade da crise sanitária atual e fortalecer o vínculo com as lideranças comunitárias a fim de agregar forças para estimular a adesão dos usuários a seguirem os protocolos de segurança sanitária, uma vez que a situação atual exige que os interesses coletivos estejam acima dos individuais.

Nessa perspectiva e diante do que foi apresentado, observa-se que a pandemia da COVID-19 expôs, mesmo que a nível local e na percepção de profissionais da ESF, que o enfrentamento da pandemia não se deu de forma equitativa entre os usuários da ESF, pois muitos não possuem condições de vida adequadas para seguir as recomendações das autoridades sanitárias quanto às medidas de prevenção contra a COVID-19, uma vez que não possuem moradia com estrutura física adequada para manter o isolamento e distanciamento social, nem todos tem provisão de água adequada para higienização das mãos, nem tão pouco

vínculo empregatício formal para se afastar do trabalho e continuar com a renda para se manter e sustentar a família quando acometidos pelo vírus.

c) Contexto do trabalho das eSF e seu agravamento pela pandemia de COVID-19

A atuação dos(as) trabalhadores(as) da saúde consiste na estratégia central para enfrentamento da pandemia, em que condições de trabalho seguras devem ser garantidas para esses profissionais em seus ambientes laborais. Contudo, a pandemia deixou patente um problema crônico e velado que aflige esses profissionais que é trabalhar com a falta de equipamentos ou dispor dos mesmos com baixa qualidade, arriscando suas vidas no dia a dia.

A partir dos discursos, identificou-se que a maioria dos participantes não dispunha de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) de qualidade adequada para se prevenirem da propagação da COVID-19 e, conseqüentemente, protegerem os usuários que necessitavam de assistência, tendo que, por vezes, adquirir com recursos próprios esses equipamentos, revelando a fragilidade das condições de trabalho nas eSF investigadas.

*Eu vou falar primeiro das condições de trabalho de nós, trabalhadores de saúde né?, que eu acho **que escancarou a falta de condições de trabalho** que a gente tem nesse momento, porque a gente precisou de mais, de mais ferramentas né?, de proteção, principalmente. [...] **E não é ter EPI pra atender sintomático respiratório que vai resolver esse problema, porque é uma questão estrutural, né?.** Então, pautas que a gente nem se dava conta, agora é impossível de não ver (M1).*

*Houve uma **paralisação total dos atendimentos devido a, até a quantidade, a falta de equipamentos necessários** (D2).*

*[...] pra você vê, um exemplo, o equipamento de proteção individual a gente compra, eu comprei, eu precisei comprar [...] **prefeitura num deu não. O que dá é o mínimo dos mínimos, um avental por semana, não adianta muito. Assim, o cuidado tem sido o mínimo** (E2).*

*[...] Uma vez por semana ou uma vez a cada quinze dias, aparecia uma garrafinha pequenininha lá [de álcool], que a galera logo desesperada separava logo [...] **Dava um copinho***

de café de álcool em gel pra cada um e pronto. E era com aquilo ali que a galera tava se virando pra se proteger no ambiente de trabalho né? (D1).

É sabido que o(a) trabalhador(a) de saúde da ESF possui alto risco de contrair a COVID-19 por estar mais próximo de onde os usuários vivem e trabalham e essa exposição aumenta ao passo que as ações de atenção à saúde e segurança desses(as) trabalhadores(as) não são incorporadas às medidas de enfrentamento da doença. A garantia de condições seguras para o exercício profissional, como a disponibilidade de EPI, por exemplo, é a condição *sine qua non* para o processo de trabalho em saúde, principalmente em tempos de pandemia de COVID-19, que não deve ser flexibilizada ou improvisada em nenhuma circunstância (HELIOTÉRIO et al., 2020).

De acordo com a Norma Regulamentadora (NR) n.6, considera-se EPI, todo dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção aos riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho. Ressalta-se que para ser considerado EPI, o dispositivo ou produto necessita ser de uso individual utilizado pelo trabalhador; conter a indicação do Certificado de Aprovação, que atesta a eficácia do produto na proteção contra os agentes nocivos à saúde e estar contido na lista de EPI que a NR 6 traz em seu anexo I (BRASIL, 2001c)

Nessa perspectiva, a OMS recomenda no que tange a prevenção e controle da pandemia de COVID-19, além da higienização das mãos e vias respiratórias, o uso de EPI apropriados para os profissionais de saúde da ESF, em que estes devem utilizar a máscara N95 para procedimentos que poderão gerar aerossóis e nas demais situações as máscaras cirúrgicas, sendo primordial que os trabalhadores de saúde sigam as recomendações dos fabricantes quanto à forma de uso, manipulação e armazenamento (JAPIASSU; RACHED et al., 2020).

Entretanto, apesar de todo arcabouço jurídico legislativo existente, como a PNSTT, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho e as NR, especificamente a NR32 que trata da segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde, a qual trás que os EPI, descartáveis ou não, deverão estar à disposição em

número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição, observou-se que ainda há fragilidade na garantia de disponibilidade de EPI, essenciais para saúde e segurança do trabalhador (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012;)

É indiscutível a necessidade do uso de EPI por todos os profissionais de saúde que atuam na ESF, uma vez que a falta desses materiais coloca em risco não só os trabalhadores da saúde, mas também seus familiares e os usuários do território. Dessa forma, na ausência de EPI e condições dignas de trabalho, os profissionais podem contatar os conselhos regionais, federais e a imprensa no sentido de tencionar os órgãos competentes para compra e distribuição desses materiais nas UBS (FARIAS et al., 2020).

O momento pandêmico apontou outra vicissitude que prejudica a atuação das eSF em seu ambiente laboral, a alta rotatividade profissional, tanto no que concerne as trocas de profissionais entre as UBS do município quanto em relação as fragilidades nos vínculos empregatícios. É sabido que esse problema, independente de pandemia, é demasiadamente presente na rotina dos trabalhadores de saúde da ESF, o qual gera ruptura em planejamentos estratégicos, desrespeita atributos da APS, prejudica as práticas organizacionais efetivas, além de gerar sobrecarga de trabalho para alguns profissionais, como podemos observar nos discursos a seguir.

A gente fica dez dias num lugar, quinze dias em outro. A gente não tá dando conta do serviço, de uma continuidade. Está muito cansativo, muito, muito cansativo, entendeu?. Às vezes a gente fica numa unidade sozinha, sem técnico de enfermagem, fazendo tudo, serviço do enfermeiro e do técnico, né?, e sem falar que tá muito, muito cansativo, eles não tão respeitando a gente, não tá (E1).

Na minha unidade, por exemplo, é integrada, são cinco equipes, agora são quatro, um médico foi embora, acabou o contrato, foi embora. Então, somos quatro médicos, quatro enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem né?, meus agentes de saúde, o, o, deixa eu ver, um, dois, agora tem dois dentistas, tenho três dentistas, agora tem dois, agora tem dois agora. Uma não sei, tá doente, tá de licença, mas já faz tempo. Aliás, são dois dentistas que servem as quatro equipes, sabe? (M2).

*[...] me abalou essa questão dessa transferência sabe?. Porque eu, eu, eu saio pra trabalhar [...] mas eu vou o tempo todo pensando no meu caminho de [nome do local de trabalho anterior], você tá entendendo?. É, penso nas, nos idosos que eu dava assistência que modesta parte eu sei que não vai ter ninguém fazendo o que eu fazia, **porque se fosse o caso eu ia no sábado na casa de uma idosa** [...] Num to dizendo que eu sou melhor do que ninguém, que eu não sou [...] **eu num sei assim, como essas pessoas estão recebendo essa minha, minha, minha falta de lá e eu sinto isso, tá entendendo?. Então, é, é, é assim, eu acho que, é, é, mexeu muito comigo essa questão...** (E6).*

A rotatividade consiste na saída, voluntária ou involuntária, de pessoas inseridas em um determinado ambiente, onde esse afastamento tende, por vezes, a prejudicar a eficiência organizacional do local. Existem vários motivos para essa ruptura profissional, entretanto, os aspectos econômicos, sociais e políticos são os grandes influenciadores (TONELLI et al., 2018).

A ESF preza pelo desenvolvimento e manutenção do vínculo entre profissionais e comunidade, de modo permanente e consistente, com intuito de fortalecer a integralidade da assistência e a longitudinalidade do cuidado, contribuindo assim para o estabelecimento de diagnósticos e tratamentos precisos e redução dos riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado (BRASIL, 2017).

Estudo realizado com intuito de analisar a rotatividade dos profissionais de saúde por meio do tempo de permanência nas eSF do município de Montes Claros, Minas Gerais, apontou que as principais causas que ocasionaram o desligamento dos profissionais de saúde foram a transferência para outras eSF e o término de contrato, corroborando com os motivos apontados pelos profissionais da ESF do estudo em tela (TONELLI et al., 2018).

É oportuno salientar que além da fragilidade na oferta de EPI de qualidade e de relações trabalhistas precárias com base em contratos temporários, o momento pandêmico também apontou que esses profissionais enfrentam diariamente a precarização da ST e os desafios impostos pela lógica capitalista, que visa à

produtividade e traz consequências para vida dos trabalhadores, como podemos observar nos discursos a seguir.

A gente aprende a ir trabalhar doente né? no decorrer da nossa vida, que isso é louvável, que isso é bom, e na verdade o que a gente tá fazendo é expor as outras pessoas a risco, e não protegendo elas, né? (M1)

[...] mesmo que uma pessoa se afaste por tá com esse diagnóstico, as outras deveriam, todo mundo, ter esse controle, fazer o teste. Mas, eles [gestão], não, tá bem, tá bem, tá respirando [riso], então, vai trabalhar, sabe?. Então, num tá tendo muito esse cuidado não (E3).

[...] o que é que tão fazendo com o trabalhador nesse período de pandemia? Qual o respeito que se tá tendo ao trabalhador nesse período de pandemia?. Tá se voltando a trabalhar de todo jeito [...] As pessoas estão adoecendo, é, psicologicamente falando. As pessoas tão... eu tenho uma amiga que ela tá com problema de urticária, desde que começou a ser forçada a trabalhar, tá entendendo?. Então, eu, eu, eu acho um desrespeito total, num tem, eu num tenho nada de bom a dizer. Eu, sinceramente, não tenho (E6).

A saúde é um direito social previsto no artigo n.6 da Constituição Federal (1988) que deve ser assegurado a todos os brasileiros e estrangeiros residentes no país, enquanto responsabilidade do Estado, sendo garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. De acordo com a VIII CNS (1986) a saúde é resultante das condições de trabalho e é na VISAT que se reside a capacidade de transformar a realidade do mundo do trabalho, pois a sua atuação possibilita conhecer a realidade da população trabalhadora e os fatores determinantes de agravos à sua saúde, de modo a intervir sobre eles (MINAYO-GOMEZ, 2018).

Entretanto, as práticas de vigilância em saúde, baseadas no contexto de saúde da população, ainda se apresentam como ações pontuais, sendo as da VISAT mais escassas ainda, o que reforça a necessidade de estabelecimento de

articulações com outros pontos da atenção (BALISTA; SANTIAGO; CORRÊA FILHO, 2011; AMORIM *et al*, 2017).

Diante disso, é primordial enfatizar que o trabalho deve ser executado em condições adequadas para seu exercício, para que seja executado com satisfação e prazer, bem como deve promover saúde aos que o executam. É primordial refletir sobre como o contexto pandêmico atual tem influenciado no trabalho e na vida dos trabalhadores de saúde da ESF, uma vez que o campo do trabalho também pode desencadear o adoecimento do trabalhador e, conseqüentemente, influenciar em sua vida. Nessa perspectiva, a VISAT tem a função de explicitar, observar e intervir nas situações de risco, nas relações de trabalho e nas formas de resistência e desgaste da saúde dos trabalhadores (BARBOZA; PIRES; PEREZ JÚNIOR, 2018; D'OLIVEIRA; ALMEIDA; SOUZA *et al.*, 2018; MINAYO-GOMEZ, 2018).

Apesar de ser considerado o maior sistema público de saúde do mundo, o SUS tem sofrido desmontes que ficaram mais evidentes nesse momento de pandemia, em que o subfinanciamento para execução das ações de enfrentamento da COVID-19 tem denotado a escassez de EPI, a fragilidade nos vínculos empregatícios dos profissionais de saúde, a debilidade de capacitação das eSF para lidar com as suspeitas e com os casos confirmados da COVID-19; e a realização pontual de ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos nos espaços de cuidado, corroborando com as fragilidades apontadas pelos profissionais de saúde da ESF no que se refere a atenção a ST durante a pandemia (BARROSO *et al.*, 2020).

Ademais, ressalta-se que em tempos de competição globalizada e vínculos empregatícios fragilizados, entende-se que a autogestão dos trabalhadores da ESF em seus ambientes de trabalho, desafia o sistema capitalista por apresentar um modelo alternativo que possibilita aos profissionais de saúde da ESF a capacidade de organizar e gerenciar cada ambiente de trabalho em que estavam inseridos, mesmo frente a uma crise sanitária, econômica e de ataque aos seus direitos.

É pertinente destacar que, após contextualizar as condições de produção de fala dos participantes da presente pesquisa, serão apresentadas a seguir as categorias temáticas e as subcategorias que compuseram os achados da presente

pesquisa, as quais podem ser observadas no quadro 2. Ressalta-se que, neste estudo, a ST foi abordada tanto na perspectiva do trabalhador de saúde como na do usuário-trabalhador, sendo os itens 5.1 e 5.2 compostos pelas categorias temáticas relacionadas ao trabalhador de saúde e os itens 5.3 e 5.4 ao usuário-trabalhador.

Quadro 2. – Categorias temáticas e subcategorias resultantes dos discursos dos participantes da pesquisa. João Pessoa, Paraíba, Brasil 2021.

Categorias temáticas	Subcategorias
1. Trabalhadores de saúde da ESF e a autogestão em tempos de pandemia.	1. Autogestão do trabalho; 2. Autogestão no cuidado à saúde.
2. (Des)Atenção à saúde dos profissionais da ESF diante da pandemia de COVID-19.	
3. Usuários-trabalhadores e as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde.	1. Promoção à saúde e prevenção de agravos centrados nas orientações sobre os cuidados adequados contra a COVID-19; 2. Assistência à saúde com ênfase no afastamento do trabalho.
4. Estratégias para melhorar o cuidado aos usuários-trabalhadores em tempos de crise sanitária na percepção de trabalhadores da ESF.	1. Garantia do retorno ao trabalho após afastamento por COVID-19 ou suspensão das atividades 2. Efetivação de políticas públicas que garantam os direitos humanos básicos; 3. Humanização em saúde durante o processo de cuidar 4. Ampliação da disponibilidade de testes rápidos 5. Educação em saúde

Fonte: Dados da Pesquisa, 2021.

5.1 TRABALHADORES DE SAÚDE DA ESF E A AUTOGESTÃO EM TEMPOS DE PANDEMIA.

De acordo com De Camillis (2020) *apud* Tauile e Rodrigues (2009) a autogestão no Brasil passa a se tornar notória nos anos de 1990 quando se inicia um movimento nacional de incentivo ao apoio e fomento da autogestão após decadência de grandes empresas. Com o aumento do desemprego, trabalhadores começaram a formar cooperativas para manter as antigas atividades ou para criar novos empreendimentos, por meio de um trabalho solidário, baseado em participação democrática e com igualdade de responsabilidade social e de poder decisório.

A autogestão possui uma pluralidade conceitual, ora é utilizada para denominar as formas de organizações e sistemas sociais, ora para explicar formas de Estado, de associações sindicais e de gestão de programas públicos. Entretanto, no estudo em tela, é oportuno salientar que o conceito de autogestão adotado remete a experiência de um modo de organização de trabalho vivenciado por meio de acordos coletivos construídos e reconstruídos livremente no ambiente laboral de profissionais da ESF, em que a autonomia e a participação democrática dos profissionais se destacam como elementos fundamentais diante da tomada de decisão para melhorar o funcionamento e a gestão do serviço diante da realidade complexa de cada território investigado (PINHEIRO; PAULA, 2016).

5.1.1 Autogestão do trabalho na ESF

Observou-se que os profissionais lançaram mão de acordos tácitos coletivos para autogerir seu processo de trabalho. Diante disso, a maior parte das decisões foram tomadas de forma coletiva, com base nas demandas atuais de cada eSF e a partir do diálogo, o que auxiliou na manutenção e proteção da saúde dos(as) trabalhadores(as) das eSF e, conseqüentemente, preveniu a disseminação do vírus no ambiente laboral entre os profissionais e entre os usuários que acessavam o serviço, como destacado nas falas dos participantes da pesquisa.

*Cada distrito tem o seu, a sua regrinha, assim, né?. E aí, **cada PSF de acordo com sua demanda, faz a, faz as adaptações** (E3).*

*Houveram sim, **muitas conversas na unidade de saúde, muitas reuniões**, é, sobre o uso de EPI's, organização do fluxo... (M6)*

***A gente fez diversas formações, diversas capacitações né? a gente criou um grupo de trabalho de informações de qualidade, informações de bons periódicos pra todo mundo ficar afinado nas condutas, técnicas de biossegurança, isso foi fundamental [...] Essas informações, o diálogo com os pares, o diálogo com outros profissionais, agregaram o saber** (M4).*

Ao se considerar a dimensão social, política, econômica e técnica, a autogestão é vista como um conjunto de práticas sociais que se caracteriza pela

natureza democrática das tomadas de decisão, que propicia a autonomia de um coletivo, sendo um exercício de poder compartilhado, que qualifica as relações, onde esse coletivo pode criar uma sucessão de possibilidades a partir do diálogo. Neste contexto, a autonomia das eSF em autogerir a dinâmica dos atendimentos na ESF e seu processo de trabalho é considerada como um elemento positivo da autogestão para tomada de decisão (ALBUQUERQUE, 2003).

O termo autonomia possui origem grega e remete à ideia de autogoverno. Ressalta-se que o ser humano não nasce autônomo, ele se torna autônomo, em que a conquista de sua autonomia é influenciada por um processo de desenvolvimento biopsicossocial que determina o grau de autonomia que ele terá ou poderá alcançar. Nesse contexto, ter autonomia é ter capacidade para calcular os meios necessários para atingir um fim e para escolher. Entretanto, para que seja possível o exercício da autonomia é preciso que existam alternativas para escolha e liberdade de escolha, ou que alguém as crie (SÁ; OLIVEIRA, 2007).

Vale salientar que a reorganização do processo de trabalho e a elaboração de estratégias de enfrentamento a COVID-19 de forma coletiva pelos profissionais da ESF e não apenas de maneira hierarquia, onde apenas uma pessoa delega as tarefas, foi possível em virtude dos profissionais possuírem autonomia para deliberar, o que contribuiu para que esses(as) trabalhadores(as) vivenciassem uma nova alternativa de trabalho que possibilita que as escolhas organizacionais sejam tomadas por todos que compõem a UBS de forma democrática e assertiva.

Os discursos dos profissionais da ESF evidenciaram também que as modificações físicas realizadas no ambiente de trabalho respondiam a alterações importantes que os profissionais desejavam produzir para reorganização dos fluxos de atendimentos aos usuários, denotando o quanto eles foram capazes de administrar a manutenção da responsabilidade de saúde pelo seu território, em relação às ações intramuros, mesmo a despeito da ausência de orientações formais advindas dos níveis gerenciais.

A gente fez assim é, é, dividiu a unidade, estabeleceu alguns lugares de, de acesso. Lugar de atendimento pra eles era separado, num lugar aberto [...] A nossa sala que era a primeira na unidade, ela ficou sendo a sala de vacina, a

gente transferiu pra lá. E também, porque nossa sala de vacina tá com uns probleminhas de mofo [riso], teve que ser transferido pra lá (D3).

*A gente lá na unidade, **a gente colocou um setor de síndrome gripal**, um setor de pacientes com mais síndrome gripal para fazer uma classificação. A gente colocou **um setor para fazer os testes da covid, né?** (E1).*

*- A gente isolou uma sala na unidade só pra isso e aí [...] eram só as urgências pra atendimento normal e o restante era pra atendimento de covid [...] Então, **a gente fez um fluxograma de chegar na unidade e, e ser direcionado pra isso** (M5).*

A reorganização dos fluxos de atendimento e dos processos de trabalho por parte dos profissionais da APS, nesse momento de crise sanitária, configurou-se como o ponto de partida essencial para o desenvolvimento de uma assistência efetiva perante os usuários da APS, bem como auxiliou na prevenção de agravos à saúde dos trabalhadores que prestam o cuidado, uma vez que estes estabeleceram estratégias, a partir da autogestão do ambiente laboral, para manter a atenção à saúde dos usuários do território e o distanciamento social, principal medida de prevenção à propagação da COVID-19 (HELIOTERIO et al., 2020).

Estudo realizado em uma UBS apontou que a partir da reorganização dos fluxos de atendimentos, foi notório a diminuição significativa da permanência dos usuários na unidade, o que auxiliou na redução do risco de transmissão do vírus entre usuários e os profissionais de saúde (SILVA et al., 2020a). Ressalta-se que o cancelamento de consultas eletivas e o agendamento de atendimentos com horário estabelecido têm sido realizado por eSF, contribuindo positivamente na redução da infecção por COVID-19 entre usuários que estão na espera por atendimento, pois a partir dessas estratégias é possível diminuir as aglomerações na UBS (FARIAS et al., 2020).

Visando fortalecer a APS como primeiro contato dos usuários com síndrome gripal, no município de Canãa dos Carajás, Pará, uma UBS foi instituída como referência para suspeitos de COVID-19 e usuários com sinais de agravamento, funcionando 24 horas por dia. Diante desse contexto, houve contratação de mais profissionais e aquisição de equipamentos adequados para aumentar a resolubilidade de demandas que chegavam ao serviço (VALE et al., 2020).

Para atender as necessidades de saúde dos usuários do território, os profissionais das eSF investigadas elaboraram também estratégias, com base na estrutura física disponível, para executar seu processo de trabalho. Dessa forma, estabeleceram turnos específicos para atendimento de usuários sintomáticos e para demandas espontâneas, bem como seguiram um cronograma para acolhimento e triagem dos sintomáticos respiratórios, respeitando os fluxos que foram estabelecidos para evitar contaminação e disseminação da COVID-19 entre si e entre os usuários que acessavam as unidades. Dessa forma, acolheram os usuários em ambientes arejados e reorganizaram os fluxos para atendimento das demandas de COVID-19 em locais específicos, respeitando o paradigma da prevenção de agravos a saúde, enfoque do processo saúde-doença.

Cada dia tem uma equipe de um médico, uma enfermeira, um técnico que faz o acolhimento deles [sintomáticos respiratórios] [...] Acho que o mais importante foi a nossa ação né?, a nossa união, elaboração de um fluxograma da chegada dessas pessoas na unidade. Nós fazíamos uma triagem fora da unidade e sempre assim, procurando saber quem estava com sintoma [...]. A gente mandava pelo lado, pela lateral da unidade, abrimos um portão e as pessoas ficavam isoladas [...] não tinham contatos, nem com os profissionais e nem com as pessoas que iam pra visitas normais, comuns (E5).

O pessoal que chega com síndrome gripal a gente atende pela manhã, que são as urgências, à tarde a gente atende as pessoas que chegam, digamos, os trabalhadores, os idosos, gente, pessoas sadias a gente atende no turno da tarde, é, e se houver alguma urgência, a gente tem que separar (E7).

Os sintomáticos, eles não adentram a unidade, eles são atendidos num terraço, que tem bastante circulação de ar [...] tento combinar com as pessoas que também estão esperando outros atendimentos pra se afastarem mais, porque a gente também há de cumprir que, é, o espaço físico, ele tira a privacidade do, do atendimento, né?, num terraço, né? (E4).

O Ministério da Saúde ao reconhecer a importância da APS como porta de entrada preferencial para entrada do usuário com Síndromes Gripais e casos suspeitos de COVID-19 no SUS, a qual pode é considerada como ordenadora do cuidado, podendo contribuir para redução da superlotação nos níveis de assistência hospitalar, disponibilizou o Protocolo de Manejo Clínico da COVID-19 na APS, que se encontra na sétima versão atualizada (BRASIL, 2020a).

O referido protocolo sugere, como estratégia para reduzir aglomerações e consequentemente a disseminação do vírus na UBS, a metodologia *Fast-Track*, derivada do protocolo Manchester, que consiste em uma ferramenta de fluxo rápida de triagem, cujo objetivo é agilizar o atendimento de casos de SG na APS, incluindo os casos de COVID-19, priorizando pacientes em risco de infecção, principalmente idosos acima de 60 anos, e evitar o contágio local com outros usuários. Essa metodologia funciona por meio de uma cascata de atendimento, desde a recepção até o atendimento médico, evitando-se que o usuário aguarde ou circule desnecessariamente por outros ambientes da UBS (BRASIL, 2020a).

A equipe *Fast-Track* COVID-19 é composta por enfermeiro(a); auxiliar ou técnico(a) de enfermagem, médico(a) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), tendo o ACS como Primeiro Contato do usuário. O pessoal da recepção, assim como outro profissional que esteja devidamente treinado para integrar a equipe *Fast-Track*, pode assumir o papel de Primeiro Contato. Ressalta-se que os profissionais utilizam um formulário para triagem rápida e objetiva, que se diferencie de profissional para profissional, porém, no geral, contempla questões de identificação pessoal do usuário, sinais vitais e questões específicas com relação à queixa de sintomas de síndrome respiratória (BRASIL, 2020a).

Através dessa metodologia é possibilitado aos profissionais de saúde em grupo de risco atenderem exclusivamente pacientes sem sintomas gripais, diminuindo o risco de infecção ou podem trabalhar por meio do teleatendimento. Entretanto, o uso da ferramenta *Fast-Track* pode encontrar limitações na APS quando se leva em consideração a escassez de recursos humanos e a falta de espaço físico para realizar o distanciamento dos usuários, encontrado na realidade de algumas UBS, explicitando-se que há necessidade de adaptação de algumas UBS ao método (FARIAS et al., 2020)

Nesse contexto, observa-se que a reorganização dos fluxos de atendimento, a instituição de protocolos de rotina recomendados para controle da COVID-19 e, consequentemente, a melhoria das condições de trabalho, são estratégias essenciais que devem ser implementadas na ESF com intuito de se garantir um ambiente de trabalho seguro aos profissionais da linha de frente da APS, a partir da redução dos riscos de infecção por COVID-19, uma vez que as condições de trabalho

nas quais os profissionais executam suas atividades cotidianas podem impactar diretamente na resolutividade das demandas que chegam aos serviços de saúde (HELIOTERIO et al., 2020).

É sabido que o momento pandêmico atual também demandou dos trabalhadores das eSF a adoção de medidas de biossegurança adequadas no ambiente laboral, para que pudessem se proteger da COVID-19 ao executar a prática profissional. Apesar das condições de trabalho precarizadas em relação à disponibilidade de materiais de qualidade e da fragilidade de direcionamento dos níveis gerenciais nas ações de enfrentamento da COVID-19, os discursos dos profissionais de saúde da ESF revelaram que os mesmos estavam se reinventando e seguindo as recomendações para prevenção da COVID-19 no ambiente de trabalho, como podemos observar nas marcas textuais a seguir.

*A gente no PSF tá **trabalhando com o distanciamento social, utilizando os equipamentos de proteção e álcool a 70%**, é, em todo lugar, pra limpar maca, mesa (E3).*

*[...] tá usando máscara, face shield, de usar o álcool em gel, o tempo todo o álcool é, liquido pra limpeza de, é, estetoscópio, de oxímetro, é, colocando e quando tira. É, **a limpeza de todo material que foi usado, de tudo que foi tocado** [riso] (M5).*

*Porque eles dizem assim: **faça, mas não dava EPI nenhum pra gente [...]. A princípio, eles disseram que o capote de manga comprida era só pra médicos, enfermeiro não precisava.** E a gente, é, atende síndrome gripal, tanto o médico como o enfermeiro e faz notificação, e a gente ainda faz o teste [...] eles deram propé pra gente colocar na cabeça, propé. Aí assim, a gente se via muito, muito inseguro [...] Aí tem mais uma, como a gente tem, deve proceder?, não foi dado no início protocolo. Então, **a gente teve que, que ir se organizando no início, o que a gente achava que era pra fazer** (E1).*

A biossegurança em saúde consiste em conjunto de ações que visam minimizar, prevenir, controlar ou cessar os fatores de risco inerentes às atividades em saúde que decorrem da contaminação individual, coletiva ou de ambientes por agentes nocivos. Além disso, contempla aspectos de infraestrutura, de equipamento e de boas práticas relacionadas ao comportamento dos profissionais (PFAFFENBACH et al., 2020).

Nessa perspectiva, visando o controle da COVID-19 no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde que atuam no enfrentamento da pandemia na ESF é imprescindível que as medidas de biossegurança sejam seguidas com rigor por todos os profissionais, destacando-se a importância da lavagem das mãos, o uso dos EPI e limpeza dos materiais utilizados, durante o processo de cuidar com álcool a 70%, entre o atendimento de um usuário e outro (TEIXEIRA et al., 2020).

Estudo transversal realizado pela Rede de Pesquisa em APS Abrasco (2020), com 1.908 profissionais de saúde e 566 gestores - dentre os quais o questionário foi respondido principalmente por enfermeiros, médicos e cirurgiões dentistas vinculados à ESF -, apontou que a realidade dos serviços de saúde da APS é bastante antagônica as recomendações das autoridades sanitárias, pois a disponibilidade de insumos é um problema crônico vivenciado. Evidenciou-se que apenas 24,1% dos profissionais tem disponibilidade permanente de todos os EPI na UBS (luva cirúrgica; máscara cirúrgica, N95 ou PFF2; óculos ou anteparo facial e avental impermeável), enquanto 25,4% apontaram a indisponibilidade permanente, explicitando a magnitude de sua carência em tempos de pandemia. Ressalta-se que as regiões Norte e Nordeste possuem a pior situação de carência quando comparadas as demais.

Os discursos produzidos também concorreram para evidenciar um cenário em que os profissionais das eSF tiveram atitudes adequadas e seguras em relação ao enfrentamento da COVID-19, com intuito de garantir a manutenção da saúde dos usuários do território, bem como reduzir ou eliminar a cadeia de transmissão do novo coronavírus, garantindo dessa forma, o atributo do acesso de primeiro contato, que traz a ideia do usuário não se restringir a entrada no serviço de saúde, e assim assegurar a continuidade das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, potente para o enfrentamento da pandemia.

*É... a gente botou a barreira, **botou a fita pra impedir** que os pacientes, a distancia né?, **o contato com a gente, as cadeiras ficam afastadas** também, essas, esses cuidados básicos (E2).*

A gente disponibilizava o álcool, o uso de máscara era obrigatório em todo canto, ninguém entrava sem é, o tapetinho pra limar os pés (D3).

A garantia da acessibilidade do usuário ao serviço é um dos atributos da APS que fortalece este nível de atenção, uma vez que assegura ao usuário obter cuidados de saúde sempre que necessitar e de maneira fácil e conveniente. Diante disso, os profissionais das eSF investigadas possibilitaram aos usuários acessar o serviço de forma presencial ao passo que implementaram estratégias seguras que reduzem o risco de disseminação da COVID-19, como a manutenção do distanciamento social a partir da reorganização da disposição das cadeiras, o uso obrigatório de máscara no serviço e a disponibilidade de álcool para antissepsia das mãos e do tapete sanitizante (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A continuidade do trabalho das eSF é essencial, tanto no que concerne ao enfrentamento da COVID-19 quanto para a manutenção de ações preventivas, de acompanhamento de usuários crônicos e grupos prioritários adscritos no território, bem como para atendimento a pequenas urgências e às agudizações, uma vez que a suspensão dessas atividades durante um longo prazo pode resultar em aumento da taxa de morbimortalidade por outras causas, ampliando os efeitos da pandemia. Por isso, as estratégias estabelecidas no ambiente de trabalho dos profissionais da ESF foram primordiais para garantia do acesso dos usuários a UBS (DAUMAS et al 2020).

Estudo tipo relato de experiência, realizado no cenário da ESF, apontou que uma das estratégias incorporadas na UBS foi à sinalização no piso e em cadeiras para assegurar o distanciamento social mínimo entre as pessoas que esperavam atendimento no local, objetivando atender a normativa imposta pelo município, corroborando com os achados do estudo em tela (SILVA et al., 2020).

Observou-se também que os profissionais das eSF utilizaram a tecnologia leve⁶ e a educação em saúde como estratégia local para enfrentar o momento pandêmico vivenciado no dia a dia dos serviços de saúde, as quais são essências para o processo de sensibilização dos usuários quanto às ações que são planejadas, constituindo-se como elementos primordiais em tempos de crise sanitária, uma vez que contribuem para o acolhimento dos usuários, fortalecimento

⁶ As tecnologias leves consistem nas relações de interação e subjetividade, as quais possibilitam produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização, sendo estas produzidas no trabalho vivo em ato (MERHY, 2002).

dos vínculos e para o processo de corresponsabilização da saúde dos usuários do território de abrangência.

*Sempre havia uma fala, **todo dia a gente fazia uma fala com os usuários é, um momento, explicava como tava sendo o acesso, o, o, o fluxo na unidade**, como era que tava sendo pra que eles soubessem direitinho, cada um do seu lado, a, a... um momento de entrada, sempre era explicado isso. (D3).*

*A gente tá procurando é, fazer o possível pra atender, atender eles melhor [...] **procurando também ao chegar na unidade dá aquela, aquela palestra pra que as pessoas não se confundam mais né?** e dando, promovendo a confiança também nas pessoas e a forma de prevenção (E7).*

A educação em saúde é uma ferramenta essencial em qualquer situação que produza cuidado e em tempos de pandemia mostrou mais uma sua potencialidade, pois, mesmo que a recomendação seja o distanciamento e isolamento social como medida preventiva a COVID-19, os usuários vão continuar a buscar os serviços de saúde, pois as suas necessidades de saúde permanecerá a afetá-los e a produção do cuidado em tempos de pandemia a partir da educação em saúde e das tecnologias leves é fundamental (CECCON; SCHNEIDER, 2020).

O trabalho em saúde é fortemente influenciado pelas relações entre os sujeitos, por isso, as tecnologias leves são consideradas como orientadoras das práticas em saúde, uma vez que são produzidas no trabalho vivo em ato e condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização (MERHY, 2002).

As práticas educativas em saúde facilitam a atuação das eSF junto a comunidade e fortalecem o processo de construção de vínculo entre profissional-usuário. A partir da oferta de espaços para diálogo com usuário é possibilitado ao profissional aprimorar estratégias, desenvolver a criatividade e estimular a participação popular (SILVA et al., 2020).

Nessa perspectiva, observa-se que a educação em saúde apresentada nos discursos dos profissionais das equipes investigadas apoia-se no diálogo como ferramenta imprescindível no enfrentamento da pandemia, contribuindo assim, para construção dos sentidos necessários a adesão dos usuários as medidas preventivas

contra a COVID-19 e para o conhecimento sobre as formas de acesso e fluxos de atendimentos que foram reorganizados.

É notório que o cenário complexo provocado pela pandemia ocasionou mudanças nas formas de trabalho dos profissionais de saúde da ESF. Evidencia-se que esses trabalhadores passaram a utilizar com frequência o teleatendimento para o desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde dos usuários. Consequentemente, os usuários de diferentes perfis, também tiveram que se adaptar a essa modalidade de atendimento remoto e monitoramento da saúde. Nessa perspectiva, a pandemia apontou o atendimento de saúde à distância como uma ferramenta potente para os profissionais gerenciarem a saúde dos usuários, bem como à importância da atuação do ACS no território, o que contribuiu para assegurar o atributo da longitudinalidade e auxiliou na redução de idas dos usuários às UBS.

*Uma outra coisa que mudou brutalmente foi essa coisa do teleatendimento né?. A gente abriu nossos telefones, eu e o residente com quem eu trabalho, e a gente liga pros, pros pacientes, **a gente tem feito orientações das mais específicas possíveis por telefone, né?. Desde exame físico mesmo, porque a gente não tem como expor pacientes nas unidades, é, e eu acho que isso foi o que mais mudou** (M1).*

*[...] **eu cheguei há ter umas semanas e alguns dias, que era por telefone, os pacientes ligavam [...] e diziam: Olha, tô precisando do remédio, mas não tenho coragem de ir, eu tenho medo, e a gente arranjava um jeito de ir deixar lá a receita com ele [...]** Os que a própria unidade de saúde distribui, a gente que ia deixar o remédio na casa da pessoa, pra evitar que ela saia pra ir pra farmácia [...] e sempre ensinando a questão da segurança, do uso da máscara, limpeza delas, tempo de troca entre as máscaras e etc (M3)*

*A gente tem, tem se dedicado bem intensamente a organização da unidade, retomada dos atendimentos, das demandas gerais [...] se desdobrando em vários trabalhos [...] **houve teleatendimento, houve o atendimento específico de cada equipe ou, ou com ajuda dos ACS ou por teleatendimento, telefone da unidade, telefone que os próprios profissionais adquiriram pra fazer essa consulta. Então, acho que não houve desassistência não...**(M6).*

O atendimento de saúde a distância, a partir das tecnologias de informação e comunicação (TIC's), tem sido priorizado nos serviços de saúde, uma vez que contribui para diminuir a velocidade de transmissão do vírus e preservar a capacidade de funcionamento dos sistemas de saúde. Contudo, deve-se ter cuidado para que essa modalidade de atendimento não venha a aprofundar o risco de exclusão e as desigualdades sociais, por isso, é primordial estender o acesso à telefonia celular e Internet de forma rápida para profissionais e usuários (MEDINA et al., 2020)

O Ministério da Saúde, por meio da portaria n.467 de 2020, regulamentou o uso de telemedicina em caráter excepcional e temporário diante do contexto de pandemia, sendo possível a realização de consultas, monitoramento e diagnóstico nos serviços do SUS, o que contribuiu para que o teleatendimento passasse a constar oficialmente no protocolo nacional de manejo clínico da COVID-19 no âmbito da APS, reforçando o seu papel de como centro de comunicação da RAS (BRASIL, 2020b).

Ressalta-se que o Conselho Federal de Enfermagem autorizou e normatizou o teleatendimento de enfermagem como forma de enfrentamento à pandemia mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações, com uso de meios tecnológicos, a partir da resolução nº 634/2020; E o Conselho Federal de Odontologia permitiu, no âmbito do SUS a realização da Odontologia à distância, mediada por tecnologia, utilizando o sistema de mediação já implantando em cada localidade, enquanto durar o estado de calamidade pública decretado pelo Governo Federal. (COFEN, 2020; CFO, 2020).

A partir do teleatendimento, os profissionais das eSF podem orientar os usuários a reconhecerem os sinais de alerta da COVID-19 e quanto a importância do isolamento social; monitorar a evolução clínica de casos leves e o estado de saúde dos contactantes; e identificar casos graves da doença que necessitam de assistência em nível hospitalar. Ressalta-se que o teleatendimento deve ser realizado com base em protocolos, sendo essencial que os profissionais de saúde utilizem mensagens claras e objetivas e deem preferência as chamadas de vídeo, pois facilita o monitoramento (MEDINA et al, 2020; DAUMAS et al., 2020).

A utilização do aplicativo *WhatsApp* tem se mostrado como uma ferramenta bem acolhida pela comunidade na prática dos atendimentos de saúde a distância, por meio dele o profissional pode trocar mensagens instantâneas de texto ou de voz com o usuário; compartilhar documentos, fotos e vídeos, além de formar grupos de conversa, o que permite tanto uma discussão em tempo real entre seus membros quanto uma participação mais tardia (CASTRO et al., 2020).

Estudo realizado no cenário da ESF apontou o telemonitoramento como estratégia de atenção à saúde dos usuários sintomáticos respiratórios após avaliação na UBS. Essa prática de cuidado era realizada por qualquer profissional de saúde de nível superior, com o intuito de fortalecer o acolhimento, atitude que permeia toda atividade assistencial; ampliar o acesso aos serviços de saúde, mesmo diante de uma distância geográfica; e garantir o isolamento social do usuário por pelos menos 14 dias (SILVA et al., 2020a).

Cabe salientar que o teleatendimento consiste em qualquer tipo de atendimento realizado por áudio e/ou vídeo entre o profissional de saúde e o usuário; enquanto o telemonitoramento é a ação de acompanhamento à distância dos parâmetros de saúde do usuário, por meio de aparelhos tecnológicos, que pode ser realizada por toda equipe da APS, respeitando as competências de cada profissional (SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Através do telemonitoramento é possibilitado o acompanhamento dos usuários com doenças crônicas ou outros problemas de saúde, o que contribui para prevenção de agravos à saúde. É recomendado estender o prazo de renovação das receitas e que a entrega dos medicamentos seja realizada pelos ACS, sempre que possível e adotando-se os cuidados necessários, para evitar as idas dos usuários a UBS. Ressalta-se que o ACS é uma profissional importante no enfrentamento da pandemia por ser o elo de comunicação entre a equipe e os usuários que não possuem acesso à internet e telefone (MEDINA et al., 2020; DAUMAS et al., 2020).

Outro ponto que o cenário atual expôs em relação à atuação das eSF no enfrentamento da pandemia, foi a importância do apoio das residências multiprofissionais em saúde e médica no cotidiano dos serviços de saúde, as quais

contribuíram com a elaboração de estratégias para melhorar o processo de trabalho das eSF e implementaram ações de promoção e prevenção de agravos a saúde física e mental dos profissionais da ESF, cuidado esse que, conseqüentemente, culmina com a melhoria da qualidade da assistência ofertada aos usuários.

A gerência e o distrito realmente não sabem o que fazer. Acaba que a gente que é da residência, e por ter esse vínculo com a residência, tem mais noção dos processos que precisam ser implementados [...] No início, e aí pela residência também, rolou a criação de um grupo de apoio psicológico, de apoio à saúde mental [...] Isso foi iniciativa dos profissionais de saúde vinculados à residência médica e multiprofissional. Se não fosse isso, se não fosse à universidade e as residências, não existiria a menor iniciativa de cuidado pra gente (M1).

A demanda era muito grande dos sintomáticos [...] mas por outro lado, foi bom que nós tivemos a, o, a chegada de médicos residente na unidade, que assim, são muito comprometidos com o trabalho e nós ajudou a dar um dire, um dire, um direcionamento muito legal, sabe?, a questão de, de fluxograma, criamos um fluxograma de como ia ser os serviço e foi tudo muito tranquilo (E5).

A gente, que é da residência, não teve muito problema com material porque quando faltava da secretaria de saúde, vinha das instituições de ensino, né?, que, que tem as residências [...] Então, acho que, que foi bem tranquilo assim, em relação a isso (M6).

A organização dos serviços na ESF orienta as práticas profissionais sob a lógica da promoção da saúde e prevenção de doenças, sendo primordial que o processo de trabalho dos profissionais de saúde seja executado com base em ações pautadas na interprofissionalidade e nas praticas colaborativas, uma vez que objetiva-se um cuidado integral aos usuários do território de abrangência a partir das reais necessidades de saúde da população (SILVA et al., 2020a).

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) e Médica constituem-se como uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu destinada às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço. É desenvolvida em parceria entre gestores e instituições formadoras em saúde e sob orientação de profissionais de elevada

qualificação ética e profissional, com carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos (BRASIL, 1981; BRASIL, 2009d).

As ações interprofissionais na ESF têm sido fortalecidas com o advento das RMS e Médica, pois os trabalhadores de saúde tem a possibilidade de trabalhar em equipe com uma diversidade de núcleos profissionais em que se preza o trabalho colaborativo para resolutividade dos casos e a reflexão crítica do processo de trabalho a partir da realidade concreta dos serviços. Além disso, tem contribuído no fortalecimento do planejamento e execução de ações estratégicas para enfrentamento da COVID-19 e resolutividade dos problemas que atingem as dimensões biopsicossociais e espirituais de cada ser humano, seja ele usuário ou profissional do serviço, sendo de extrema importância que alguns produtos gerados durante esse processo permaneçam sendo ofertados de modo efetivo (SILVA et al., 2020a).

5.1.2 Autogestão no cuidado à saúde

Diante da pandemia causada pela COVID-19, da necessidade de atuarem em virtude de serem profissionais de saúde e da fragilidade de apoio da gestão municipal, os participantes da pesquisa também elaboraram estratégias individuais de sobrevivência para minimizar os impactos que o momento impõe em suas dimensões física, psicológica e espiritual.

Nessa perspectiva, os discursos dos trabalhadores das eSF apontaram a fé como um dos mecanismos de enfrentamento perante a pandemia, em que crer em Deus ajuda a lidar com os momentos de crise ao passo que fortalece a dimensão espiritual, evidenciando-se que a espiritualidade auxilia os profissionais a darem significado as experiências de sofrimento.

*Você tem que dar um força sabe?. To dizendo assim, orações, que **a gente deve fazer orações também, que a gente que é cristão né?** [silêncio]. Aliás, eu, às vezes, tenho pedido a Deus que isso vai passar, **tem que usar isso também** (M2).*

É, eu uso o protetor facial, a máscara, a touca né?, direto. É, sempre estou higienizando as minhas mãos com álcool a 70%;

*quando olho o celular, com água e sabão, higienizo minha mesa com álcool a 70% e, **pedir a Deus pra nu, né?, acabar pegando** (E1).*

Tempos de pandemia significa tempos de crise, em que os sentimentos de dor e sofrimento estão presentes, pois o momento é permeado por contextos de insegurança, angústia, medo, e perdas de entes queridos, mas também é um momento de transformação, em que a resiliência se torna um forte aliado e está relacionada aos índices de vulnerabilidade e saúde mental por meio de crenças e valores espirituais (SILVA; SANTOS; OLIVEIRA, 2020).

A espiritualidade, por estar relacionada ao sagrado, é considerada uma estratégia que aumenta a fé, dimensiona e redimensiona o sentido da vida, possibilitando assim, melhor controle interno frente às experiências de dor e sofrimento. O relacionamento com Deus pode acontecer de diferentes formas e a oração, como citada por um dos profissionais da ESF, é uma delas. Além disso, a espiritualidade estimula a esperança no enfrentamento da doença e serve como um processo de constante aprendizado e superação, favorecendo o desenvolvimento psíquico sadio (TAVARES, 2020; QUEIROZ, et al. 2021).

Durante o processo de cuidar, a espiritualidade do usuário deve ser levada em consideração nas ações de promoção da saúde, pois se constitui como uma das dimensões fundamentais do ser humano e como fator de proteção pode aumentar a resistência contra estressores da vida, sendo um componente indispensável para a humanização do cuidado, uma vez que valoriza a alteridade, a liberdade de expressão e a solidariedade mútua. Diante disso, espiritualidade e saúde vêm ganhando espaço nos cenários de saúde, pois não podem ser desassociadas (TAVARES, 2013; SILVA; SANTOS; OLIVEIRA, 2020).

De acordo com Tavares (2020), em tempos de pandemia, o profissional de saúde ao desenvolver sua espiritualidade em prol da comunidade, poderá contribuir para reduzir as angústias e pânico dos usuários inerentes ao momento vivenciado que, por vezes, influenciam na compreensão e adesão aos cuidados recomendados, pois a espiritualidade tende a aumentar no profissional à valorização, atenção e cuidado centrado na pessoa, a partir de relações de solidariedade, cooperação e

empatia. Por isso, ela deve ser trabalhada em cenários assistenciais e comunitários visando à promoção do bem-estar da pessoa e dos familiares por se mostrar como um dos recursos dos profissionais de saúde e da comunidade para compreender os sofrimentos e fortalecer a humanidade para os desafios.

No que tange a prevenção e o controle da saúde durante a pandemia, os profissionais da eSF investigadas relataram práticas de autocuidado físico e mental, tanto no ambiente laboral quanto no domiciliar, com intuito de melhorar a qualidade de vida e diminuir o risco de adoecimento e, conseqüentemente, o afastamento do trabalho em massa. Entretanto, mais que isso, os relatos revelam que houve escassez de ações de promoção, prevenção e vigilância a saúde dos trabalhadores das eSF frente ao complexo contexto sanitário, pois não foi identificado nos discursos nenhum tipo de ação em relação à ST por parte dos órgãos competentes, porém, evidenciou-se a necessidade de cuidados em ST de forma permanente.

*É...acaba que as iniciativas de cuidado que eu tenho tido são bem individuais [...] **Praticar atividade física dentro de casa, manter o ambiente do meu lar amoroso e cuidadoso, manter o contato com as pessoas que eu gosto, mesmo que remotamente, porque do ponto de vista do trabalho... eu não recebi nenhum tipo de cuidado da prefeitura [...]** a sensação que tá é que a gente tá jogado na cova dos leões sabe? [...] e eu acho que isso tem tudo haver com a **prevenção de doença né? relacionada ao trabalho nesse momento.** [...] (M1).*

*Eu adotei medida de monitoramento mais frequente, então, **eu monitoro meus sinais vitais todo dia, três vezes ao dia,** pra garantir que em nenhum momento eu tô indo pra unidade doente, levando alguma coisa. Ahh, tô **seguindo todas as recomendações, em termos de equipamentos de segurança, higienização entre pacientes,** etc (M3).*

***Manter o autocuidado da saúde física e mental e manter o autocuidado na prevenção né?, [...]** pra não se contaminar, não levar contaminação pra casa né? [...] Eu tenho hipertensão e diabetes, aí, eu tento mantê-las sempre compensadas, é, **tenho uma alimentação mais saudável possível [...]** Eu tenho cuidado em mim, né? também. Eu não vou é, é, tocar fogo em mim, pra aquecer os outros [...] É, é, são estratégias de sobrevivência, entende? [...] **cuidados que a gente deve ter rotineiramente, antes de pandemia e dentro da pandemia** (E4).*

Os cuidados individuais a saúde física e mental, seja no ambiente de trabalho ou familiar, são indispensáveis em momentos de crise. Nessa perspectiva, observa-se que a autoproteção dos trabalhadores de saúde, por meio das práticas de exercícios físicos, alimentação saudável, monitoramento dos sinais vitais e adesão às medidas de biossegurança, foram às estratégias elencadas a nível individual para o controle e manutenção da saúde.

A alimentação e a prática de exercícios físicos são fatores determinantes no estado de saúde dos profissionais da linha de frente que podem propiciar uma melhor qualidade de vida e promoção da saúde em meio à pandemia. A alimentação saudável quando associada à prática de exercício físico leve a moderado, contribui para melhorar a resposta imunológica e reduzir as complicações decorrentes da COVID-19. Entretanto, é oportuno salientar a importância do cuidado em relação à higienização dos alimentos e da adesão aos protocolos de biossegurança determinados pelas autoridades sanitárias quando for praticar exercícios em ambientes públicos e abertos (LIMA JUNIOR, 2020).

No que tange a proteção à saúde dos trabalhadores é recomendado realizar o monitoramento dos sinais e sintomas visando um diagnóstico precoce, pois caso seja necessário, o trabalhador irá se afastar e assim, diminuirá o risco de disseminação do vírus no ambiente de trabalho. Além disso, deve seguir outras medidas preventivas como a higienização das mãos, desinfecção das acomodações onde trabalha e utilização dos EPI de acordo com os protocolos sanitários (SOUZA, 2020).

Com o advento da pandemia, visando também à promoção da saúde mental e a atenção psicossocial aos trabalhadores de saúde da linha frente, planos de contingência foram adotados por vários municípios. Dentre as ações desenvolvidas podem-se citar a escuta qualificada aos profissionais por meio de serviços de suporte psicológicos, presenciais ou remotamente, para uma primeira escuta das necessidades de atenção psicológicas; o acolhimento e atendimento as crises, com intervenção psicossocial rápida; e as ações de caráter preventivo visando reduzir os danos psicossociais em médio prazo (TEIXIERA et al., 2020).

No Brasil, os serviços de atendimento psicológico por meio das tecnologias de informação e comunicação, foram autorizados a partir da resolução n.04 de 2020 do Conselho Federal de Psicologia, em virtude da alta demanda de trabalhadores da linha de frente, além da população em geral, estarem necessitando desse cuidado. Entretanto, há escassez de trabalhadores capacitados para acolher essa demanda, por isso é essencial que esses serviços sejam fortalecidos para que os profissionais de saúde enfrentem a pandemia sem agravos a saúde mental (SCHMIDT et al., 2020).

A necessidade de oferta de apoio psicológico para todos os trabalhadores da ESF foi apontada como estratégia premente para manutenção da saúde, pois a atual situação de crise sanitária abalou a dimensão emocional, despertando nos profissionais o choro, sentimentos de preocupação com a saúde dos familiares e o medo da solidão diante da possibilidade de ser infectado pela COVID-19 e ter que ficar em isolamento social no ambiente domiciliar.

*Criatura, eu acho que um **apoio psicológico** [...] porque independente de ser trabalhador ou não, tá todo mundo muito mal com isso tudo que tá acontecendo né? [...] Eu acho isso [...] eu preciso de um psicólogo, de uma pessoa, tá entendendo? [...] eu tô precisando me cuidar, eu tô precisando me cuidar (E6).*

*[...] uma coisa que eu acho muito importante em relação ao trabalhador, é que tivesse um **cuidado na saúde emocional** dele porque é, **a gente pensa muito só no, no contexto doença, é, vírus e num sei o que e esquece que a saúde emocional, o equilíbrio emocional é o, é tão mais importante né?**, sobretudo, na vida da gente (M5).*

Eu psicologicamente tô muito abalada** [...] a gente tem família, a gente se preocupa em trazer isso pra dentro de casa né?. Então assim, **é o fator psicológico** [...] tava tendo reações que eu não conhecia em mim, tinha que parar, sentar, ainda tô, mas tô bem tranquila...de sentar, **chorar sem nada, com medo, pensando, meu Deus do céu, se eu adoecer vou ter que ficar dentro do quarto, aí me preocupa a solidão, né? E tudo isso me faz sofrer, sabe? (E2)

Em tempos de pandemia, vários fatores podem influenciar o funcionamento psíquico dos profissionais de saúde da ESF, a sobrecarga de trabalho e o temor de que algo de ruim possa acontecer em virtude da incerteza sobre os acontecimentos decorrentes da COVID-19 são alguns que podem deixar esse trabalhador vulnerabilizado (HELIOTERIO et al., 2020).

Entretanto, estudos têm apontados que nem sempre as condições de trabalho têm sido levadas em consideração no processo de investigação como desencadeador das situações que provocam adoecimento do trabalhador, sendo desconsideradas, principalmente, quando relacionadas aos sofrimentos psíquicos (MELO; CAVALCANTE; FAÇANHA, 2019; SOUZA; BERNARDO, 2019; PINTOR; GARBIN, 2019).

É oportuno salientar que o cuidado a saúde mental dos profissionais da ESF deve ser ofertado de forma continuada, pois esses profissionais vivenciam rotineiramente situações de ansiedade e estresse que foram agravadas com o advento da pandemia, o que reforça ainda mais a necessidade de cuidados a esses profissionais para que a rede de resiliência no enfrentamento dessa pandemia seja fortalecida (SILVA; SANTOS; OLIVEIRA, 2020).

Diante desse contexto, a implementação de ações que garantam a segurança dos profissionais da ESF no ambiente de trabalho durante o enfrentamento da pandemia associadas a mecanismos de promoção e proteção a saúde mental, como apoio psicológico, valorização profissional, melhoria nas condições de trabalho e incremento de ações de apoio social no trabalho desses profissionais, são medidas urgentes para que sentimentos de medo, angústia e preocupação sejam superados, pois uma vez que isso não aconteça corre o risco desses trabalhadores desenvolverem um colapso emocional (SILVA; SANTOS; OLIVEIRA, 2020).

5.2 (DES)ATENÇÃO À SAÚDE DOS PROFISSIONAIS DA ESF DIANTE DA PANDEMIA DE COVID-19.

Os trabalhadores de saúde estão diariamente expostos ao risco de se infectarem pela COVID-19 por prestarem cuidados aos usuários que necessitam

acessar os serviços de saúde de forma presencial. Nessa perspectiva, a garantia de proteção à saúde desses profissionais por meio de condições de trabalho seguras é de suma importância para evitar a continuidade do ciclo de transmissão do coronavírus no ambiente de trabalho, pois, uma vez que adoecidos seus familiares também correm risco de contraírem a doença (TEIXEIRA et al., 2020).

Entretanto, na realidade investigada, os discursos dos profissionais da ESF apontaram falhas nas medidas de controle e proteção à saúde dos(as) trabalhadores(as) da ESF, o que culminou na disseminação do vírus no ambiente de trabalho, afastamento do trabalhador e retorno precoce as atividades, deixando lacunas para ocorrência de agravos à saúde dos demais trabalhadores, o que denota debilidade de ações e intervenções no âmbito da vigilância a saúde dos trabalhadores da ESF.

A enfermeira [...] desenvolveu todos os sintomas, mas acredite você, ela continuou indo trabalhar, que deveria ter sido, ela deveria ter se afastado, caso ela não fosse afastada, o gerente deveria ter chegado pra ela e ter dito, fulana você tem que se afastar, pois o gerente não fez absolutamente nada. É, acabou ele pegando também, aí ele também se afastou. Então...eu sei que de todo mundo da unidade, só escaparam quatro agentes de saúde, não desenvolveram, ou podem ter pego e não desenvolveram os sintomas [...] Eu sei que, quanto ao combate a pandemia lá na nossa região, foi um desastre. É, foi, o nível de desleixo absurdo né?. (D1)

- O que tiver de pior aí, você pode marcar um x. Num, num tem, o que e que tão fazendo com o trabalhador nesse período de pandemia?. Qual o respeito que se tá tendo ao trabalhador nesse período de pandemia?. Tá se voltando a trabalhar de todo jeito [...] Então, eu, eu, eu acho um desrespeito total, num tem, eu num tenho nada de bom a dizer. Eu, sinceramente, não tenho (E6).

Agora, a gente é o contrário, eles querem que botem antes de [riso], de terminar a quarentena. A gente é o contrário, Tem gente que o...adoeceu. Não, mas não tá sentindo nada, tem que voltar e, assim, tem gente que não tá nem se sentindo tão bem, tão forte pra voltar. No caso da gente, profissional de saúde da atenção básica (E2).

Para desaceleração dos casos de COVID-19 em profissionais da ESF e garantia de retorno às atividades em tempo adequado é fundamental que as ações de VISAT sejam intensificadas nesses ambientes laborais, pois o trabalho é um determinante do processo saúde-doença e o contexto pandêmico atual aumenta o risco de adoecimento dos trabalhadores das eSF, um vez que, cotidianamente, estão expostos ao vírus por atuarem na linha de frente contra a COVID-19.

A VISAT compreende um conjunto de práticas sanitárias que levam em consideração as relações da saúde com os ambientes e processos de trabalho, articulando-se com as ações de assistência. A partir da VISAT é possível identificar os problemas de saúde e agravos que estão incidindo sobre a saúde do trabalhador e a partir daí planejar estratégias para intervenção (BRASIL, 2012).

Uma dimensão que deve ser considerada é o afastamento de profissionais que se incluem nos grupos de risco, idosos ou com comorbidades prévias. Essa proteção é primordial para manutenção da saúde desses trabalhadores, em virtude do alto risco de exposição no ambiente de trabalho, os quais podem ser remanejados para realização de outras atividades com menor risco de infecção pela COVID-19 (HELIOTERIO, et al., 2020).

A ausência de medidas protetivas efetivas para evitar a propagação da Covid-19 nos ambientes de trabalho vai a desencontro ao que propõe também pelas diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS (2011) em relação às melhorias das condições de saúde do trabalhador do SUS por meio do enfrentamento dos aspectos gerais e específicos dos ambientes e organização do trabalho, que possam propiciar a ocorrência de agravos à saúde, uma vez que houve fragilidade no enfrentamento racional dos fatores de risco no ambiente de trabalho e, conseqüentemente, infecção por COVID-19 em outro profissional no mesmo ambiente.

No Pará foi disponibilizado um monitoramento clínico exclusivo para os profissionais de saúde em que esse trabalhador tinha acesso a cuidados médicos, odontológicos e de enfermagem, em que o acompanhamento se dá por teleatendimento a cada 24 horas e, quando necessário, de forma presencial para

realização de avaliação clínica mais detalhada com intuito de identificar sinais de agravamento precocemente (VALE et al., 2020).

É preciso ser assegurado aos profissionais que contraíram a doença, o período de repouso suficiente para se recuperarem do desgaste físico e psíquico causado pela COVID-19, sendo indispensável assegurar as medidas de prevenção para evitar a disseminação do vírus nos locais de trabalho, como a ampliação da disponibilidade de testes rápidos para que este seja realizado de forma regular pelos profissionais da ESF com intuito de se diagnosticar precocemente o vírus, bem como é primordial que as ações de vigilância à saúde sejam executadas de maneira continuada (HELIOTERIO et al., 2020).

Entretanto, os discursos dos profissionais apontaram certa fragilidade na oferta dos testes rápidos como medida de controle da saúde dos trabalhadores da ESF, alegando que não há uma rotina pré-estabelecida para esse acompanhamento que é extremamente necessário, uma vez que contribui para redução da propagação do vírus entre os trabalhadores do serviço e, conseqüentemente, entre usuários que acessam as UBS e que foi assegurado pelos órgãos que regulamentam a profissão.

*A parte superior, eles não se preocupam com a saúde [...] eles querem só que você faça e pronto, sabe?. **Eles não disponibilizam uma rotina de, por exemplo, ah, todo profissional de saúde da unidade, vai fazer o teste de coronavírus a cada 15 dias.** Não, sabe?, é só se você tiver sintoma e olhe lá. Então, nunca, nunca ouve isso sabe?. [...] mesmo que uma pessoa se afaste por tá com esse diagnóstico, as outras deveriam, todo mundo ter esse controle, fazer o teste. [...] Então, num tá tendo muito esse cuidado não (E3).*

*A gente ganhou pelo COREN / COFEN o direito de tá sendo testado, todos profissionais de enfermagem. Só que a gestão de João Pessoa não está realizando os testes nos profissionais. Então, **muitos de nós estão apresentando sintomas, né?, que podem ser o coronavírus ou não, só uma síndrome gripal, e a gente não está sendo testado, por mais que a gente peça (E1).***

A testagem se constitui como uma das estratégias de contenção da infecção pelo novo coronavírus, sendo recomendada sua realização em todos os

profissionais da ESF, independentemente da presença de sintomas, pois essa prática diagnóstica permite celeridade na recomposição da força de trabalho, uma vez que trabalhadores com sintomas respiratórios que são testados e tem resultado negativo retornam mais rapidamente ao trabalho e aqueles com teste positivo são afastados, reduzindo a disseminação do vírus entre os outros trabalhadores (HELIOTERIO et al., 2020).

Estudo apontou que os profissionais de saúde e os seus contatos domiciliares que apresentam sintomas passam pela testagem duas vezes, a primeira ocorre após o oitavo dia de sintoma e a segunda com mais três dias sem sintomas, sendo permitido, em alguns casos, testar os profissionais mesmo sem a sintomatologia completa da síndrome gripal (VALE et al., 2020).

No município de Belo Horizonte, também foi ofertado aos profissionais de saúde um serviço exclusivo, para atendimento dos suspeitos de COVID-19, no CEREST, onde o serviço é responsável pelo acolhimento, notificação e realização da coleta para teste RT-PCR (reação em cadeia da polimerase em tempo real) de todos os trabalhadores que atuam na assistência e apresentem sintomas, sendo este o teste padrão ouro para o diagnóstico da COVID-19, o qual se baseia na detecção de sequências únicas de RNA viral, com confirmação por sequenciamento de ácidos nucleicos, quando necessário, devendo ser realizado, preferencialmente, entre o terceiro e sétimo dia da doença (GUIMARÃES et al., 2020; BRASIL, 2020a).

Entretanto, é oportuno salientar que alguns territórios da ESF apresentam alguns desafios no que concerne a disponibilidade e celeridade dos resultados dos testes, esbarrando, por vezes, nas limitações operacionais referentes à lentidão no processamento das análises, o que dificulta a avaliação da evolução da infecção pela COVID-19 (HELIOTÉRIO et al., 2020).

Os discursos produzidos também concorreram para evidenciar a fragilidade de vínculo e atuação do CEREST como facilitador e apoiador no processo de trabalho das eSF em tempos de pandemia, o que explicita a existência de lacunas na efetivação das ações propostas pela PNSTT, a qual prevê o CEREST como polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de

base epidemiológica. Nesse contexto, se é parca a atuação do CEREST nas eSF investigadas, é provável que não exista articulação de ações intrasetoriais de ST.

*[...] em nenhum momento, eu, eu vi assim, ah foi o CEREST que falou que os trabalhadores deveriam agir de tal forma. O que eu cheguei a ler foi as indicações da ANAMT [Associação Nacional de Medicina do Trabalho] sobre o afastamento de alguns grupos de trabalhadores né? os serviços essenciais acabaram falando de um jeito, os não essenciais de outro jeito, mas, **com relação ao serviço secundário da saúde do trabalhador, não ouvi nada** (M4).*

*Tem o CEREST que a gente não sabe assim [...] acho ele é, muito fechado, tá entendendo?. Então, como o local que fica a parte de saúde do trabalhador, a gente não sabe muito, às vezes, quais são as vantagens que eles oferecem. Então, **falta assim, uma palestra ou se não a equipe que trabalha no CEREST vir a unidade de saúde pra ofertar, saber o que é que o CEREST oferta de serviço, pra a gente até ter mais informação de como encaminhar aquele trabalhador**. Então, eu, eu acho que esse órgão, eu acho que tem uma certa barreira, e as coisas mudam, os protocolos mudam e a gente vai ficando um pouco de fora [riso] (E7).*

De acordo com a PNSTT (2012) cabe ao CEREST dar apoio matricial para desenvolvimento das ações de ST na APS, bem como promover ações para melhorar as condições de trabalho e a qualidade de vida do trabalhador por meio da prevenção e vigilância. Em tempos de pandemia, esse serviço secundário tem papel fundamental na garantia da proteção à saúde dos trabalhadores, devendo atuar efetivamente nos ambientes de trabalho para prevenir o adoecimento pela COVID-19, bem como dar suporte técnico-pedagógico aos profissionais da linha de frente da ESF.

O boletim n.4 do CEREST Diadema (2020) aponta a experiência desse serviço no enfrentamento da pandemia, o qual desenvolveu ações intrasetoriais, junto à coordenação de Saúde Mental e APS, para preparar e apoiar os trabalhadores da rede de saúde para o enfrentamento da pandemia. Dentre as ações destacam-se os esclarecimentos e orientações sobre os EPI, à construção de estratégias de suporte psicossocial e saúde mental, a partir do apoio e escuta

qualificada; a orientação quanto à importância da notificação compulsória para fins epidemiológicos e o acompanhamento das equipes nos locais de trabalho por meio de rodas de conversa. É oportuno salientar que na literatura pertinente, há escassez de estudos que apontam as experiências do CEREST no enfrentamento da pandemia de COVID-19.

Apesar dos avanços da ST no SUS, ainda é notório a fragilidade na articulação entre a APS e o suporte técnico pedagógico e AM que deve ser ofertado pelo CEREST. No que tange as dificuldades e desafios encontrados pelos profissionais para prestar AM, tem-se apontado como obstáculos à sobrecarga de trabalho; número insuficiente de profissionais; falta de periodicidade dos encontros devido a incompatibilidade de agendas entre os serviços; déficit de conhecimento dos profissionais para atuar em ST e rotatividade destes, interferindo a continuidade e efetividade das ações (SANTOS; LACAZ, 2012; LAZARINO; LACERDA E SILVA; DIAS, 2019).

Ao levar em consideração a importância da atuação do CEREST no cenário da APS é oportuno explicitar que apenas um profissional da ESF enfatizou, como estratégia para melhorar o cuidado em ST, a aproximação do CEREST com as eSF, o que demonstra a fragilidade no vínculo e na articulação desses serviços na APS do município investigado. Além disso, observou-se que o discurso do profissional não explicita a importância da atuação do CEREST diante dos trabalhadores acometidos por COVID-19, que foi considerada atualmente como uma doença relacionada ao trabalho.

[...] aproximar né?, o CEREST da atenção primária, já que nós somos a porta de entrada pra tudo no sistema. Seria muito interessante proporcionar palestra [...] pra gente tomar ciência do que é a saúde do trabalhador, da importância da gente dá direcionamento pros casos que chegam, acometimento da saúde né?, por conta do trabalho que eles desenvolvem (E5).

Ressalta-se que se optou por trazer esse discurso à tona pelo fato do CEREST ser um órgão que colabora para efetivação das ações em ST, uma vez que o AM possibilita a qualificação do processo de cuidar neste campo e essa

metodologia auxiliaria na redução do déficit de conhecimento dos profissionais para atuar em ST, principalmente em tempos de pandemia.

O reconhecimento da COVID-19 como doença relacionada ao trabalho, por meio da portaria n. 2.309 de 2020, é um passo importante diante do contexto de pandemia, no campo da ST, pois o trabalho e suas condições aumentam substantivamente o risco da infecção, principalmente quando as condições de biossegurança ofertadas não estão adequadas. Diante disso, trabalhadores dos serviços essenciais que forem infectados pelo coronavírus, a CAT deverá ser emitida para que os direitos de afastamento acidentários sejam assegurados (BRASIL, 2020c).

Ao passo que se reconhece o trabalho como um determinante da infecção, causando riscos a saúde do trabalhador, principalmente daqueles pertencentes aos grupos vulneráveis, é de suma importância que ações de intervenção sejam planejadas e executadas de acordo com o ambiente e processo de trabalho dos serviços. Nessa perspectiva, as fichas de notificação constituem instrumentos norteadores dessas ações, uma vez que o campo ocupação potencializa a visibilidade dos ambientes e das funções de trabalho que necessitam de intervenções urgentes, o que contribui para nortear as ações de inspeção e vigilância, subsidiar a tomada de decisão para a gestão e segurança no trabalho em saúde, além do seu uso para a pesquisa em saúde. Diante disso, é imperioso que esse dado seja preenchido adequadamente, visando também à diminuição da subnotificação do quantitativo e as ocupações mais afetadas pela COVID-19 (HELIOTERIO et al., 2020).

5.3 USUÁRIOS-TRABALHADORES E AS AÇÕES DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

As ações em ST levam em consideração a relação entre o trabalho e o processo saúde-doença, as quais são organizadas, de acordo com o caderno de Atenção Básica n.41 sobre a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, por meio dos eixos da promoção da saúde, assistência à saúde e VISAT. Diante disso, serão

apresentadas a seguir as ações em ST realizadas pelas eSF investigadas diante do contexto de pandemia.

5.3.1 Promoção à saúde e prevenção de agravos centrados nas orientações sobre os cuidados adequados contra a COVID-19

As ações de promoção à saúde dos usuários-trabalhadores do território de atuação das eSF consistiram na oferta de informações referentes às medidas de prevenção contra a COVID-19, ação indispensável para redução da disseminação da doença. Entretanto, os discursos dos profissionais da ESF revelam a fragilidade de ações que buscam promover o fortalecimento da luta por condições dignas de trabalho dos usuários, extremamente necessárias no atual momento pandêmico, bem como apontam a falta de intervenção sobre os problemas decorrentes dos DSS apontados anteriormente no item 6.1.2, que trata da responsabilidade sanitária dos profissionais sobre a saúde dos usuários, uma vez que as ações foram centradas apenas em orientações relacionadas às medidas de prevenção contra a COVID-19.

[...] o maior cuidado que a gente tava tendo e que realmente tem que continuar e tem que propor é a orientação. A orientação do uso de máscara, de ficar em casa, realmente tem sintoma, todos que tem sintomas, mas que tão convivendo é, tentar o afastamento, o isolamento dentro de casa, se, é, não sair realmente, uso de álcool. Enfim, bem isso (M5).

[...] orientando né?, o uso da máscara, no mínimo né?, o distanciamento social, evitar aglomerados, porque a gente sabe que é transmitido por via área né?, a transmissão do vírus, via área; e a higiene, que é uma coisa que pouca gente tem na verdade né? [...] então, não é fácil não, mas a gente orienta, que as pessoas tenham esses cuidados (M2).

A Ascensão do número de casos e óbitos por COVID-19 desencadeou o surgimento de inúmeras estratégias de promoção da saúde para conter a disseminação do vírus, sendo a orientação quanto à necessidade de distanciamento social e a importância da higienização das mãos e do uso da máscara e do álcool,

algumas delas. Entretanto, essas estratégias vêm se mostrando como um desafio para as comunidades que padecem com a falta de saneamento básico, precariedade de habitação e transporte, prevalência de doenças crônicas e a informalidade do trabalho, o que demonstra que apenas uma parcela da população consegue praticar essas ações de prevenção a COVID-19. Não se pode pensar em estratégias de prevenção e promoção à saúde sem que o Estado assegure os direitos fundamentais dos cidadãos, por isso, a avaliação das vulnerabilidades também deveria ser um dos principais mecanismos de enfrentamento da pandemia, uma vez que o Brasil é marcado pelas desigualdades sociais (BREHMER et al., 2020; AFFONSO et al.).

As vulnerabilidades sociais às quais estão expostos os usuários dos serviços da APS são possíveis de serem trabalhadas pela ESF, uma vez que as eSF possuem profundo conhecimento demográfico, social e epidemiológico do território. Porém, as necessidades agudas ainda persistem como a maior demanda das eSF e se configuram como prioridades nos processos de trabalho dessas equipes que estão cada vez mais fragilizadas pelas novas configurações e investimentos. Sendo assim, é premente a necessidade de melhores condições de trabalho, seja no cenário pandêmico ou nas demandas contínuas e problemas crônicos que afligem o processo de trabalho das eSF, como a fragilidade de ações de promoção à saúde (BREHMER et al., 2020).

As ações de promoção da saúde são de extrema importância na ESF, constituindo-se como uma importante resposta à reestruturação do modelo de atenção à saúde e a operacionalização de ações que priorizam uma abordagem fundamentada nos DSS. Além disso, essas ações prezam pelo empoderamento e fortalecimento da autonomia do usuário, colocando-os como protagonistas do processo de gestão da sua saúde e doença (PRADO; SANTOS, 2018).

Na ESF, o empoderamento do usuário tem sido foco da promoção da saúde e para viabilizá-lo, tem-se como dispositivo principal a educação em saúde. As ações educativas em saúde não devem ser consideradas como momento de transmissão de conhecimento, mas sim, pautadas em metodologias ativas de aprendizagem que estimulem a autonomia dos usuários e os ajudem a promover em si mesmo as

mudanças necessárias para obter uma melhor qualidade de vida, a partir da modificação dos modos de viver e trabalhar (CARNEIRO et al 2012).

Para a promoção da saúde dos usuários-trabalhadores do território, os profissionais das eSF investigadas utilizaram a orientação sobre as medidas de precaução a COVID-19 como dispositivo de enfrentamento a pandemia, com intuito que os usuários tivessem apropriação sobre a temática para cuidar de si. Ressalta-se que, em tempos de crise, as práticas educativas contribuem para reduzir a aglomeração na UBS, o adoecimento e as mortes por COVID-19, além de contribuir nas estratégias de quarentena, distanciamento e o isolamento social.

Para promoção da saúde nos territórios, os profissionais de saúde devem realizar ações de educação e comunicação na comunidade sobre a situação epidemiológica do território e a importância de seguir as recomendações sanitárias de prevenção a COVID-19; potencializar recursos de comunicação coletivas existentes na comunidade; Divulgar orientações sobre o funcionamento da UBS para atores e espaços-chave da comunidade, com atenção especial para eliminar informações falsas; Identificar usuários e famílias vulnerabilizadas; mobilizar lideranças e organizações sociais para ações de suporte social e para inserção em ações governamentais e mapear possibilidades de outros locais ou estratégias de isolamento para usuários de maior risco para a COVID-19 que vivem em domicílios com adensamento de moradores (ENGSTROM et al., 2020).

É notório que o momento pandêmico atual impôs desafios para o desenvolvimento das ações de promoção de saúde devido à recomendação de distanciamento social. Dessa forma, para promover a saúde do usuário-trabalhador, é fundamental levar em consideração a singularidade de cada um, para poder traçar junto a ele os caminhos para superar as dificuldades, pois assim, ele poderá refletir sobre o processo saúde-doença com base em suas experiências cotidianas, sendo imprescindível que os profissionais se articulem com outros serviços para que ações intra e intersetoriais, que possuem potencial para promover o controle e a intervenção sobre os DSS, sejam desenvolvidas (CECCON; SCHNEIDER, 2020).

5.3.2 Assistência à saúde com ênfase no afastamento do trabalho

Concernente às ações de assistência a saúde, os profissionais de saúde apontaram como principal medida de atuação em relação a ST em tempos de pandemia, a ênfase no afastamento dos usuários do trabalho, a partir da disponibilização de atestados médicos e orientações quanto à importância do isolamento social, visando assegurar as medidas sanitárias em relação à pandemia. Além disso, observou-se a preocupação em assegurar os benefícios trabalhistas e previdenciários dos usuários-trabalhadores com vínculos de trabalho efetivos.

*A minha atuação tem sido no **afastamento das pessoas**, nas orientações de isolamento, né? [...] Oahhh... mas o meu patrão quer que eu volte, quer que eu faça o exame, num sei o que. Então assim, mil e uma cartinhas, mil e uma cartinhas com telefone da prefeitura, do CRM, da ouvidoria pras pessoas saberem que isso não tá direito, que se, se o patrão quer um exame ele tem que pagar porque ele vai fazer um exame fora do período [...] **minha interlocução tem sido pra garantir a questão sanitária da pandemia**. Em relação à saúde do trabalhador mesmo... [negação com a cabeça] (M1).*

*Então, tava mais voltado a, a essa questão do, do quadro da síndrome gripal e realmente assim, de atestado né?. Infelizmente, **nessa época, quem estava trabalhando e tava com sintomas, tava sendo afastado. Tava sendo mais voltado a isso** (M5).*

*Na medida do possível, eu tô tentando fazer a proteção de todos os trabalhadores. Ahh, não importa o, quem é da família, **a primeira coisa que a gente faz é conversar com ele pra ver o caso do, em termos de pandemia né?, de sintomas de pandemia, se ele tem condições de ser afastado, se ele tem algum tipo de cargo efetivo, se a gente pode conseguir um benefício**, alguma coisa pra ele, quem dá família dele também tá, pra gente poder fazer o isolamento da casa [...] a gente tenta orientar o máximo, como essa família sobrevive (M3).*

*Eu achei que a gente conseguiu atuar bem, **afastando os trabalhadores sobre riscos, os contactantes, com respaldo do, do ministério da saúde** [...] Eu tentei ao máximo poupar os trabalhadores dos grupos de risco a exposição, dos trabalhadores mais fragilizados, dá apoio (M4).*

Com intuito de garantir os cuidados necessários à recuperação da saúde dos usuários-trabalhadores diagnosticados com COVID-19 ou pertencentes aos grupos de risco, os profissionais das eSF atuaram com afinco no afastamento desses usuários dos seus ambientes de trabalho, uma vez que o ambiente laboral constituiu-se como espaço de risco para disseminação da COVID-19. Diante disso, a proteção à saúde de todos os usuários-trabalhadores deve ser considerada, bem como as atividades desenvolvidas, pois algumas ocupações tem maior risco de exposição ao coronavírus.

O Ministério da Saúde tem respaldado os profissionais da ESF, a partir do protocolo de manejo clínico da COVID-19 na APS, no afastamento dos usuários com COVID-19 dos seus ambientes de trabalho, uma vez que recomenda que todas as pessoas com diagnóstico de Síndrome Gripal deverão realizar isolamento domiciliar, portanto, fazendo-se necessário o fornecimento de atestado médico até o fim do período de isolamento que consiste em 14 dias a partir do início dos sintomas (BRASIL, 2020a).

5.4 ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR O CUIDADO AOS USUÁRIOS-TRABALHADORES EM TEMPOS DE CRISE SANITÁRIA NA PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES DA ESF

Durante as entrevistas, foi solicitado aos trabalhadores de saúde da ESF que elencassem, a partir dos problemas vivenciados durante o processo de trabalho em tempos de pandemia decorrente da COVID-19, estratégias que necessitam ser implementadas para melhorar o processo de cuidado aos usuários-trabalhadores do território de abrangência. A partir desse contexto que emergiram as subcategorias que serão apresentadas a seguir.

5.4.1 Garantia do retorno ao trabalho após afastamento por COVID-19 ou suspensão das atividades

Ao analisar o discursos dos profissionais das eSF, identificou-se que alguns usuários-trabalhadores foram surpreendidos pelas demissões ao se depararem com o momento pandêmico e a necessidade de afastamento do trabalho, seja pelo fato

de pertencerem ao grupo de risco, por terem contraído a COVID-19 ou o serviço ter suspenso as atividades. Diante desse contexto, os profissionais da ESF elencaram a garantia do retorno ao trabalho como uma estratégia de cuidado a saúde dos usuários-trabalhadores.

*Outra ação coletiva é **proteger essas pessoas das demissões**, né?. [...] No início, a gente começou afastar, pedir, aliás, sugerir o afastamento de algumas pessoas que eram, eram profissionais em população de situação de risco, né?, de uma situação mais grave em relação ao Covid. E, num primeiro momento, alguns empregadores davam esse afastamento, e depois começou a demitir todo mundo. Eu acho que nesse momento é impossível pensar em saúde do trabalhador e pensar nas pessoas se tornando desempregadas no momento em que elas não tem nem condições de procurar novos empregos né? (M1).*

*Eu acho que, é ,vai ter que ter uma orga, uma reorganização porque **houve uma perda muito grande, num é, dos trabalhos**. Então, ficou muito gente solta, sem, sem condições [...] uma geração de renda, vai ser uma geração de, de novos trabalhos, né?, novos, novos, novas áreas de trabalho também, tem que voltar isso, as pessoas tão perdidas (D1).*

Uma das consequências da pandemia da COVID-19 é o aumento do desemprego, o que culmina na informalidade do trabalho e, conseqüentemente, na invisibilidade do trabalhador. A crise sanitária desencadeou rápidas mudanças no mercado de trabalho, afetando severamente os trabalhadores desprovidos de direitos, fora da rede de proteção social, sem carteira de trabalho e que residem em locais precários. A OIT apontou que as primeiras demissões ocorreram entre os trabalhadores que vivem do trabalho precário como terceirizados, balconistas, garçons, funcionários de cozinha, diaristas, manipuladores de bagagem e produtos de limpeza (COSTA, 2020).

Com o objetivo de preservar o emprego e a renda; garantir a continuidade das atividades laborais e empresariais; e reduzir o impacto social decorrente das consequências da COVID-19, foi adotado a medida provisória n. 1.045, de 27 de abril de 2021, a qual institui o novo Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda e dispõe sobre medidas complementares para o

enfrentamento das consequências da COVID-19 no âmbito das relações de trabalho, permitindo, por até 120 dias, a suspensão de contratos de trabalho e a redução proporcional de jornada e salário, em que empresas de qualquer porte poderão negociar individualmente com os trabalhadores (BRASIL, 2021e).

A suspensão do contrato de trabalho poderá ser realizada por acordo individual para os empregados que recebam até três salários mínimos, sendo estes complementados com o Benefício Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda (BEm), o qual é custeado com recursos da União. Aqueles que recebam salário superior a esse valor, a suspensão deverá ser realizada por meio de acordo coletivo. Em relação à redução de jornada de trabalho e salário, esta poderá ser instituída por meio de acordo individual, em que o salário poderá ser reduzido 25%, 50% ou 70% e complementado pelo Bem. Ressalta-se que durante o período de estabilidade, a empresa que demitir o empregado sem justa causa deverá pagar, além das parcelas rescisórias previstas em lei, indenização sobre o salário a que o empregado teria direito no período de estabilidade (BRASIL, 2021e).

De acordo com a medida provisória nº 1.046, também de 27 de abril de 2021, poderão ser adotadas pelos empregadores, visando o enfrentamento dos efeitos econômicos decorrentes da COVID-19 e a preservação do emprego e da renda, as seguintes medidas: teletrabalho; a antecipação de férias individuais; a concessão de férias coletivas; o aproveitamento e a antecipação de feriados; o banco de horas; a suspensão de exigências administrativas em segurança e saúde no trabalho; e o diferimento do recolhimento do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (BRASIL, 2021f).

No que tange a suspensão de exigências administrativas em segurança e saúde no trabalho, salienta-se que o artigo 16, parágrafo primeiro, informa que fica mantida a obrigatoriedade de realização de exames ocupacionais e de treinamentos periódicos aos trabalhadores da área de saúde e das áreas auxiliares em efetivo exercício em ambiente hospitalar, os quais terão prioridade para submissão a testes de identificação da COVID-19 previstos em normas de segurança e saúde no trabalho ou em regulamentação internacional, o que denota a invisibilidade dos profissionais de saúde da APS como trabalhadores da linha de frente da pandemia.

Entretanto, cabe enfatizar que essas medidas contribuem também para tornar as relações trabalhistas precárias, uma vez que prioriza apenas os trabalhadores formais do setor privado, não contemplando a grande massa de trabalhadores do Brasil, que são os trabalhadores sem vínculos trabalhistas. Além disso, a garantia de emprego apenas é válida para os trabalhadores diretamente afetados pela redução da jornada ou pela suspensão do contrato de trabalho.

É oportuno salientar que a recuperação e a criação de novas ocupações dependem de muitos fatores, entretanto, a retomada dos gastos com programas sociais e econômicos que visam reduzir as desigualdades sociais contribuem e devem ser ampliados com intuito de fazer com que a economia retome o crescimento, mesmo que em longo prazo, pois o cenário em que a grande massa de trabalhadores brasileiros se encontra é permeado por ampliação do desemprego ampliado, precarização exacerbada do trabalho, rebaixamento salarial acentuado e perda crescente de direitos (COSTA, 2020).

5.4.2 Efetivação de políticas públicas que garantam os direitos humanos básicos

A necessidade da efetivação de políticas públicas que garantam as condições de vida e saúde aos usuários-trabalhadores também foi apontada como uma das estratégias primordiais no enfrentamento da COVID-19 e, conseqüentemente, para o cuidado a saúde dos usuários-trabalhadores. Observou-se que os profissionais de saúde das eSF possuem a consciência de que o direito a saúde está inter-relacionado a outros direitos humanos básicos, ressaltando-se nos discursos o direito ao trabalho e a dignidade humana.

*Estruturação de um **modelo de abertura e de trabalho que seja plausível, né?**, pras pessoas. Com rodízio de trabalhadores, com transportes exclusivos pra cada tipo de serviço, né? Ou mesmo o fechamento de serviços que não são prioritários, né? (M1).*

A gente da atenção primária tá bastante limitado nesse aspecto, porque a gente não tem muito o que fazer. A maior

*parte do cuidado, tirando da experiência dos outros países, onde a pandemia foi controlado é o **auxílio emergencial, valores maiores, mais amplo, beneficiando mais pessoas, não só que essa economia evita o desemprego, como evita o sofrimento e essa exposição [...]** Mas, infelizmente, está bem longe do meu poder. Eu tento ao máximo, os pacientes que eu tenho, mas o meu poder é muito limitado ali, a equipe como um todo, tá muito limitada (M3).*

Um desafio para efetivação de políticas públicas que garantam de fato os direitos humanos básicos consiste no conflito entre capital e trabalho. As políticas sociais como saúde, habitação, educação, entre outras, cumprem um papel fundamental para manutenção da força de trabalho e, consequentemente, contribui para a lógica da acumulação capitalista, uma vez que o Estado legitima os interesses capitalistas de obtenção de lucro em detrimento à vida, o que impacta o direcionamento e consolidação dos direitos e políticas sociais de forma universalizante (CORREIA et al., 2020).

A crise sanitária, política e econômica causada pela pandemia da COVID-19 agravou ainda mais a situação de desigualdades sociais no Brasil, e como consequência, demonstrou quem é a população que pode cumprir as recomendações das autoridades sanitárias no que tange ao seguimento de protocolos e ao isolamento social. O contexto atual exige a adoção de políticas públicas que visem proteger os usuários-trabalhadores dos territórios da ESF que vivem de forma precária, com ausência de transportes públicos adequados e sobrevivência a partir de vínculos trabalhistas fragilizados. Para essa população é urgente à necessidade de investimento, de forma efetiva, de políticas voltadas a protegê-los da fome, da pobreza e de condições de habitação precárias, sendo essencial a inserção em uma rede de proteção social (CORREIA, et al., 2020; COSTA, 2020).

A Renda Básica Emergencial (REB), assegurada a partir da lei n. 13.982 de 2020 pelo congresso nacional e a contragosto da gestão federal, consiste em uma das estratégias para mitigar as consequências socioeconômicas da pandemia, tendo em vista a necessidade de isolamento social, que impactou fortemente a atividade econômica, o mercado de trabalho e a renda das famílias. Em meados de junho de

2020, o benefício contemplava 61 milhões de pessoas com valores de 600,00 reais. O mesmo foi oficialmente prorrogado para mais quatro parcelas, com valores médios de 250,00 reais, o qual teve início de recebimento em Abril de 2021. Essa medida tem evitado consequências ainda mais desastrosas, que teriam ocorrido no caso de sua inexistência, porém, não é capaz de mudar outras formas de privação que incidem sobre os usuários-trabalhadores mais pobres (BARBOSA; PRATES; 2020).

É oportuno ressaltar que o público-alvo da REB consiste no microempreendedor individual; contribuinte individual da Previdência Social; inscrito no CadÚnico, instrumento criado pelo decreto nº 3.877 de 2001 que foi regulamentado pelo decreto nº 6.135 de 2007 o qual é responsável pela identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de baixa renda; e mediante declaração, pessoas que não se enquadravam nas hipóteses anteriores, constituindo-se como um desafio ao implementar a política por estarem para as políticas de proteção social, uma vez que não possuíam registro administrativo com programas do governo, seja de cunho previdenciário ou assistencial. Diante desse contexto, o auxílio emergencial se materializou a partir dos beneficiários do Programa Bolsa Família; Inscritos no CadÚnico, que não fossem beneficiários do Bolsa Família e ExtraCad, equivalente aos demais cidadãos não inscritos no CadÚnico (CARDOSO, 2020).

O Brasil possui vários programas voltados para o campo social e econômico que foram e são capazes de reduzir as desigualdades sociais no início deste século, como o Programa de Aceleração do Crescimento; o Minha Casa, Minha Vida; Bolsa Família e o Programa de Geração de Emprego e Renda, com recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador. Entretanto, o governo brasileiro vem respondendo de forma temerosa há vários problemas decorrentes da pandemia, em que a inexistência de suporte social, somada ao adoecimento da população, revela a fragilidade de medidas de proteção social e a desigualdade econômica vivenciada pela população (COSTA, 2020; SODRÉ, 2020).

5.4.3 Humanização em saúde durante o processo de cuidar

Outra estratégia apontada pelos trabalhadores de saúde da ESF foi à necessidade dos profissionais levarem em consideração o acolhimento como diretriz

da Política Nacional de Humanização (PNH) e medida efetiva para melhorar o processo de cuidar dos usuários-trabalhadores, pois a partir da escuta qualificada, e não meramente a realização de uma triagem, os profissionais podem identificar as necessidades dos usuários-trabalhadores e ofertar o suporte necessário a partir da qualificação da prática e trocas solidárias para produção da saúde e dos sujeitos.

*Tentar ter um olhar mais apurado, **perceber como é que eles estão se comportando, entendeu?. É... se eles estão tendo alguma dificuldade, se eles estão tendo medo, se tão apresentando alguns sintomas, chegar junto, entendeu?, ter um olhar bem humanizado [...]** Tentar é, ajudar no melhor possível (E1).*

*Eu acho que acolher, assim, entender que o trabalhador, ele não necessariamente vai conseguir seguir o fluxo da unidade, nem sempre ele vai conseguir chegar na hora adequada e as unidades precisam entender que o mercado do trabalho tem a sua, as suas limitações. Então, **acolher os usuários, entender a demanda, tentar programar as consultas, tentar fornecer atestados, se for necessário, tentar se adequar ao, a necessidade do trabalhador. Assim, ser mais maleável** (M4).*

A PNH da Atenção e Gestão no SUS, chamada Humaniza SUS, busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, de forma transversal, permeando todos os processos para o 'fazer saúde' e estabelecer, na prática, suas diretrizes. O acolhimento é uma de suas diretrizes, sendo considerado como processo constitutivo das práticas de produção e promoção da saúde, preocupando-se em incluir a ST em saúde como parte das metas do SUS e de seus parâmetros de avaliação (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; SILVA, 2009).

Estudo realizado no cenário da ESF apontou o acolhimento como uma estratégia de enfrentamento a pandemia que torna a assistência ao usuário mais satisfatória. Nessa realidade, o primeiro contato é realizado pelo ACS 'posso ajudar', estratégia montada para efetivação do acolhimento, o qual realiza escuta qualificada e encaminha para o profissional de nível superior que atua na classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários, direcionando o atendimento. O acolhimento

fortaleceu o vínculo entre usuários e equipe, proporcionou um atendimento humanizado e contribuiu para garantia dos atributos da APS (VALE et al., 2020).

É oportuno salientar que contexto do trabalho em saúde, na realidade de muitas ESF, ainda é baseado no modelo de saúde hegemônico do modo-de-ser trabalho, voltado para a produção de procedimentos e cumprimento de metas, onde a triagem dos casos é quem comanda o direcionamento dos usuários nos serviços. Nessa perspectiva, o acolhimento é pensado como um elemento da mudança no processo de trabalho em saúde, com potencial de ampliar as práticas de cuidado dos profissionais de saúde, onde a escuta qualificada é capaz de identificar os motivos que levaram o usuário a buscar o serviço, aumentando as chances de resolutividade das suas necessidades, a partir do direcionamento adequado para a solução dos problemas (SCHOLZE; DUARTE JUNIOR; SILVA, 2009).

5.4.4 Ampliação da disponibilidade de testes rápidos

A disponibilidade de testes rápidos para a COVID-19 em quantidade suficiente consistiu em outra estratégia que deve ser implementada de forma premente para melhorar o cuidado aos usuários-trabalhadores em tempos de pandemia, uma vez que auxilia os profissionais de saúde no controle da pandemia em virtude de possibilitar o diagnóstico e monitoramento do usuário e seus contactantes, tendo impacto diretamente na redução da disseminação do vírus nos ambientes de trabalho, pois, uma vez confirmando, os usuários são orientados ao isolamento social por 14 dias e acompanhados pelo teleatendimento. Além disso, a ampliação dos testes também poderá contribuir para diminuição do estigma e preconceito no ambiente de trabalho em relação aos positivados.

O teste ainda tá meio atrapalhado [...] se tiver três pessoas da família doente, só um faz, só um faz, porque se um dê positivo, os outros vão ser considerado como positivo, tão economizando. [...] Então, eu acho que, principalmente, disponibilizar mais testes e essa questão do retorno ao trabalho, porque essa, tem a questão do estigma, o medo, dos outros profissionais das empresas, de receber um

funcionário que ainda esteja transmitindo, por exemplo [...] eles têm que ter a segurança de que aquele paciente não vai transmitir mais (E2).

De acordo com Goffman (1978) o estigma social consiste em uma marca ou sinal conferindo as pessoas um status de “deteriorado” em relação às pessoas tidas como “normais”, o que contribui para exclusão social. O estigma social no contexto da saúde consiste na associação negativa entre uma pessoa ou grupo de pessoas que compartilham uma doença específica. No contexto atual de pandemia, isso pode significar rotulações e discriminação a pessoas acometidas por COVID-19, uma vez que o vírus tem rápida disseminação e o usuário-trabalhador acometido por ela precisa ser tratado isoladamente da sociedade para recuperação da saúde.

Certamente a ampliação da testagem poderá contribuir para minimizar o medo e estigma sofrido pelos usuários-trabalhadores em seus ambientes de trabalho, pois a estratégia de testagem em larga escala, garante diagnóstico precoce, a quarenta dos usuários infectados pela COVID-19, monitoramento dos contactantes e retorno ao trabalho com maior segurança de não estar mais transmitindo o vírus. Entretanto, considerando o cenário atual, a ampliação da testagem e do diagnóstico da COVID-19 e, conseqüentemente, a redução do estigma e medo constitui-se como um desafio para o SUS, em virtude do processo de desfinanciamento crônico e ameaças constantes ao sistema público de saúde (MAGNO et al.,2020).

De acordo com Vieira e Servo (2020) é explícita a necessidade de investimento nos laboratórios centrais de saúde pública para que a subnotificação da COVID-19 seja minimizada, a partir da ampliação da capacidade de testagem. Além disso, a ampliação da testagem contribuirá com o aumento em potencial da vigilância, possibilitando o imediato isolamento dos casos confirmados e conseqüentemente, redução do medo nos ambientes de trabalho.

A educação em saúde também se mostra como uma ferramenta indispensável no enfrentamento do estigma decorrente da confirmação de COVID-19. A maneira como os profissionais da ESF dialogam com os usuários-trabalhadores do território, sobre a doença, suas formas de transmissão e as medidas protetivas adequadas à saúde influencia no enfrentamento da doença e contribui

para eliminar o medo. Nessa perspectiva, torna-se essencial as ações de promoção da saúde e vigilância nos ambientes de trabalho, sejam presenciais com as restrições necessárias ou por meio das tecnologias de informação, pois a partir da criação de espaços de diálogo o estigma pode ser enfrentado de forma efetiva.

5.4.5 Educação em saúde

A educação em saúde também foi mencionada pelos profissionais da ESF como um dispositivo importante para enfrentamento da COVID-19, os quais apontaram a importância da produção do conhecimento com a participação ativa do profissional e usuário, a partir das suas singularidades e das do território, para que as orientações sanitárias produzam sentido. Os trabalhadores reconhecem o diálogo como ferramenta imprescindível durante a pandemia, o qual auxilia na adesão aos protocolos sanitários que preconizam o seguimento de medidas preventivas.

*Eu acho que é, é, o diálogo, sabe?. **O diálogo e essa educação que não é pronta. Essa educação construída no fazer diário.** Eu só acredito nessa, na educação como ferramenta, mas não na educação pronta, na educação receita de bolo. Na educação construída no fazer diário. Num, **num acredito que possa existir nenhum milagre de protocolo nenhum, que vá, vá mudar nada.** Eu acredito no fazer construído na prática diária, sabe? (E4).*

*A estratégia é mais educativa. **Tem que haver mais palestra, mais momento da, da, a própria equipe também mais ativamente, conversa diária pra que as pessoas se previnam, né?.** É a única forma que a gente tem de fazer, são palestras educativas, mostrando a eles que eles têm que ter cuidado com sua própria saúde (E7).*

A crise sanitária atual exigiu que os profissionais da ESF se reinventassem quanto às práticas de educação em saúde em detrimento da necessidade de distanciamento social, apontando-se a intensificação do uso das TIC's como estratégia primordial no processo de cuidar na APS em tempos de pandemia. Ressalta-se que as TIC's são consideradas como um instrumento importante para

desenvolver práticas educativas, disponibilizar informações, garantir confiabilidade, facilitar o fluxo de dados, estabelecer rotinas e protocolos para atendimento, contribuir para o fortalecimento do vínculo entre profissional-usuário e otimizar a assistência mediante o auxílio nas tomadas de decisões, desempenhando, dessa forma, um papel importante na gestão organizacional e assistencial da APS (CARDOSO; SILVA; SANTOS, 2020).

Estudo apontou as seguintes estratégias implementadas para que os usuários tomassem conhecimento sobre a gravidade da pandemia, os cuidados necessários para prevenir a infecção pela COVID-19 e as informações sobre a continuidade de alguns procedimentos rotineiros da UBS, como a criação de uma série de áudios informativos, em formato de podcast, com orientações de hábitos de vida saudáveis (alimentação e atividade física); cuidados referentes ao risco de contaminação por COVID-19; orientação aos usuários em polifarmácia; protocolo de dispensação de medicamentos; fortalecimento de redes e vínculos em grupos de redes sociais com a comunidade e criação de cartilha de orientações para os usuários encaminhados para isolamento domiciliar (SILVA, R.S. et al., 2020).

Vale salientar que é primordial que o material produzido e divulgado seja baseado em informações transparentes e verídicas, uma vez que, atualmente, devido ao acesso facilitado às TIC's, alguns veículos de comunicação têm produzido informações imprecisas sobre o contexto sanitário vivenciado, moldadas em um panorama ideológico capitalista, que são reproduzidas e podem prejudicar a saúde da população (SILVA; SANTOS; OLIVEIRA, 2020).

Nessa perspectiva, é primordial que os profissionais da ESF participem ativamente do planejamento e execução das práticas educativas, uma vez que conhecem a realidade do território de adscrição, o que auxilia na construção de estratégias educacionais que levem em consideração as reais necessidades da população em tempos de pandemia, podendo esclarecer as dúvidas em relação as formas de contágio e proteção contra a COVID-19 e alertar os usuários quanto a importância da prática do distanciamento social, o que contribui para reduzir as aglomerações na UBS e nos equipamentos sociais existentes no território (SILVA et al., 2020).

Em síntese, é indispensável que seja realizado, para uma resposta abrangente à pandemia, um monitoramento detalhado da situação epidemiológica que vise auxiliar as respostas governamentais; a elaboração de estratégias de comunicação claras e em tempo hábil para a população; a adoção de medidas de distanciamento social para contenção do vírus e a articulação de ações em todos os níveis de atenção a saúde, sendo fundamental a valorização da APS para o fortalecimento do SUS. Além disso, é primordial que sejam implementadas ações de apoio à economia e ao emprego e medidas de proteção social, principalmente para às populações vulnerabilizadas, visando à melhoria das condições de infraestrutura, de vida e de saúde desses usuários que vivem no Brasil, um país marcado por desigualdades (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020).

6. Considerações Finais

O conjunto de evidências reunidas nesta pesquisa acerca da ST na ESF em tempos de pandemia da COVID-19 permitiu identificar as principais lacunas, desafios e possibilidades que os profissionais de saúde da ESF do município de João Pessoa, Paraíba, vêm enfrentando em seu cotidiano de trabalho.

Observou-se que a pandemia causada pela COVID-19 agravou os problemas crônicos enfrentados, rotineiramente, pelos profissionais de saúde da ESF, como a precarização das condições de trabalho, a fragilidade nos vínculos empregatícios e a ausência de apoio efetivo dos órgãos responsáveis por garantir à saúde e segurança dos trabalhadores da ESF, ficando explícita a escassez de ações de promoção, prevenção e vigilância à saúde, o que impactou negativamente nas dimensões física e mental dos trabalhadores das equipes investigadas.

É oportuno salientar que os profissionais da ESF tiveram que reorganizar os processos de trabalho para enfrentar a pandemia da COVID-19 em meio a um cenário em que há fragilidade na gestão da crise sanitária, ausência de comunicação de riscos de modo efetivo e negacionismo do dirigente máximo do poder executivo diante da referida emergência de saúde pública, o que culminou no aumento do número de óbitos de trabalhadores da saúde e da população em geral no ano de 2020 e que ainda estão em ascensão até o presente momento.

Entretanto, mesmo diante dos desafios supracitados, aponta-se que os trabalhadores das eSF tiveram capacidade para autogerir os processos de trabalho em tempos de pandemia de COVID-19, na perspectiva do cuidar de si e do outro, pois, dentro das condições possíveis, se reinventaram para acolher o usuários-trabalhadores e garantir o acesso e atendimento integral às necessidades da comunidade, ficando explícito que o trabalho foi transversalizado pelo princípio da integralidade.

No que tange ao cuidado à saúde dos usuários-trabalhadores do território, os profissionais realizaram ações de gerenciamento do risco de contaminação por COVID-19 à medida que promoveram o distanciamento social dentro das UBS; realizaram educação em saúde, disseminando informações sobre as formas de prevenção da doença; asseguram a continuidade dos atendimentos e monitoramento dos usuários com doenças crônicas por meio do teleatendimento;

bem como garantiram o afastamento do trabalho aos usuários com COVID-9 por meio da disponibilização dos atestados médicos, ações estas que contribuíram para minimizar o risco de propagação da COVID-19 no ambiente de trabalho e, conseqüentemente, na comunidade.

Com base na realidade encontrada no cenário da presente pesquisa, observa-se a necessidade urgente de valorização do trabalhador de saúde e da consolidação da PNSTT, para que as ações de promoção, assistência e vigilância à saúde sejam implementadas de forma efetiva, pois aqueles que cuidam também necessitam de cuidado, uma vez que esse trabalhador precisa estar bem em seus aspectos biopsicossociais e espirituais, para operar no campo da ST como um trabalhador e para outros trabalhadores.

Além disso, é premente a necessidade de apoio dos entes federativos ao processo de trabalho dos profissionais da APS, para que este nível de atenção à saúde possa se readaptar a qualquer contexto de crise que venha a surgir, bem como para que o trabalho da ESF tenha visibilidade diante do contexto de pandemia, pois, apesar das lacunas existentes, o processo de trabalho das eSF investigadas, dentro das possibilidades construídas, permaneceram leais aos atributos da APS e aos princípios do SUS.

Como enfermeira de formação, com especialização na modalidade residência em Saúde da Família no município de João Pessoa, o estudo em tela me possibilitou compreender, de forma abrangente, a realidade vivenciada pelos profissionais da ESF em relação a ST em tempos de pandemia. A partir dos discursos estabelecidos, foi possível identificar a capacidade dos trabalhadores de saúde da APS em reelaborarem alternativas de cuidado a ST diante de uma crise sanitária sem coordenação entre os entes federativos, bem como revela a necessidade desses trabalhadores serem valorizados e ouvidos, pois suas falas representaram um "grito de alerta" para a sucessão de acontecimentos que vem sendo vivenciados no trabalho e nos territórios da ESF, os quais demonstram os desmontes que vem impactando o campo da saúde e a ST na APS.

Ademais, é cabível realçar que não se tem a intenção de esgotar com esse estudo os impactos que o momento pandêmico ocasionou no processo de trabalho,

na saúde e na vida de trabalhadores da ESF e de usuários-trabalhadores, por isso, espera-se que essa pesquisa possa ser ponto de partida para a elaboração de novos estudos e implementação das estratégias sugeridas.

7. Produtos e atividades desenvolvidas durante o mestrado.

7.1 O capítulo a seguir foi submetido para publicação no livro “Diálogos em Saúde Coletiva – avaliação, trabalho e educação”, editora UFPB, versão em formato pdf, e publicado em Dezembro de 2020.

Capítulo 4

ATORES DA SAÚDE COLETIVA E SUA INSERÇÃO NA SOCIEDADE

*Augusto José Bezerra de Andrade, Débora Thaise Freires de Brito,
José Augusto de Sousa Rodrigues, Franklin Delano Soares Forte,
Geraldo Eduardo Guedes de Brito*

1 INTRODUÇÃO

O texto que segue é um ensaio realizado por discentes e docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), a partir de reflexões emergidas na disciplina de Saúde Coletiva (SC) do referido programa.

Nesse ínterim, frente às reflexões desenvolvidas durante as discussões, observa-se que a SC possui duas vertentes que a identificam: a do campo de produção de conhecimento voltado para analisar a saúde por meio dos seus atores sociais e a do âmbito de práticas direcionadas para promoção, prevenção e cuidado a agravos e doenças, a nível individual e coletivo¹.

Nesse contexto, buscamos refletir como se dá a inserção dos atores na SC e qual o seu papel nesse campo, tendo em vista que é um debate fundante e atual para a área.

2 SAÚDE COLETIVA E SUA INSERÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA: UM DUPLO CAMINHO

Ao considerarmos a SC como área de conhecimento e âmbito de práticas, corroboramos com Campos² que indica uma dupla inserção da SC na grande área da Saúde como um movimento cultural e moral, produtor de conhecimento e um campo de atuação que ao mesmo tempo é produto e produtor de práticas na Saúde.

Campos² explica essa dupla inserção a partir de dois planos, um horizontal e outro vertical. O primeiro, se refere aos saberes e práticas da SC como parte do arcabouço de outras categorias e atores sociais, ou seja, as demais categorias do setor saúde, em alguma medida, deveriam incorporar elementos desse campo. E o segundo, aponta a SC como uma área específica de intervenção com características específicas, diferente da clínica ou de outras áreas.

Ressalta-se que, a inserção vertical requer uma organização mais formal, com cursos de formação inicial, reservas de mercado, instituições de representação de classe, ou seja, um arranjo organizacional mais complexo do que o requisitado por uma mobilização ideológica².

Assim, afirmamos que na primeira vertente podemos indicar como seu ator o cientista/pesquisador, e na segunda o trabalhador. Diante disso, evidencia-se essa duplicidade ideológica em relação a SC, e tal fato leva a uma confusão para os atores que nela se inserem.

Historicamente a figura que atua na SC no Brasil ficou conhecida como o “sanitarista”, de modo que, em seu tempo, Oswaldo Cruz já era assim denominado em razão a sua atuação diante dos problemas de saúde, termo genérico, que é descrito no dicionário de língua portuguesa como “especialista em assuntos sanitários”³, ou seja, uma definição bem abstrata e vaga que não define bem quem seria esse sujeito, seu local de atuação e quais os problemas sanitários do contexto.

Desse modo, a quem caberia a alcunha de “Sanitarista”? Qual a atuação esse termo designa a quem o carrega? Essas perguntas dão direcionamento para construir a identidade da SC, de modo que ao olhar o plano de inserção horizontal, percebe-se que, segundo o descrito por Campos², a SC é um campo científico que agrega profissionais de diversos níveis de formação, trajetórias e identidades diferentes, gerando uma heterogeneidade.

Para tanto, o sanitaria assumiria o papel de cientista/pesquisador, ou seja, um construtor e divulgador de

conhecimento que embasaria a formação das demais categorias profissionais da saúde, reduzindo muitas vezes a SC a um componente curricular meramente teórico na formação dos cursos da saúde. A partir da vivência dos autores, no transcorrer de suas formações, foi e ainda é possível identificar indivíduos que reduzem a SC apenas a espaços de discussões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse reducionismo também está presente entre os intelectuais, como ficou evidente em uma investigação realizada com “fundadores” da SC, que já ocuparam a presidência da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), a qual observou que esses compartilham de uma concepção que iguala a SC a Saúde Pública e reduzem a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) ao SUS⁴. Isso torna mais árdua a tentativa de desenvolver uma definição mais estruturada da identidade desse campo, uma vez que é difícil sua caracterização até pelos teóricos que acompanharam seu surgimento.

Com relação à inserção vertical, Campos² utiliza características que se alinham aos pré-requisitos traçados por Eliot Freidson⁵, sociólogo norte-americano e um dos formuladores da Sociologia das Profissões que se arrisca na formulação de um tipo ideal de profissão, a partir do saber

genérico e domínio do conhecimento especializado, autossuficiência para sua atuação e garantia de reserva de mercado por meio de registro formal e certificação de ensino superior.

Em relação ao conhecimento formal adquirido, após uma longa carreira acadêmica, percebe-se que a SC se caracteriza pela multiplicidade de possibilidades formativas, uma vez que envolve desde profissionais graduados até doutores⁶. Partindo desse pressuposto, cabe ressaltar que a graduação em SC teve início no Brasil em 2008 e sua gênese teve como intuito formar profissionais que possam ser absorvidos pelo mercado de trabalho em todos os seus postos de atuação possíveis, respondendo aos desafios da sociedade contemporânea por meio de um olhar ampliado dos problemas sociais cuja formação valoriza o SUS e todas as áreas de atuação profissional, inclusive a educação superior^{7, 8}.

Na conjuntura atual, os graduados nessa área também recebem o título de sanitaristas, uma vez que possuem conhecimento e prática necessária para atuar como um agente transformador do perfil sanitário do país ou da saúde da população de uma determinada região. Todavia, cabe salientar que a formação do generalista da SC na graduação não excluirá a

necessidade de pós-graduados (especialistas, mestres e doutores) e sim, antecipa a presença do profissional no setor saúde⁷.

É oportuno enfatizar que os PPGSC possibilitam meios para construção da identidade desse campo, uma vez que permitem a ruptura de paradigmas construídos inicialmente nas graduações em saúde dos seus atores, as quais, em sua maioria, têm predominância terapêutica e conhecimento incipiente sobre a SC. Além disso, oferta aos seus profissionais um aprofundamento teórico-metodológico sem que precisem se submeter a uma nova graduação. Dessa maneira, contribui para o fortalecimento do SUS e para o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes politicamente sociais, que favoreçam a transformação da realidade, sendo fundamentado nos saberes procedentes da Epidemiologia; da Política, Planejamento e Gestão; e das Ciências Sociais e Humanas em Saúde.

Cabe deixar claro neste ensaio que o desejo dos autores em cursar o PPGSC, emergiu a partir do processo formativo nas graduações em saúde, das experiências profissionais e de formação de cada um e da realidade social, ao se depararem com conteúdos teóricos e com a prática nesse campo, o que não os

limitou a demarcarem com maior clareza as especificidades que formam seus perfis profissionais.

Dubar⁹ e Vieira¹⁰ defendem que a identidade profissional não é construída exclusivamente durante o processo formativo na graduação, ela decorre da experiência obtida a partir da vivência profissional e de seus trajetos sociais. Nessa perspectiva, observa-se que não apenas a formação, mas também o trabalho deva ser considerado como proporções que contribuem para delimitação da identidade profissional do sanitarista.

Por conseguinte, salienta-se ainda que, o curso de Graduação em SC surgiu a partir da necessidade percebida por teóricos da área em se ter profissionais qualificados para atuarem no SUS para que impulsionassem as mudanças que não foram alcançadas na RSB¹¹.

Entretanto, aponta-se o seguinte questionamento: a criação da graduação nesta área contribuiu para fortalecer a identidade deste campo, uma vez que ele é considerado transdisciplinar e multiprofissional ou ajudou a causar uma crise de identidade devido à criação de um novo perfil de sanitarista?

Como apontado anteriormente, a identidade da SC tem configuração híbrida, uma vez que esse campo é composto por

profissionais com diferentes formações, o que caracteriza seu caráter multiprofissional e transdisciplinar.

Dessa forma, para Freidson⁵ o reconhecimento de uma categoria profissional se faz a partir do momento em que os indivíduos nela inseridos, vivem dessa atividade, realizando-a em tempo integral e sobrevivendo a partir dela, organizados coletivamente por meio de regras e noções capazes de garantir a imagem de corpo único a que seus sujeitos pertençam. Ainda, deve nortear-se por um código de ética que proporcione o domínio sobre a sua formação e seus processos de trabalho, bem como adquiram conhecimento formal reconhecido pelo Estado, possuam ideal de serviço para a coletividade e, como principal característica, busquem a autonomia econômica e de conhecimento.

Seguindo a definição de Freidson⁵, ainda é possível identificar fragilidades para a identificação do sanitarista como uma categoria profissional distinta, uma vez que ainda lhe falta representação de conselho de classe, um código de ética exclusivo para seu processo de trabalho e a definição específica de sua área de atuação. Nesse contexto, Silva, Pinto e Teixeira¹² ressaltam que a dificuldade para inserção desse profissional no mercado de trabalho, advém de questões burocráticas e políticas que

dificultam a inclusão de vagas específicas para sanitaristas em editais de concursos.

Esse último elemento torna-se uma estratégia para que os sanitaristas, egressos das graduações ou de pós-graduações em SC, sejam legitimados e inseridos no mercado de trabalho em um cargo distinto. Perante a ressalva anterior, salienta-se a necessidade dessa legitimação pela existência de relações conflitantes entre bacharéis, egressos das graduações em SC e pós-graduados oriundos de outras graduações. Sem contar que grande parte dos profissionais dos serviços de saúde desconhece o novo sanitarista e conseqüentemente seu espaço de atuação, o que influencia negativamente na construção de sua identidade e fragiliza seu reconhecimento profissional.

Diante disso, é oportuno apontar a necessidade de se elucidar o papel desses novos atores da SC na sociedade e seus locais de atuação, para que sua inserção seja potencializada e valorizada, de acordo com Paim e Pinto¹¹, não apenas por criação de vagas em concursos, mas também pela criação e fortalecimento de carreiras no setor público.

Com relação à representação de classe, a SC possui a ABRASCO como associação que incentiva o seu desenvolvimento e estabelece como missão, apoiar o ensino, a pesquisa, a

cooperação e a prestação de serviços em Saúde Pública/Coletiva, ampliando o aperfeiçoamento da área, investindo na construção de conhecimento e estimulando a criação de políticas de saúde, educação e tecnologia para qualificar a promoção da saúde brasileira.

De certo modo, a ABRASCO pode ser encarada como o principal representante da SC, porém não devendo ser confundida como um representante de classe profissional do sanitarista, já que a mesma não define um código de ética ou normas de atuação para o mesmo, sendo apenas uma associação e não um órgão regulamentador como se vê nas demais profissões da saúde.

Cezar *et al.*¹³ observaram ao analisar as vagas de sanitaristas em concursos públicos a imposição de matrícula em órgão de representação de formação profissional inicial, como requisito para investidura no cargo em parte dos editais. Essa inquisição é relevante para a efetivação da profissão do Bacharel em SC, uma vez que são incipientes as discussões acerca da implantação de uma entidade de classe.

Outra característica apontada na lógica Freidsoniana⁵ é possuir um ideal de serviço voltado para a coletividade. Esse traço é bem visto na SC já que a mesma compreende a relação do

processo saúde-doença como os determinantes sociais e se preocupa com todas as questões que envolvem a saúde do público, de forma que analisa as práticas de saúde e sua interação com os demais âmbitos sociais. Ademais, busca entender como são identificados socialmente os problemas de saúde, juntamente com seus condicionantes e determinantes para assim, enfrentá-los de forma organizada¹⁴.

Com relação à autonomia de conhecimento, dentro da SC, historicamente se constituiu três campos disciplinares, identificados por autores como Nunes¹⁵ e Paim e Almeida Filho¹⁴: a epidemiologia; as ciências sociais em saúde; e a política, planejamento e gestão em saúde, sendo estas complementadas por outras disciplinas como a estatística, a demografia, a geografia, a clínica, a genética, as ciências biomédicas básicas, entre outras.

Ressalta-se que esses campos estão fundamentados na interdisciplinaridade como proposta de ampliação do conhecimento em saúde, na medida em que abrange ações investigativas das condições de saúde dos sujeitos, o caráter das políticas de saúde vigentes, a relação entre trabalho-saúde-doença, além de intervenções de movimentos sociais sobre aspectos sanitários, caracterizando-se em um cenário de práticas

transdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e transetorial.

Dessa forma, a SC organiza seu conhecimento através de uma multiplicidade de saberes que possibilita uma abordagem na qual suas subáreas se articulam na construção de uma visão complexa e multidimensional sobre o processo saúde-doença.

Entretanto, mesmo compartilhando valores e possuindo objetivos comuns, os três subcampos se baseiam em distintas perspectivas epistemológicas, teóricas e metodológicas, criando assim filosofias formativas distintas com modos de produção diversos na formulação de saberes. Essa heterogeneidade definidora da SC contribui para sua riqueza, sendo fundamental para a abordagem do complexo fenômeno saúde. Tal variedade de olhares acaba por gerar disputas internas sobre o direcionamento do campo¹⁶.

Com relação à autonomia econômica, Cezar *et al.*¹³ constataram que a remuneração profissional destinada aos sanitaristas foi de R\$ 2.866,77 e a carga horária média de 34 horas semanais, semelhante ao identificado em outra investigação¹⁷ que apontou que 32,8% dos egressos em SC possuem salário entre R\$ 2.035 e R\$ 3.390 reais. Porém, vale salientar que grande parte do contingente sanitarista trabalha

sobre o regime de contrato temporário. Essa é uma realidade diferente da maioria das profissões da saúde que possuem reserva de mercado bem maior e vencimentos mais altos, o que possibilita maior seguridade financeira.

Em síntese, percebe-se que tanto na vertente horizontal quanto na vertical a SC encontra fragilidades, o que leva a necessidade de se aprofundar os debates acerca da sua caracterização.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história da SC permeia diversos desafios que acabam por refletir na inserção dos seus atores na área da saúde, seja tanto no ensino como na prática em si, o que necessita de maior aprofundamento acerca dessa temática.

Ressaltamos que não tivemos por finalidade, encerrar as discussões, tampouco dar respostas definitivas sobre qual seria a inserção dos sanitaristas, mas levantar a necessidade de aprofundar os debates sobre tal tema e então procurar os melhores caminhos para o futuro desse campo e de seus atores.

REFERÊNCIAS

- 1 VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; PAIM, J.S.; SCHRAIBER, L.B. O que é Saúde Coletiva?. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. (org). Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.
- 2 CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n.2, p. 219-230, 2000.
- 3 FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio: o dicionário de língua portuguesa**. 8a ed. Rio de Janeiro: Positivo, 2010.
- 4 PAIM, J.S. **A Reforma Sanitária Brasileira e a Saúde Coletiva: concepções, posições e tomadas de posição de intelectuais fundadores**. In: VIEIRA-DA-SILVA, L.M. O campo da saúde Coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: EDUFBA, 2018.
- 5 FREIDSON, E. **Renascimento do profissionalismo**. Tradução Celso Mauro Paciornik. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.
- 6 SILVA, V.O.; PINTO, I.C.M. Construction of the identity of Public Health players in Brazil: a review of the literature. *Interface (Botucatu)*, v. 17, n. 46, p. 549-560, 2013.
- 7 BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes curriculares nacionais do curso de Graduação em Saúde Coletiva. Brasília, DF: Diário Oficial da União, seção 1, p. 26, 10 ago. 2017.

8 SILVA, V.O.; PINTO, I.C.M. The identity of the Public Health professional in Brazil: perceptions of Public and Collective Health students and graduates of undergraduate courses. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 65, p. 539-50, 2018.

9 DUBAR, C. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

10 VIEIRA, M. Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde. **Trab Educ Saúde**, v. 5, n. 2, p. 243-260, 2007.

11 PAIM, J.S.; PINTO, I.C.M. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. **Tempus**, v. 7, n. 3, p. 13-35, 2013.

12 SILVA, V.O.; PINTO, I.C.M.; TEIXEIRA, C.F.S. Identidade profissional e movimentos de emprego de egressos dos cursos de graduação em Saúde Coletiva. **Saúde Debate**, v. 42, n. 119, p. 799-808, 2018.

13 CEZAR, D.M.; RICALDE, I.G.; SANTOS, L.; *et al.* O bacharel em saúde coletiva e o mundo do trabalho: uma análise sobre editais para concursos públicos no âmbito do sistema único de saúde. **Saúde em Redes**, v. 1, n. 4, p. 65-73, 2015.

14 PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?. **Rev Saúde Pública**. v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

15 NUNES, E.D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde Soc**, v. 3, n. 2, p. 05-21, 1994.

[Diálogos em Saúde Coletiva: Avaliação, Trabalho e Educação]

16 IRIAT, J.A.B.; DESLANDES, S.F.; MARTIN, D. *et al.* A avaliação da produção científica nas subáreas da Saúde Coletiva: limites do atual modelo e construção para o debate. **Cad Saúde Pública**, v. 31, n. 10, p. 2137-2147, 2015.

17 LORENA, A.G.; SANTOS, L.; ROCHA, C.F. *et al.* Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação?. **Saúde Soc**, v. 25, n. 2, p.369-380, 2016.

7.2 O capítulo a seguir foi submetido para publicação no livro “Diálogos em Saúde Coletiva – avaliação, trabalho e educação”, editora UFPB, versão em formato pdf, e publicado em Dezembro de 2020.

Capítulo 9

A SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: UM PANORAMA SOBRE OS AGENTES E SUAS AÇÕES

Débora Thaise Freires de Brito, Bruna Araújo Pires, Emmelly Rhayssa Costa de Souza, Andreia Marinho Barbosa, Robson da Fonseca Neves

1 INTRODUÇÃO

A Saúde do Trabalhador (ST) consiste em um campo do conhecimento que reconhece o trabalho como determinante do processo saúde-doença e está conectado a um corpo de práticas político-ideológicas e de saberes interdisciplinares que se destinam à promoção, à proteção e à recuperação da saúde dos trabalhadores, por meio de ações de vigilância dos riscos e agravos à saúde dos trabalhadores.^{1,2}

No Brasil, a ST surge em meados dos anos 1970, como reflexo de demandas do setor da saúde, sob influência do movimento da Medicina Social latino-americana e da experiência italiana da reforma sanitária, visando à melhoria das condições de trabalho e vida dos trabalhadores. Vale salientar que as propostas da reforma sanitária se concretizaram na universalidade do direito à

saúde e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS)³, na Constituição Federal de 1988, a qual atribuiu ao SUS a responsabilidade pela atenção à ST, regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde nº8.080 de 1990. Com a publicação da portaria nº2.669 de 2009, a ST se tornou uma das prioridades no Pacto pela Saúde, na dimensão pacto pela vida, para o biênio 2010-2011.⁴⁻⁶

Com o objetivo de integrar os serviços de saúde e criar políticas públicas para o fortalecimento do campo da ST no SUS, em 2002, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), a qual tem o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) como responsável por garantir a atenção integral aos trabalhadores, por meio da articulação entre ações intra e intersetoriais e de fornecer suporte técnico e pedagógico à Atenção Primária à Saúde (APS), serviços de urgência e emergência e serviços de média e alta complexidade, visando à promoção, vigilância e assistência aos trabalhadores.⁷⁻⁹

A APS é considerada prioritariamente a porta de entrada das Redes de Atenção à Saúde (RAS), ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, assumindo papel importante no desenvolvimento de ações no campo da ST, uma vez que tem potencial para levar o cuidado ao mais próximo das pessoas e da

[Diálogos em Saúde Coletiva: Avaliação, Trabalho e Educação]

sua situação em relação ao trabalho no cotidiano e assim intervir sobre as condições de saúde delas. Com isso, é possível dar visibilidade a uma gama maior de trabalhadores formais, informais e desempregados do território.^{1,10}

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), publicada em 2012, reforça que as ações de ST sejam desenvolvidas junto à APS e define os princípios, diretrizes e estratégias a serem observados pelas três esferas da gestão dos serviços de saúde pública, para que estes se mantenham comprometidos com a atenção integral à ST. Além disso, ressalta a importância das ações da Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) para sua efetiva implementação, por meio da inspeção em ambientes de trabalho. Essas ações têm caráter processual, educativo, interdisciplinar e intersetorial, nas quais deve haver a participação dos trabalhadores.^{2,5,10}

Assim, a PNSTT traz um novo olhar em relação ao trabalhador, na qual as ações de ST vão desde o mapeamento das atividades produtivas no território até o desenvolvimento de estratégias de capacitação e Educação Permanente (EP) para as equipes da APS.¹¹

Diante desse panorama e de sua importância no contexto atual, objetivou-se neste estudo sistematizar, caracterizando e

descrevendo, os principais temas que têm sido abordados na literatura científica, acerca de ST na APS.

2. METODOLOGIA

O presente estudo baseou-se na proposta de Arksey e O'Malley¹², para mapear uma literatura de destaque na área de interesse, a qual é composta das seguintes etapas: 1) Identificar a questão da pesquisa; 2) Identificar os estudos relevantes; 3) Selecionar os estudos; 4) Mapear os dados; 5) Agrupar, resumir e relatar os resultados.

A busca foi realizada nas bases de dados da Literatura Latino-Americanae do Caribe em Ciências da saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Scopus. Foram utilizados os seguintes descritores e o operador booleano: saúde do trabalhador AND atenção primária à saúde, sistema único de saúde, PNSTT, vigilância em saúde do trabalhador e seus correlatos em inglês. Forem utilizados como critérios de inclusão: estudos realizados no Brasil, publicados entre os anos de 2009-2019, com abordagens quantitativa e/ou qualitativa, que tratavam da ST na APS, publicados nas bases citadas ou encontrados na literatura cinzenta, os quais responderam ao

objetivo da pesquisa. Foram excluídos artigos de revisão e estudos que tratavam da saúde dos profissionais da APS.

Para a identificação dos estudos que poderiam ser incluídos, três pesquisadores realizaram a leitura criteriosa do título e o resumo de todas as publicações localizadas pelas estratégias de busca. Para eleger as publicações que entrariam na revisão final, efetuou-se, na íntegra, a leitura do material selecionado acima. Para que a publicação fosse eleita para a revisão, precisava tratar de práticas em saúde do trabalhador no território da APS.

Foram encontrados 511 artigos e quatro dissertações. No processo de remoção de duplicatas, foram excluídas 17 publicações, restando, portanto, 498 documentos, cujos títulos e resumos foram lidos. Após esse procedimento, foram excluídas 479 publicações que não atenderam aos critérios de inclusão. Ao final desse processo, restaram 19 publicações que compuseram esta revisão, constituída por 17 artigos e duas dissertações.

Em seguida, foram estruturadas as seguintes temáticas para análise das ações: Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT); Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT); Apoio Matricial (AM) em ST; Formação Profissional e Educação Permanente em ST.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (VISAT)

A VISAT possui papel proativo, preventivo e educativo no âmbito do SUS, o qual busca promover a ST e prevenir o seu adoecimento, por meio de um processo de acompanhamento contínuo e sistemático nos espaços laborais e sobre os processos produtivos.^{13,14}

Entretanto, verificou-se que as condições de trabalho têm sido desconsideradas no processo de investigação como desencadeador das situações que provocam adoecimento do trabalhador, principalmente nas violências psicológicas^{1,13,15}.

As práticas de vigilância, baseadas no contexto de saúde da população, ainda se apresentam como ações pontuais, sendo as da VISAT mais escassas ainda, o que reforça a necessidade de estabelecimento de parcerias com outros pontos da atenção^{16,17}.

Em relação às ações de vigilância desenvolvidas no âmbito da ST, percebe-se, nos estudos, o registro de agravos relacionados ao trabalho no Sistema de Vigilância Epidemiológica; as intervenções nos locais de trabalho; o mapeamento dos processos produtivos; o diagnóstico da situação de saúde dos trabalhadores; o reconhecimento do usuário-trabalhador e da relação trabalho-saúde-doença e a atuação por meio de grupos¹⁵⁻¹⁷.

No estudo de Maturino, Fernandes e Rêgo⁵, verificou-se que as inspeções nos ambientes de trabalho ocorreram para realizar mapeamento de risco dos processos produtivos e verificar o cumprimento de recomendações de controle. Durante todas as inspeções, houve participação de trabalhadores como informantes, corroborando o artigo nº6 da PNSTT, que mostra a importância de escutar os trabalhadores. Já Maciel¹⁸ enfatiza que a vigilância é ineficiente sem a participação dos trabalhadores.

É oportuno enfatizar que os trabalhadores devem ser encaminhados aos CEREST ou a outros serviços, se necessário, quando se esgotarem todas as possibilidades de se estabelecer o nexos causal dos agravos apresentados.¹⁹

Observou-se que, dos casos de trabalhadores que sofreram Acidentes de Trabalho (AT) ou possuíam doenças relacionadas ao trabalho, os quais também foram atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), apenas 4% eram notificados, percentual relacionado exclusivamente aos trabalhadores formais, colocando em relevo a invisibilidade dos trabalhadores informais¹⁷.

As notificações de violências, AT e doenças relacionadas ao trabalho são consideradas uma estratégia essencial para o desencadeamento de ações de promoção e prevenção da ST, uma

vez que, durante as inspeções aos ambientes laborais, é possível observar casos que são negligenciados¹⁹.

Entretanto, são notáveis as dificuldades para se chegar ao nexo causal entre saúde e trabalho, as quais consequentemente contribuem para a subnotificação^{1,20,21}. Essa subnotificação leva a um distanciamento da realidade, o que fragiliza o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e de vigilância na ST.

Nessa perspectiva, nota-se, a partir da literatura analisada, que as ações em VISAT, apesar de serem realizadas muitas vezes de forma pontual e com base na lógica da investigação feita no chão de fábrica, têm sido executadas de acordo com o proposto pelo campo da ST. Entretanto, é primordial ressaltar que a APS necessita redesenhar sua prática a partir das singularidades do território e de seus determinantes sociais e ampliar e executar as ações de ST de maneira mais efetiva, contínua e sistemática em sua área de abrangência.

3.2 SAÚDE MENTAL RELACIONADA AO TRABALHO (SMRT)

A reestruturação da economia tem proporcionado alterações no perfil de morbimortalidade da população trabalhadora, uma vez que o trabalho passou a exigir maior envolvimento da subjetividade das pessoas, o que vem refletindo em demandas de saúde diversificadas e desafiadoras para o sistema público^{2,7,13}.

O enfrentamento aos agravos à SMRT é muito fragilizado, pois o nexo causal entre adoecimento mental e condições de trabalho existentes atualmente ainda é considerado um desafio para os profissionais de saúde^{1,13}.

Destaca-se que, em virtude do aumento no número de situações de Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho (TMRT), a RENAST tem induzido a implantação da vigilância em SMRT. Entretanto, ainda são poucos os estudos que trazem esse panorama, sendo perceptível a fragilidade no engajamento político e técnico nas ações de SMRT, uma vez que não há investimento em ações de promoção e prevenção da saúde nessa área.²²

É preciso que os profissionais de saúde da APS e também de outros serviços compreendam que o adoecimento mental pode ser desencadeado ou agravado pelo trabalho; também é necessário que criem estratégias para enfrentar as condições precárias existentes nos espaços laborais¹³.

Salienta-se que a limitação no processo formativo dos profissionais de saúde pode ser um contribuinte para que a SMRT seja marginalizada durante as abordagens e ações na APS, o que contribui para que o trabalho seja negado como locus de produção de subjetividade e consequentemente de transtornos mentais^{7,8}.

Em relação às ações em SMRT, foram identificadas nos estudos^{13,22}: a criação de grupos para problematizar situações no trabalho; atividades educativas sobre assédio moral; o apoio ao desenvolvimento de associações que reivindicuem reparações de danos advindos do trabalho e o desenvolvimento de oficinas de trabalho e geração de renda nos moldes da economia solidária^{13,22}.

No que compete às ações realizadas na experiência com os CEREST, Cardoso e Araújo⁷ destacam as ações de assistência para estabelecimento do diagnóstico e o encaminhamento de casos de TMRT para a Rede de Atenção Psicossocial (RAP's), para determinação do nexos. Entretanto, o que se observa na prática é que a rede de ST e a de saúde mental não possuem um bom fluxo, dificultando a comunicação entre ambas, o diagnóstico correto, a prescrição terapêutica adequada e a garantia dos direitos

sociais^{1,7,8}. Fazer o diálogo entre saúde mental e trabalho é outro desafio para a APS.

3.3 APOIO MATRICIAL (AM) EM ST

O AM é uma metodologia que tem possibilitado a qualificação do processo de cuidar no campo da ST. O cuidado, por sua vez, dá-se de forma interdisciplinar e em relações horizontalizadas de corresponsabilização sanitária entre matriciadores e Equipe de Referência(ER), o que tem facilitado a articulação entre a ESF e CEREST, pois as equipes, por meio das discussões e atendimentos compartilhados, aprendem a reconhecer e a atuar na ST^{9,10,13}.

Foram identificadas algumas estratégias que colaboram para a efetivação das ações de matriciamento pelo CEREST, como a participação nas reuniões de colegiados dos coordenadores e de equipes das unidades de saúde; a discussão de casos atendidos nos serviços; a articulação entre referência e contrarreferência; a educação permanente em saúde e o desenvolvimento de ações conjuntas no território¹⁹.

Souza e Bernardo¹³ apontam em seu estudo, como ações de matriciamento, as agendas com os psicólogos da APS para tratar da relação entre adoecimento mental e trabalho; os encontros com os agentes do município responsáveis pelo tratamento de

pessoas com TMRT; formações sobre notificação dos TMRT no SINAN e a elaboração e entrega de material educativo para diversos pontos da rede de saúde da cidade.

Lazarino, Silva e Dias¹⁰ acrescentam que as reuniões de matriciamento possibilitaram um novo olhar sobre o trabalho, como determinante do processo saúde-doença, contribuindo para a diminuição dos encaminhamentos ao CEREST, para as ações de vigilância e para a criação de vínculo entre os profissionais.

No que tange às dificuldades e aos desafios encontrados pelos profissionais para prestar AM, estudos^{9,10} apontam como obstáculos: a sobrecarga de trabalho; o número insuficiente de profissionais; a falta de periodicidade dos encontros devido à incompatibilidade de agendas entre os serviços; o déficit de conhecimento dos profissionais para atuar em ST e a rotatividade desses trabalhadores, interferindo na continuidade e efetividade das ações.

Cabe ressaltar que, para a efetiva implementação das ações em ST, é necessária a integração do sistema para além de uma parceria entre ESF e CEREST, como envolvimento dos trabalhadores de saúde e, principalmente, o reconhecimento da interdisciplinaridade.

3.4 FORMAÇÃO PROFISSIONAL E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ST

A Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) traz em seu arcabouço que os processos formativos devem ser embasados no processo de trabalho das equipes e na realidade da população adscrita. Contudo, ainda existe a prática de ensino-aprendizagem unilateral e hierárquica, no desencontro da propostado matriciamento.¹⁰

Em relação às ações desenvolvidas por profissionais da ESF em ST, um estudo² identificou a necessidade de EP nessa área, uma vez que os entrevistados afirmaram que a falta de conhecimento sobre o assunto é considerada um impedimento, ao mesmo tempo em que serve como justificativa para a não realização das ações.

No estudo de Mori e Naghettini²¹, que buscou investigar o conhecimento de profissionais da ESF sobre doenças ocupacionais, verificou-se que os mesmos têm dificuldade em conceituá-las e associam isso ao déficit de formação profissional na área, acarretando incipiência de ações voltadas para os trabalhadores.

O que tem se notado é o baixo investimento da gestão municipal em ações de EP e consequentemente na formação de profissionais mais qualificados para o cuidado à ST.

Aponta-se também a necessidade de qualificação dos profissionais que estão na linha de frente do matriciamento, o que pode ser comprovado em um estudo¹⁰ que observou que alguns desses profissionais não se sentem preparados para exercer a função de apoiadores, gerando o sentimento de insegurança perante os encontros de matriciamento.

A fragilidade na abordagem de conceitos e ferramentas do campo da ST nos cursos de graduação e pós-graduação foi apontada em estudos^{10,20} como possível justificativa para ações pontuais em ST.

Nos estudos^{20,21} foram encontradas as seguintes sugestões para aperfeiçoar o entendimento dos futuros e atuais profissionais de saúde, sobre a influência do trabalho na ST: melhorar a abordagem e a carga horária da disciplina de ST nas graduações e pós-graduações; incorporar o tema no processo de EP; realizar intercâmbio de experiências bem sucedidas e despertar o interesse da gestão do município e dos profissionais para a vivência do campo saúde-trabalho, com intuito de

melhorar o acolhimento ao trabalhador e as ações de prevenção, assistência e vigilância em ST.

Além disso, a territorialização tem sido apontada como uma facilitadora para a sensibilização dos profissionais quanto ao reconhecimento do usuário como trabalhador, uma vez que contribui para a identificação dos agravos a saúde proveniente dos processos produtivos^{2,23}.

Observa-se, a partir desse contexto, que a questão do processo formativo fragilizado em ST, seja na graduação, na pós-graduação ou no programa de EP dos serviços de saúde, é fortemente enfatizado nos estudos analisados, o que pressupõe que a base de mudanças na rotina de cuidados à ST deva incluir também esse ponto.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da literatura analisada, observou-se que a produção de estudos que tratam da ST na APS ainda é escassa. Porém, os temas encontrados possuem grande relevância, os quais, em sua maioria, são tratados dentro do arcabouço teórico que orientam a PNSTT.

Entretanto, ressalta-se que as ações em ST ainda não foram implementadas de forma plena e efetiva pelos serviços de saúde,

sendo ainda fortemente influenciadas por práticas exportadas da indústria e da empresa para aplicação no território da APS, sem levar em consideração suas singularidades e implicações para a coletividade.

Observou-se que a maioria das ações realizadas ainda se desenvolvem de maneira pontual, o que presume a necessidade de maior responsabilização da APS com o trabalhador e com o trabalho no seu território. Para tanto, a territorialização pode ser uma potente ferramenta para a longitudinalidade do cuidado, se alinhada a outras ferramentas disponíveis na APS.

Por fim, é oportuno salientar que a ST não se limita à área da saúde e também necessita do apoio e articulação de outros campos de conhecimentos e setores sociais, em uma compreensão transdisciplinar, para que ocorra a atenção integral à ST.

REFERÊNCIAS

1 MELO, C.F.; CAVALCANTE, A.K.; FAÇANHA, K.Q. Invisibilização do adoecimento psíquico do trabalhador: limites da integralidade na rede de atenção a saúde. *Trab Educ Saude*, v.17, n. 2, p. 1143-1150, 2019.

2 SILVA, A.; FERRAZ, L.; RODRIGUES-JUNIOR, S.A. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária no

município de Chapecó, Santa Catarina. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, v. 41, e.16, p. 1-9, 2016.

3 DIAS, E.C.; HOEFEL, M.G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 4, p. 817-827, 2005.

4 BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

5 MATURINO, M.M.; FERNADES, R.C.P.; RÊGO, M.A.V. A atuação do SUS na Vigilância de ambientes de trabalho: a experiência do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Cesat) na Bahia. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, v. 43, e. 10, p. 1-13, 2018.

6 BRASIL. Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009. **Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.

7 CARDOSO, M.C.B.; ARAÚJO, T.M. Atenção aos transtornos mentais relacionados ao trabalho nas regiões do Brasil. **Psicol Soc**, v. 30, e163746, p. 1-11, 2018.

8 CARDOSO, M.C.B.; ARAÚJO, T.M. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, [s.l.], v. 41, e. 7, p. 1-14, 2016.

9 SANTOS, A.P.L.; LACAZ, F.A.C. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de

Amparo/SP. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 17, n. 5, p.1143-1150, 2012.

10 LAZARINO, M.S.A.; LACERDA E SILVA, T.; DIAS, E.C. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. *Rev. Bras. Saúde Ocup*, v. 44, e. 23, p. 1-8, 2019.

11 BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

12 ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *Int J Social Res Methodol*, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005;

13 SOUZA, H.A.; BERNARDO, M.H. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. *Rev. Bras. Saúde Ocup*, v.44, e. 26, p. 1-8, 2019.

14 VIANNA, L.C.R.; FERREIRA, A.P.; VASCONCELLOS, L.C.F. Vigilância em Saúde do Trabalhador: um estudo à luz da Portaria nº 3.120/98. *Saúde Debate*, v. 41, n. 114, p. 786-800, 2017.

15 PINTOR, E.A.S.; GARBIN, A.C.; Notificações de violência relacionadas ao trabalho e vigilância em saúde do trabalhador: rompendo a invisibilidade. *R Rev. Bras. Saúde Ocup*, v.44, n. 20, p. 1-9, 2019.

16 AMORIM, L.A. *et al.* Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da

Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 10, p.3403-3413, 2017.

17 BALISTA, S.R.R.; SANTIAGO, S.M.; CORRÊA FILHO, H.R. A atenção à saúde do trabalhador nas unidades básicas de saúde do SUS: estudo de caso em Campinas, São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Ocup**, v. 36, n. 124, p.216-226, 2011.

18 MACIEL, T.R.S. **Análise das ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos CEREST da Região Centro-Oeste do Brasil**. 2014. 71 f. Dissertação (Mestrado) - Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014.

19 DIAS, M.D.A; BERTOLINI, G.C.S.; PIMENTA, A.L. Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Trab Educ Saúde**, v. 9, n. 1, p.137-148, 2011.

20 SILVA, T. *et al.* Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. **Interface**, v. 18, n. 49, p.273-288, 2014.

21 MORI, E.C.; NAGHETTINI, A.V. Formação de médicos e enfermeiros da estratégia Saúde da Família no aspecto da saúde do trabalhador. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, p.25-31, 2016.

22 CONCIANI, M.E.; PIGNATTI, M.G. Concepções e práticas de vigilância em saúde mental relacionada ao trabalho. **Espaç. saúde (Online)**., v. 16, n. 2, p.45-55, 2015.

23 PESSOA, V.M. *et al.* Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 8, p.2253-2262, 2013.

7.3 O Resumo a seguir foi submetido ao 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva em 30 de Setembro de 2020 e apresentando na data de 23 a 26 de Março de 2021.

A INTRA E INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE DO TRABALHADOR: O DISCURSO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Débora Thaise Freires De Brito
Bruna Araújo Pires
Robson Da Fonseca Neves

Introdução: A Saúde do Trabalhador (ST) se caracteriza como um campo de práticas político-ideológicas e saberes interdisciplinares que leva em consideração a relação trabalho-saúde-ambiente como determinante do processo saúde-doença. As ações em ST, no cenário da Atenção Primária a Saúde (APS), ainda se constituem como um desafio para os gestores e profissionais das Equipes de Saúde da Família (eSF), uma vez que muitos profissionais tem pouco entendimento do trabalho como determinante do processo saúde-doença e, por vezes, não reconhecem o usuário como trabalhador, o que dificulta a implementação de ações nesse campo e, consequentemente, a efetivação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora. Sabe-se que para uma assistência integral e acesso ampliada a ST, os profissionais da eSF necessitam de articulação e Apoio Matricial de equipes especializadas e serviços de vigilância, bem como de setores sociais diversos, para prevenção e controle de riscos nos espaços laborais e resolutividade do cuidado em saúde. Mas, apesar de toda legislação existente em relação à ST no Sistema Único de Saúde, ainda existem entraves para efetivação das ações desse campo no cenário da APS. **Objetivos:** Analisar o discurso de profissionais da equipe de Saúde da Família quanto aos sentidos e significados atribuídos a Saúde do Trabalhador no território da Atenção Primária à Saúde. **Metodologia:** Estudo qualitativo, desenvolvido com profissionais da Estratégia de Saúde da Família de João Pessoa, que exercem atividades laborais há no mínimo um ano; excluindo-se aqueles que estavam afastados ou exerciam outros cargos ou funções. A coleta de dados ocorreu de junho a setembro de 2020 por meio de entrevista semiestruturada. Os recortes transcritos foram identificados pelas iniciais da categoria profissional de cada participante, seguidos com números cardinais de acordo com a ordem das entrevistas, sendo analisados a partir do referencial teórico-metodológico da Análise do Discurso francesa e de três questões heurísticas: qual é o conceito-análise presente no texto?, como o texto constrói o conceito-análise? e a que discurso pertence o conceito-análise construído da forma que o texto constrói?. A pesquisa obedeceu às recomendações éticas dispostas na Resolução nº466/2012 e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba sob CAEE 87110318.0.0000.5188. **Resultados e Discussão:** Participaram 16 profissionais, dentre eles enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas com tempo de trabalho de mais de 10 anos. A maioria era do sexo feminino e com idade entre 28 e 70 anos. As marcas textuais do discurso dos profissionais apontaram para uma

(Des)articulação intra e intersetorial em ST na APS, onde os participantes relataram que “não têm matriciamento” (M1), não sabem “como ir atrás [do] CEREST” (E2), que os serviços em ST “não têm atuado” (D1) no território, e consequentemente os profissionais “têm pouco acesso” a rede, uma vez que “todas as vezes que eu encaminhei, eu não recebi contrarreferência” (M3). Nessa conjuntura, a intra e intersetorialidade em ST são vistas como uma prática fragilizada, por serem apresentadas como algo “surreal” (D1), “praticamente nula” (M1) e “bem vaga” (E2). Infere-se que esse cuidado fragmentado e individualizado ocorra em virtude da ST não ser prioritária nas ações da APS e ações transversais não serem valorizadas, necessitando-se de mudanças no processo de trabalho para que ocorra a operacionalização da rede em ST a partir da articulação dos diversos setores sociais e da saúde, visando à integralidade do cuidado ao trabalhador. **Considerações finais:** O discurso dos profissionais evidenciou que, na prática, os avanços no campo da ST não garantiram a efetivação da intra e intersetorialidade a partir da integração de diversos setores que visam à prevenção e controle dos riscos laborais e ambientais, sendo está praticamente inexistente. Destaca-se indícios de uma prática profissional precarizada, resultante de um percurso histórico em que o processo de trabalho depende de como as relações sociais dominantes na sociedade tecem as redes de atenção à saúde, ficando explícito a fragilidade no vínculo com os serviços de ST, necessário para integração do sistema e para interdisciplinaridade. Os sentidos construídos apontam para necessidade de um trabalho colaborativo em ST. Como limitação deste estudo, aponta-se a inclusão apenas de profissionais de nível superior das eSF, o que pode limitar a compreensão do tema estudado e os sentidos e significados atribuídos a ST, na perspectiva da intra e intersetorialidade, pelos demais profissionais.

Referências

- AMORIM, L.A.A. et al. Vigilância em saúde do trabalhador na atenção básica: aprendizagens com as equipes de saúde da família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.22, n.10, p.3403-3413, 2017.
- BARROS, J.O. et al. Intersectorialidade em saúde e trabalho no contexto atual brasileiro: utopia da realidade? *Interface*. v.24, e190303, 2020.
- DIAS, M.D.A.; BERTOLINI, G.C.S.; PIMENTA, A.L. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. *Trabalho, Educação e Saúde*, v.9, n.1, p.137-148, 2011.
- MINAYO-GOMEZ, C.; VASCONCELLOS, L.C.F.; MACHADO, J.M.H. A brief history of worker's health in Brazil's unified health system: Progress and challenges. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, n.6, p.1963-1970, 2018.
- ORLANDI, E.P. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. 9 ed. Campinas: Pontes Editores, 2010. SOUZA, S.A.F. *Análise de discurso: procedimentos metodológicos*. Manaus: Instituto Census, 2014.

7.4 O Resumo a seguir foi submetido ao 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva em 30 de Setembro de 2020 e apresentando na data de 24 de Março de 2021.

OS DISCURSOS DE PROFISSIONAIS FISIOTERAPEUTAS SOBRE SUA ABORDAGEM NA APS: A SAÚDE DO TRABALHADOR DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

Bruna Araújo Pires
Robson Da Fonseca Neves
Débora Thaise Freires De Brito

Introdução: A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo mais adequado por seus atributos de responsabilidade territorial e orientação comunitária, para apoiar as populações mantendo o contato e o vínculo entre profissionais e usuários. Assim, circunstâncias impactantes da pandemia, como o trabalho, puseram em evidência potencialidades, tensões e fragilidades de elementos desse modelo. O trabalho pode ser considerado como direcionador da vida social, espaço de dominação e resistência dos trabalhadores e determinante das condições de vida e saúde das pessoas. A saúde do trabalhador foi um dos problemas mais expostos pela pandemia, pois trata-se de um contingente grande de desempregados e outros trabalhando expostos ao risco de adoecer por COVID-19 em função da atividade laboral. O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) modificou seu agir para atender a demanda emergente com a pandemia. Neste sentido, interessa-nos a abordagem do fisioterapeuta e seu lugar de fala no território. Por isso, adotou-se a Análise de Discurso (AD), visando compreender como os objetos simbólicos produzidos pelo dizer produzem sentidos que falam sobre relações mais amplas e complexas. **Objetivos:** Conhecer os discursos de fisioterapeutas acerca da assistência fisioterapêutica no cuidado ao usuário-trabalhador frente à pandemia da COVID-19 na APS e Compreender o que as formações discursivas dos fisioterapeutas estão comunicando sobre seu modo de atuar na APS. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, ancorada na Análise de Discurso (AD) de origem francesa. A AD foi elencada como referencial teórico-metodológico por ser capaz de evidenciar, por meio das formações discursivas, os sentidos e significados atribuídos à Saúde do Trabalhador na Atenção Primária à Saúde (APS). Participaram do estudo 7 profissionais fisioterapeutas atuantes na APS no município de João Pessoa-PB. A amostra foi delimitada por saturação teórica. As entrevistas feitas utilizando a interface do computador ocorreram no período de 24 de junho a 15 de julho de 2020. O corpus foi obtido mediante um roteiro com questões norteadoras. Como ponto de partida, foi construído o conceito-análise a priori: discursos sobre assistência fisioterapêutica ao usuário-trabalhador na APS. Outrossim, em função do período pandêmico da COVID-19, emergiu o conceito-análise a posteriori: a saúde do trabalhador fisioterapeuta na pandemia da COVID-19: o discurso de quem não está no hospital.

Resultados e Discussão: Os informantes foram cinco mulheres e dois homens, com idade entre 26 e 36 anos. As condições de produção caracterizaram-se pelo fato de que apresentavam de 1 a 8 anos de experiência profissional na APS. A partir de formações discursivas “vai ter que esperar a pandemia passar para ser atendido”, “a gente sabe que não tem uma vigilância”, “a maioria entende que vigilância é para encontrar coisas erradas no território” os discursos revelam limitações para a realização de ações de assistência aos usuários-trabalhadores e vigilância no território mesmo antes da pandemia, fatos já presentes antes da pandemia. Por meio da recorrência de marcas textuais como “vulnerável”, “sobrecarga”, “estafa”, “frustração”. Essas marcas também estavam presentes nos fisioterapeutas nos hospitais, no entanto, ecoa a marca “desvalorizado”, isso difere os fisioterapeutas da alta complexidade dos da APS, pois o trabalho do fisioterapeuta na APS, como o trabalho de todos os profissionais da APS foi desqualificado e de certa forma reafirmou-se a lógica hegemônica do modelo hospitalocêntrico na pandemia.

Considerações finais: Os discursos de fisioterapeutas despontam a descontinuidade da assistência durante a pandemia, o que prejudica uma grande parte dos usuários que são dependentes desse cuidado. Dessa forma, contribuindo para o agravamento de condições já preexistentes. No entanto, aproximou-os de outras ações no território que eles nunca tinham desempenhado como a vigilância, a busca ativa, as técnicas de controle de epidemias etc. Ao transpor de uma ação exclusivamente reabilitadora, o fisioterapeuta passou a ampliar a sua atuação, contribuindo de maneira mais efetiva na assistência na APS, tendo que aprender e utilizar novas ferramentas de atuação para garantir a contenção da disseminação de casos de COVID-19 no seu território e com isso compoando com a eSF uma articulação ainda não vista e cuja experiência pode modificar muito sua visão sobre o seu trabalho.

Referências

- AMORIM, L. A.; et al. Vigilância em Saúde do Trabalhador na Atenção Básica: aprendizagens com as equipes de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, N.10, p. 3403-3413, 2017.
- BRASIL. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Cadernos de Atenção Básica*. Versão Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- GOMEZ, C.M.; et al. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, 2018.
- MEDINA, M.G.; et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, 2020.
- ORLANDI, E. *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. 12 ed. Pontes Editores: Campinas, 2015

Referências

AFFONSO, M.V.G.; et al. O papel dos Determinantes Sociais da Saúde e da Atenção Primária à Saúde no controle da COVID-19 em Belém, Pará. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, e310207, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310207>

ALBUQUERQUE, E.M. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. 2009. 99 f. Dissertação de Mestrado (Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, Rio de Janeiro: Ministério da Saúde -Fiocruz, 2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2411>

ALMEIDA, J.H.H.; FEITOSA, A.N.A.; ARAÚJO, W.A.; et al. Atenção primária à saúde: enfocando as redes de atenção à saúde. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v.9, n.11, p.9811-6, 2015. DOI: 10.5205/reuol.8008-72925-1-ED.0911201522

AMORIM, L. A.A; LACERDA E SILVA, T.; ARIA, H.P.; MACHADO, J.M.H.; et al. Vigilância em saúde do trabalhador na atenção básica: aprendizagens com as equipes de saúde da família de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 10, p. 3403–3413, 2017. DOI: 10.1590/1413-812320172210.17532017

ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. **International Journal of Social Research Methodology**, v. 8, n. 1, p. 19-32, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

BALISTA, S.R.R.; SANTIAGO, S.M.; CORREA FILHO, H.R. A atenção à saúde do trabalhador nas unidades básicas de saúde do SUS: estudo de caso em Campinas, São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 36, n. 124, p.216-226, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000200005>

BARBOSA, R.J.; PRATES, I. Efeitos do desemprego, do auxílio emergencial e do programa emergencial de preservação do emprego e da renda (mp no 936/2020) sobre a renda, a pobreza e a desigualdade durante e depois da pandemia. *Notas técnicas, Mercado de trabalho*, n.6, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/bmt69/notastecnicas2>

BARBOZA, P.C.; PIRES, A.S.; PÉREZ JÚNIOR, E.F. OLIVEIRA, E.B.; et al. Significado do trabalho: perspectivas de profissionais de enfermagem atuantes em unidades clínicas. **Revista Rene**, v.19, e32819, p.1-8, 2018. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20181932819>

BARDIN, L. Análise de conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: edições 70, 2016.

BARROSO, B.I.L. et al. Saúde do trabalhador em tempos de covid-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.326>

BATISTA, E.C.; MATOS, L.A.L.; NASCIMENTO, A.B. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.11, n.3, p.23-38, 2017. Disponível em: <https://rica.unibes.com.br/rica/article/view/768/666>

BOUSQUAT, A. et al. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. **Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco**. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco, 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/>

BRASIL. Lei n. 6.514, de 22 de dezembro de 1977. **Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo à segurança e medicina do trabalho e dá outras providências**. Brasília: Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6514.htm

BRASIL. Lei n. 6.932, de 7 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Casa civil: Brasília, 1981. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.asp

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. DIAS, E.C. (Org.). ALMEIDA, I.M. et al. (Col.). Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001a. 580 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_manual_procedimentos.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde do trabalhador**. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b. (Cadernos de Atenção Básica, nº 05). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_cab5_2ed.pdf

BRASIL. Ministério da Economia. Portaria n. 25, de 15 de outubro de 2001. **Altera a Norma Regulamentadora que trata de Equipamento de Proteção Individual – NR6 e dá outras providências**. Diário oficial da União: Brasília: 2001c, Seção 1, p.50-52. Disponível em:

https://sit.trabalho.gov.br/portal/images/SST/SST_legislacao/SST_portarias_2001/Portaria_25_Nova_NR_06.pdf

BRASIL. Portaria n. 485, de 11 de Novembro de 2005. **Aprova a Norma Regulamentadora n. 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde)**. Brasília: Diário Oficial da União, 2005, Seção I. Disponível em: <http://sbbq.iq.usp.br/arquivos/seguranca/portaria485.pdf>

BRASIL. Portaria n. 399 de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

BRASIL. Portaria n. 2.728 de 11 de novembro de 2009. **Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html

BRASIL. Portaria n. 2.669 de 3 de novembro de 2009. **Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, 2006. v. 9). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33856/396770/Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Permanente+em+Sa%C3%BAde/c92db117-e170-45e7-9984-8a7cdb111faa>

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. **Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde**. Diário Oficial da União: Brasília, 13 nov. 2009d, seção I, p.7. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8862

BRASIL. Portaria n. 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre a aprovação de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério

da Saúde, 2012. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

BRASIL. Lei complementar n. 150, de 1 de junho de 2015. **Dispõe sobre o contrato de trabalho doméstico; altera as Leis no 8.212, de 24 de julho de 1991, no 8.213, de 24 de julho de 1991, e no 11.196, de 21 de novembro de 2005; revoga o inciso I do art. 3o da Lei no 8.009, de 29 de março de 1990, o art. 36 da Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991, a Lei no 5.859, de 11 de dezembro de 1972, e o inciso VII do art. 12 da Lei no 9.250, de 26 de dezembro 1995; e dá outras providências.** Brasília: Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp150.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510 de 07 de Abril de 2016. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.** Brasília: Ministério da saúde, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

BRASIL. Portaria n. 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).** Diário Oficial da União, Brasília, n. 183, seção 1, p. 68-76, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Ministério da Fazenda. Instituto Nacional do Seguro Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência. **Anuário Estatístico da Previdência Social.** Brasília: Dataprev, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/previdencia-social/saude-e-seguranca-do-trabalhador/dados-de-acidentes-do-trabalho>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 136 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 41). Versão preliminar eletrônica. Disponível em: http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/cadernos_da_atecao_basica_41_saude_do_trabalhador.pdf

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE cidades.** Acesso em 25 Nov. 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/joao-pessoa/panorama>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde.** Brasília: Secretaria de atenção primária à saúde; 2020a. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf> Acesso em: 30 Mar. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 467, de 20 de março de 2020. **Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19.** Diário Oficial da União, Brasília (DF), 29 Mai. 2020b. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marcode-2020-249312996>

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.309, de 28 de agosto de 2020. **Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT).** Diário Oficial da União, Brasília, Edição 68, Seção 1, p.40, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Primeiro caso de Covid-19 no Brasil permanece sendo o de 26 de fevereiro.** 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/primeiro-caso-de-covid-19-no-brasil-permanece-sendo-o-de-26-de-fevereiro> Acesso em: 29 Mar. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Painel coronavírus.** Atualizado em 15 de junho de 2021b. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em: 15 Jun. 2021

BRASIL. Vigilância Epidemiológica. **Painel COVID-19/João Pessoa.** Atualizado em 15 de junho de 2021c. Disponível em: <https://experience.arcgis.com/experience/3be82460176d4046b0c827d4d65e81a4> Acesso em: 15 Jun. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **O papel da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da covid-19.** Brasília: Secretaria de atenção primária à saúde, 2021d. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/11016> Acesso em 30 Mar. 2021.

BRASIL. Poder Executivo Federal. Medida provisória nº 1.045, de 27 de abril de 2021. **Institui o Novo Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda e dispõe sobre medidas complementares para o enfrentamento das consequências da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19) no âmbito das relações de trabalho.** Brasília: Diário Oficial da União, ed. 78, s.1, p. 2, Página: 2021e. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.045-de-27-de-abril-de-2021-316257308> Acesso em 06 Jun. 2021.

BRASIL. Poder Executivo Federal. Medida provisória nº 1.046, de 27 de abril de 2021. **Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19).** Brasília: Diário Oficial da União, ed. 78, s.1, p. 5, Página: 2021f. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.046-de-27-de-abril-de-2021-316265470> Acesso em 06 Jun. 2021.

BREHMER, L.C.F.; et al. Reflexões e inflexões sobre a COVID-19, os determinantes sociais e a promoção da saúde no contexto brasileiro. *Rev APS.*, n. 23, v. 4., 2020. p. 940-960. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.32378>

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.77-93, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>

CAMPOS, G.W.S.; et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface (Botucatu)**, v.18, Supl.1, p.983-995, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0324>

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>

CARDOSO, A.C.M. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. **Tempo Social, Revista de Sociologia da USP**, v.27, n.1, p.73-93, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-207020150110>

CARDOSO, B.B. A implementação do Auxílio Emergencial como medida excepcional de proteção social. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 1052-1063, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200267>

CARDOSO, A.C.M.; MORGADO, L. Trabalho e saúde do trabalhador no contexto atual: ensinamentos da Enquete Europeia sobre Condições de Trabalho. **Saúde e Sociedade**, v.28, n.1, p.169-181, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019170507>

CARDOSO, R.N.; SILVA, R.S.; SANTOS, D.M.S. Tecnologias da informação e comunicação: ferramentas essenciais para a atenção primária à saúde. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v.4, n.1, p.2691-2706. DOI: 10.34119/bjhrv4n1-216

CARNEIRO, A.C.L.L., et al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(2):115–20.

CASTRO, F. A. G. et al. Telemedicina rural e COVID-19: ampliando o acesso a distância já era regra. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, 2020 Jan-dez. v, 15. n, 42. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2484](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2484).

CECCON, R. F.; SCHNEIDER, I. J. C. Tecnologias leves e educação em saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19. *Scielo Preprints*, 2020. Disponível em: https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/136/160?fbclid=IwAR2qdSakiDz7sr--j6tk2XEkpF-cKI_FkxecMoCg_7BB81DSSTjB8m8nsRU Acesso em 01 Abr. 2021

CHAGAS, A.M.R.; SALIM, C.A.; SERVO, L.M.S (Org.). **Saúde e segurança no**

trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores. 2 ed. Brasília: IPEA, 2011. 398 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução n. 634, 26 de março de 2020. **Autoriza e normatiza, “ad referendum” do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2), mediante consultas, esclarecimentos, encaminhamentos e orientações com uso de meios tecnológicos, e dá outras providências.** Brasília: COFEN, 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução n.228, 16 de julho. **Regulamenta o artigo 5º da Resolução CFO 226/2020.** Brasília: CRO, 2020. Disponível em: <http://www.crosp.org.br/uploads/arquivo/9fb935f04d1b8e4d8eed246b9e82aa0f.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Brasil perde ao menos um profissional de saúde a cada 19 horas para a Covid. 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-perde-ao-menos-um-profissional-de-saude-a-cada-19-horas-para-a-covid_85778.html Acesso em 04 Jun. 2021

CORREIA, D. Auxílio emergencial no contexto de pandemia da COVID-19: garantia de uma proteção social?. **Jounarl of Management & Primary Health Care**, v.12, e 37, p.1-9. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.1023>
COSTA. S.S. Pandemia e desemprego no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 969-978, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220200170>

DAL ROSSO, S. **Mais trabalho: a intensificação do labor na sociedade contemporânea.** São Paulo: Boitempo, 2008. 208 p.

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**; v. 36, n. 6, e. 00104120, p. 1-7, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00104120>

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. **Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho.** São Paulo: Atlas, 1994. 152 p.

DESLANDES, S.; COUTINHO, T. Pesquisa social em ambientes digitais em tempos de COVID-19: notas teórico-metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 11, e00223120, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00223120>.

DIAS, E.C. **Atenção à saúde dos trabalhadores no setor saúde (SUS), no Brasil: realidade, fantasia ou utopia?.** 1994. 335 f. Tese [Doutorado em Medicina Saúde Coletiva] - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/311734>

DIAS, E. C. Saúde do trabalhador. *In*: TODESCHINI, R. (Org.) **Saúde, meio ambiente e condições de trabalho: conteúdos básicos para uma ação sindical**. São Paulo: FUNDACENTRO/CUT, 1996. 220 p.

DIAS, E.C.; HOEFEL, M.C. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia RENAST. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p.817-27, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400007>

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. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100010>

DIAS, M.D.A.; BERTOLINI, G.C.S.; PIMENTA, A.L. Saúde do trabalhador na atenção básica: análise a partir de uma experiência municipal. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 137–148, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000100010>

D'OLIVEIRA, C.A.F.B.; ALMEIDA, C.M.; SOUZA, N.V.D.O.; *et al.* Trabalho docente de enfermagem e as repercussões no processo saúde-doença. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, v.10, n.1, p.196-202, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.196-202>

DUARTE, M.L.C.; AVELHANEDA, J.C.; PARCIANELLO, R.R. A saúde do trabalhador na estratégia de saúde da família: percepções da equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**. v.18, n.2, p.323-330, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i2.32582>

DUARTE, M.Q. et al . COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 9, p. 3401-3411, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.16472020>

ENGSTROM, E. et al. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. Observatório Covid-19, Série Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde, FIOCRUZ, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-covid-19>

FARIA, J.H. Trabalho, tecnologia e sofrimento: as dimensões desprezadas do mundo do trabalho. **Revista Educação & Tecnologia**, v. 6, p. 157-177, 2003. Disponível em: <http://revistas.utfpr.edu.br/pb/index.php/revedutec/article/view/1083/686>

FARIAS, L.A.B.G. et al. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, 2020 v. 15, n. 42, 2020. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455)

FERREIRA, C.A.L. Pesquisa quantitativa e qualitativa: perspectivas para o campo da educação. **Revista Mosaico**, v.8, n.2, p.173-182, 2015. Disponível em: <http://seer.ucg.br/index.php/mosaico/article/viewFile/4424/2546>

FIGUEIREDO, A.M.; et al . Determinantes sociais da saúde e infecção por COVID-19 no Brasil: uma análise da epidemia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, supl. 2, e20200673, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0673>

FIHO, J.M.J. et al. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v.45, e14, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369ed0000120>

FLEURY, S. Giovanni Berlinguer: socialista, sanitaria, humanista!. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.11, p.3553-3559, 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152011.15052015

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.1, p.17-27, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>

FRANÇA, T.; MEDEIROS, K.R.; BELISARIO, S.A.; et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2017, v. 22, n. 6, p. 1817-1828. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.30272016>.

FREITAS, C.M.; ROCHA, V.; LIMA E SILVA, E.; et al. Conquistas, limites e obstáculos à redução de riscos ambientais à saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2018, v.23, n.6, p.1981-1996. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04702018>.

FRIAS JUNIOR, C.A.S. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação**. 1999. 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/5279>

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Centro de Estatística e Informação. Déficit habitacional no Brasil 2016-2019. Belo Horizonte: FJP, 2021. Disponível em: <http://novosite.fjp.mg.gov.br/deficit-habitacional-no-brasil/> Acesso em 18 Abr. 2021

GARRAFA, V.; AMARANTE, P.D.C. Giovanni Berlinguer – entre o cotidiano e as fronteiras da vida humana. **Saúde em Debate**, v.39, n.107, p.912-919, 2015. DOI: 10.1590/0103-110420151070000

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2017. 192 p.

GIOVANELLA, L.; et al. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. Scielo Preprints. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.1286

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GONÇALVES, F.G.A.; LEITE, G.F.P.; SOUZA, N.V.D.O.; SANTOS, D.M.O. Modelo neoliberal e suas repercussões para o trabalho e para o trabalhador de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE (online)**, v.7, n.11, p.6352-6359, 2013. DOI: 10.5205/reuol.3794-32322-1-ED.0711201306

GONÇALVES, F.G.A.; SOUZA, N.V.D.O.; ZEITOUNE, R.C.G.; ADAME, G.F.P.L.; et al. Impacts of neoliberalism on hospital Nursing work. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.24, n.3, p.646-53, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000420014>

GOODMAN, L. **Snowball sampling**. Annals of Mathematical Statistics, v.32, p.148-170, 1961.

GUIMARÃES, F.G; et al. A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19: relato de experiência. APS em revista, v.2, n.2, p.74–82, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/128>

HELIOTERIO, M.C. et al. Covid-19: por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, e00289121, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00289

JAPIASSU, R.B.; RACHED, C.D.A. Como a estratégia de saúde da família pode ser considerada ferramenta de apoio no combate ao Covid-19? **International Journal of Development Research**, v. 10, Issue 05, p. 36069-36074, 2020. Disponível em: <http://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/18806.pdf>

JOÃO PESSOA, Prefeitura municipal de. Secretaria Municipal de Saúde. Plano plurianual de saúde 2018 - 2021. João Pessoa, 2017.

KARASEK, R.; BRISSON, C.; KAWAKAMI, N.; HOUTMAN, I.; et al. The Job Content Questionnaire (jcq): an instrument for internationally comparative assessment of psychosocial job characteristics. **Journal of Occupational Health Psychology**, v.3, n.4, p. 322-355, 1998. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9805280>

KARINO, M.E.; MARTINS, J.T.; BOBROFF, M.C.C. Reflexão sobre as políticas de saúde do trabalhador no Brasil: avanços e desafios. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.10, n.2, p.395-400, 2011. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v10i2.9590

LACAZ, F.A.C. Reforma Sanitária e Saúde do Trabalhador. **Saúde e Sociedade**, v.3, n. 1, p. 41-59, 1994. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901994000100005>

LACAZ, F.A.C. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.4, p.757-66, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003>

LACERDA E SILVA, T.; DIAS, E.C.; PESSOA, V.M. Saúde do trabalhador na Atenção Primária: percepções e práticas de equipes de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 49, p.273-288, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0227>

LA-ROTTA, E.I.G.; PFEIFFER, C.R.C.; CORRÊA-FILHO, H.R. Nomeação e institucionalização da saúde do trabalhador: um campo em disputa. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, e0017928, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00179>

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989. 333 p.

LAZARINO, M.S.A.; LACERDA E SILVA, T.; DIAS, E.C. Apoio matricial como estratégia para o fortalecimento da saúde do trabalhador na atenção básica. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 44, e. 23, p. 1-8, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000009318>

LIMA JUNIOR, L.C. Alimentação saudável e exercícios físicos em meio à pandemia da Covid-19. *Revista UFRR, Boletim de conjuntura (BOCA)*, ano II, v. 3, n. 9, 2020. DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.3988664>

LOTTA, G. et al. Impactos da Covid-19 nos profissionais da saúde pública - 2a fase. *Revista Eletrônica Acervo Saúde / Electronic Journal Collection Health*, v.12, n.10, e4398, p. 1-11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4398.2020>

LUCCA, S.R.; RODRIGUES, M.S.D. Absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um hospital universitário do estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v.13, n.2, p.76-82, 2015. Disponível em: <https://biblat.unam.mx/hevila/Revistabrasileirademedicinadotrabalho/2015/vol13/no2/3.pdf>

LUKÁCS, G. **Ontologia do ser social: os princípios ontológicos fundamentais de Marx**. COUTINHO, C.N. (Trad.). São Paulo: Livraria Ciências Humanas, 1979. 174 p.

MAENO, M.; PARARELLI, R. O trabalho como ele é e a saúde mental do trabalhador. In: SILVEIRA, M.A; SZNELWAR, L.; KIKUCHI, L.S. *et al.* (Org.). **Inovação para o desenvolvimento de organizações sustentáveis: trabalho, fatores psicossociais e ambiente saudável**. Campinas: Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer, 2013. cap. 8, p.145-166.

MAGNO, L. et al . Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para COVID-19 no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3355-3364, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.17812020>

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da economia política - o processo de produção do capital**. 6 ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira S.A,1980. 351 p.

MARX, Karl. **Manuscritos economia y filosofia**. 10 ed. Madrid: Alianza Editorial, 1985. 251 p.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. 10 ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985. 301 p.

MATUTA, C.G.; PINTO, N.R.S.; MARTINS, C.L.; *et al.* Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.8, p.2511-2521, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015208.11652014

MEDINA, M.G.; *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, e. 00149720, p. 1-5, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720>

MELO, E.A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Revista saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, p. 38-51, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S103

MELO, C.F.; CAVALCANTE, A.K.; FAÇANHA, K.Q. Invisibilização do adoecimento psíquico do trabalhador: limites da integralidade na rede de atenção a saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v.17, n. 2, p. 1143-1150, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00201>

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, v.25, n.5, p.341-349, 1991. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>

MENDES-GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica. In: AYRES, J.R.; SANTOS, L. (Org.). **Saúde, sociedade e história**. São Paulo: Hucitec ; Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

MENESES, A.S. Gerenciamento emergencial de recursos da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à pandemia da covid-19. *SciELO Preprints*, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.557>.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MINAYO, M.C.S (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. 80 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 416 p.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 108 p.

MINAYO-GOMEZ, C.; LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p.797-807, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a02v10n4.pdf>

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, Supl. 2, p. 21-32, 1997. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600003>

MINAYO-GOMEZ, C.; VASCONCELLOS, L.C.F.; MACHADO, J. M. H. A brief history of worker's health in Brazil's unified health system: Progress and challenges. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1963–1970, Jun. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.04922018

MORI, E.C.; NAGHETTINI, A.V. Formação de médicos e enfermeiros da estratégia Saúde da Família no aspecto da saúde do trabalhador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50, p.25-31, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000300004>

NEVES, M.O. A importância da investigação qualitativa no processo de formação continuada de professores: subsídios ao exercício da docência. **Revista Fundamentos**, v.2, n.1, p.17-31, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/fundamentos/article/view/3723/2186>

OLIVAR, M. S. P. Reforma Trabalhista e Impacto na Saúde do Trabalhador. **Anais: Congresso brasileiro de Assistentes Sociais**, v. 16, n. 1, 2019.

OLIVEIRA, A.M.C.; DALLARI, S.G. Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde e o Servizio Sanitario Nazionale: a reforma da reforma – a adoção do Ticket Sanitario. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.25, n.4, p.895-901, 2016. DOI: 10.1590/S0104-12902016164264

OLIVEIRA, M.A.C; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Recomendación sobre los servicios de Medicina del Trabajo en los lugares de empleo** (Recomendación no 112 de la OIT adoptada en 24 de junio de 1959). *In: Convenios y recomendaciones* (1919-1966). Ginebra, 1966. p. 1054-1058.

PASTERNAK, S. Habitação e saúde. **Estudos avançados**, São Paulo , v. 30, n. 86, p. 51-66, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100004>.

PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS – COVID-19: AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO CEREST DIADEMA. **Boletim CEREST Diadema**, Diadema, São Paulo, n. 4, Dez. 2020. Disponível em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/BOLETIM%20CEREST%20%20Diadema%204%20COVID%2019_dez_2020.pdf

PINHEIRO, T. M. M. **Vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde: a vigilância do conflito e o conflito da vigilância**. 1996. 189 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/311737>

PINTOR, E.A.S.; GARBIN, A.C. Notificações de violência relacionadas ao trabalho e vigilância em saúde do trabalhador: rompendo a invisibilidade. **Revista Brasileira de Saude Ocupacional**, v.44, n. 20, p. 1-9, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000006918>

PFaffenbachi, G. et al. Recomendações de biossegurança para proteção de profissionais da Atenção Primária à Saúde durante o enfrentamento da COVID-19: análise dos documentos técnicos do Brasil, São Paulo e Amazonas referentes ao uso de equipamentos de proteção individual. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia*; v.8, n.3, p.94-103, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01715>

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E TRABALHO (PPGSAT). Lançamento do curso de Análise de Situação de Saúde do Trabalhador (ASST). Youtube, 28 Mai 2021, 1:14:36 h. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=lq8vXPvZEd8> Acesso em 14 Jun. 2021.

PRADO, N.M.B.L.; SANTOS, A.M. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 379-395, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s126>

QUEIROZ, A.C. et al. Cuidados voltados aos familiares de pessoas em finitude humana. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 2, e7310212151, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12151>

RAMAZZINI, B. De morbis artificum diatriba: in patavino archi-lvceo]. 1999. ESTRELA, R. (Trad.). As doenças dos trabahadores. São Paulo: Fundacentro, 2016. 343 p.

RAMOS, C.F.V.; ARARUNA, R.C.; LIMA, C.M.F.; et al. Education practices: research-action with nurses of Family Health Strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.71, n.3, p.1211-1218, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0284>

RAMOS, M.Z.; TITTONI, J.; NARDI, H.C. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.11, n.2, p.209-21, 2008. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v11i2p209-221>

SÁ, L.V.; OLIVEIRA, R.A. Autonomy: an interdisciplinary approach. **Saúde, Ética & Justiça**. v.12, n.1/2, p.5-14, 2007. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/283100664_An_interdisciplinary_approach_to_autonomous_team-based_exploration_in_disaster_scenarios

SALAMA, P. VALLIER, J. **Uma introdução à economia política**. Rio de Janeiro: Civilizações Brasileira, 1975. 203 p.

SANTOS, K.O.B. et al . Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 12, e00178320, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00178320>.

SANTOS, A.P.L.; LACAZ, F.A.C. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/SP. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, n. 5, p.1143-1150, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500008>

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, e. 2020166, p. 1-5, 2020. DOI: 10.5123/S1679-49742020000200024

SCHILLING, R.S F. More effective prevention in occupational health practice?. **Journal of the Society of Occupational Medicine**, v.34, n.3, p.71-79, 1984. DOI: 10.1093/occmed/34.3.71

SCHOLZE, A.S.; DUARTE JUNIOR, C.F.; SILVA, Y.F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?. **Interface (Botucatu)**, v. 13, n. 31, p. 303-314, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000400006>

SCHMIDT, B.; *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estudos de psicologia*, Campinas, v.37, e200063, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>

SCHWANDT, T.A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 193-217.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão de Atenção Primária. **Guia Orientador de teleconsulta e telemonitoramento na Atenção Primária à Saúde(APS)**. Rio Grande do Sul: Divisão de Atenção Primária, 2021. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/lancado-o-guia-orientador-de-teleconsulta-e-telemonitoramento-na-atencao-primaria-a-saude-aps>

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA (SESPB). Secretaria da Saúde. Paraíba confirma primeiro caso de coronavírus. Paraíba, 18 Mar. 2020a. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/noticias/paraiba-confirma-primeiro-caso-de-coronavirus> Acesso em 29 Mar. 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAÍBA (SESPB). Secretaria da Saúde. Paraíba tem primeiro óbito confirmado por Covid-19. Paraíba, 31 Mar. 2020b. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/noticias/paraiba-tem-primeiro-obito-confirmado-por-covid-19> Acesso em 29 Mar. 2021.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011. 624 p.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007. 304 p.

SILVA, A.; FERRAZ, L.; RODRIGUES-JUNIOR, S.A. Ações em Saúde do Trabalhador desenvolvidas na Atenção Primária no município de Chapecó, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 41, e.16, p. 1-9, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000122415>.

SILVA, R.S. et al. Práticas interdisciplinares no enfrentamento da Covid-19 na Estratégia Saúde da Família. *Enfermagem em Foco*, v.11, n.2, p, 246-253, 2020a. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.ESP.4220>

SILVA, H.G.N.; SANTOS, L.E.S.; OLIVEIRA, A.K.S. Efeitos da pandemia no novo Coronavírus na saúde mental de indivíduos e coletividades. *Journal of Nursing and Health*; v.10, n.esp.: e20104007, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem>

SOARES, C.S.A.; FONSECA, C.L.R. Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. *Journal of Management & Primary Health Care*; v. 12, e. 22, p. 1-11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12i0.998>

SOUSA-UVA, A. Salud y Seguridad del Trabajo en Portugal: apuntes diversos. **Medicina y Seguridad del Trabajo**, v.55, n.214, p.12-25, 2009. DOI: 10.4321/S0465-546X2009000100002

SOUZA, D.O. A saúde dos trabalhadores e a pandemia de COVID-19: da revisão à crítica. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**. v.8, n.3, p.125-131, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01627>

SOUZA, H.A.; BERNARDO, M.H. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saude Ocupacional**, v.44, e. 26, p. 1-8, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000001918>

SOUZA, K.R.; BRAGA, A.M.C.B.; ROZEMBERG, B. Formação em saúde do trabalhador e saúde ambiental: avaliação de experiência com atores locais. **Saúde em Debate**, v.41, n.114, p.976-985, 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711424

SOUZA, T.S.; VIRGENS, L.S. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.38, n.128, p.292-301, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000200016>

SOUZA, C.D.F. et al . Evolução espaçotemporal da letalidade por COVID-19 no Brasil, 2020. *Jornal Brasileiro de Pneumologia.*, São Paulo , v. 46, n. 4, e20200208, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20200208>

SPOSATI, A. O. Covid-19 Revela a Desigualdade de Condições de Vida dos Brasileiros. **Revista NAU Social**, v. 11, n. 20, p. 101 - 103, 2020.

TAVARES, C.Q. Espiritualidade e bioética: prevenção da “violência” em instituições de saúde. **Revista Pistis Praxis.**; v. 5, n.1, p.39-57, 2013. DOI: 10.7213/revistapistispraxis.7674

TAVARES, C.Q. Dimensões do cuidado na perspectiva da espiritualidade durante a pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19). *Journal Health NPEPS.*; v. 5, n.1, p.1-4, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.30681/252610104517>

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. 3465-347:4, DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>

VALE, E.P.; et al. Reorganização da Rede de Atenção à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 no município de Canaã dos Carajás, Pará. APS em revista, v.2, n.2, p.83–90, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/101>

VASCONDELOS, L.C.F.; AGUIAR, L. Saúde do Trabalhador: necessidades desconsideradas pela gestão do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v.41, n.113, p.605-617, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711320>

VIANNA, L.C.R.; FERREIRA, A.P.; VASCONCELLOS, L.C.F. Vigilância em Saúde do Trabalhador: um estudo a luz da Portaria nº 3.120/98. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 786-800, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711409>.

WAISSMANN, W. **A “cultura de limites” e a desconstrução médica das relações entre saúde e trabalho**. 2000. 352 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

WUNSCH, P.R.; MENDES, J.M.R. O Trabalho no Contexto da Reestruturação Produtiva: determinações históricas e a relação com a saúde. **Textos & Contextos**, v.14, n.2, p.291-302, 2015. DOI: 10.15448/1677-9509.2015.2.22516

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 1. 2019. [acesso 2021 May 29]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4

ZAVARIZZI, C.P.; ALENCAR, M.C.B. Afastamento do trabalho e os percursos terapêuticos de trabalhadores acometidos por LER/Dort. **Saúde em Debate**, v.42, n.116, p.113-124, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811609>.

Apêndices

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Débora Thaise Freires de Brito, pesquisador (a) da Universidade Federal da Paraíba, convido você a participar da pesquisa **“O cuidado de si e do outro: a Saúde do Trabalhador em foco em tempos de pandemia sob o olhar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família”**, cujo objetivo é compreender como se deu o cuidado de si e do outro na perspectiva dos profissionais da ESF em tempos de pandemia de COVID-19 e caracterizar as estratégias utilizadas nesse cuidado.

Para alcance do proposto, precisarei realizar com você uma entrevista individual por meio de plataforma digital, com duração máxima de uma hora. Seguirei um roteiro com perguntas que conduzam ao alcance do objetivo sendo que à medida que conversamos poderei realizar outras para o esclarecimento de sua fala. Solicito sua autorização para gravar nossa conversa, a fim de obter na íntegra seu relato.

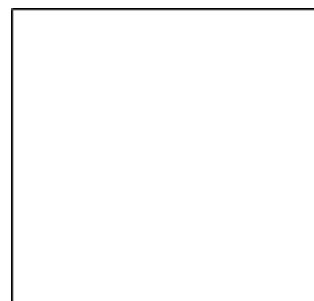
Os dados obtidos nessas entrevistas serão usados exclusivamente para fins de pesquisa e poderão ser publicados em revista científica. Porém, a sua identidade será preservada, sendo garantido o anonimato aos participantes. A participação na pesquisa não oferece riscos à saúde, nem a integridade moral.

Caso decida participar, você poderá tirar dúvidas sobre a pesquisa a qualquer momento, assim como ter acesso aos dados registrados. Também poderá não participar ou desistir de participar da pesquisa em qualquer fase de seu desenvolvimento. Para isso, bastará apenas entrar em contato diretamente com o pesquisador responsável. Não haverá nenhum tipo de prejuízo para você caso isso ocorra, na medida em que nenhum tipo de serviço prestado está vinculado à participação nesta pesquisa e nenhuma forma de remuneração será dada para quem participar desse estudo.

Agradeço a sua colaboração e solicito que, **se de acordo**, assine no espaço reservado na folha abaixo e me envie por e-mail (deborathaise_@hotmail.com). Você receberá uma via deste ofício e a outra ficará arquivada.

Eu, _____
portador do RG _____, declaro que compreendi as explicações, estando livre para aceitar ou recusar a minha participação nessa pesquisa. Entendi que terei acesso aos dados registrados e que poderei desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem penalidades ou perdas de benefícios aos quais tenho direito. Também estou ciente de que poderei tirar dúvidas em qualquer etapa dessa pesquisa. Assim sendo, após refletir sobre o assunto, decido aceitar participar da pesquisa, sem ter sido submetido à coação, indução ou intimidação.

DATA ____/____/____.



Participante

Pesquisador

Contatos

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba: Centro de Ciências da Saúde - 1º andar, Campus I - Cidade Universitária, CEP: 58.051-900 - João Pessoa-PB. Fone: (83) 3216 7791. E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Responsáveis pela pesquisa:

Prof. Dr. Robson da Fonseca Neves.

Departamento de Fisioterapia - UFPB.

Fone: (83) 99858-1112

Débora Thaise Freires de Brito

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva / Mestrado Acadêmico – UFPB.

Fone: (83) 99972-9563.

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

▪ Informações gerais do entrevistado

Data: ____/____/____	Horário: ____:____
1. Iniciais do seu nome: _____	
2. IDADE: _____ anos	
3. SEXO: () Masculino () Feminino	
4. COR DA PELE () Branca () Parda () Amarela () Negra	
5. ESTADO CIVIL: () Solteiro () Casado () União consensual () Viúvo () Separado () Divorciado	
6. NÚMERO DE FILHOS: () Nenhum () 01 a 03 filhos () 04 a 06 filhos () mais de 06 filhos	
7. RENDA FAMILIAR: () 1 a 3 salários mínimo () 4 a 6 salários mínimos () Mais de 6 salários mínimos	
8. FORMAÇÃO PROFISSIONAL () Ensino Superior completo em Enfermagem () Ensino Superior completo em Odontologia () Ensino Superior completo em Medicina	
9. IES EM QUE SE FORMOU E ANO DE CONCLUSÃO: _____	
10. TIPO DE IES ONDE SE FORMOU: () Pública () Privada	
11. NOME DO SEU LOCAL DE TRABALHO: _____	
12. HÁ QUANTO TEMPO EXERCE SUA PROFISSÃO NA APS? () 1 a 3 anos () 4 a 6 anos () 7 a 9 anos () Mais de 10 anos	

▪ **Perguntas para análise qualitativa:**

- Durante a graduação, você teve aproximação com a temática Saúde do trabalhador (ST)? Descreva-me como se deu esse contato e quais foram suas experiências na área.
- Ao trabalhar na APS, participou de capacitações/aperfeiçoamentos em ST ou fez especialização na área? Como foi? Qual o período de tempo?
 - Caso responda não: Você não fez porque não tinha interesse ou porque a gestão não disponibilizou nenhum tipo de capacitação, aperfeiçoamento? Fale-me sobre isso.
- Faz ou fez parte de algum organismo (sindicato, conselho, associação, entre outros) na área de ST? Se sim, conte-me sobre isso.
 - Caso responda não: Conte-me porque não tem interesse em participar?
- Para você, o que é Saúde do Trabalhador?
- Como você percebe sua atuação em ST?
- Como você percebe o perfil de trabalho existente no seu território de abrangência e as principais atividades produtivas?
- Como você observa a relação trabalho-saúde-doença e ambiente no contexto de seu território?
- Na sua rotina de trabalho chega trabalhadores para atendimento? Fale-me sobre isso.
- Que manuais, protocolos, fichas, você utiliza durante o atendimento ao usuário-trabalhador?
- Durante esse atendimento, como você aborda o usuário-trabalhador?
- Durante a assistência, geralmente há necessidade de encaminhar os usuários-trabalhadores para algum outro serviço? Conte-me como se dá esse processo.
- Fale-me sobre as demandas em ST mais atendidas por você.
- Você ou sua equipe já realizou ações em ST para além do consultório? Relate-me como foi.

- Conte-me como tem sido a relação dos serviços de ST atuantes no município com sua eSF?
- Fale-me como o NASF, CAPS, CEREST, atuam em ST no seu território de abrangência.
- Em sua opinião, quais as fragilidades existentes no serviço que influenciam negativamente a execução das ações em ST?
- E Quais os fatores facilitadores que auxiliam na execução dessas ações?
- Se um gestor lhe perguntasse como está sendo o cuidado a ST pela sua eSF, o que você diria?

Bloco de perguntas relacionadas à pandemia (usuário-trabalhador e trabalhador de saúde).

- Como você percebe a ST em seu território nesse momento de pandemia?
- Como está sendo sua atuação em ST nesse período?
- Que estratégias você acredita que os envolvidos na APS poderiam realizar para melhorar o cuidado aos usuários-trabalhadores nesse momento?
- Fale-me o que ocorreu na sua rotina de trabalho em função da pandemia.
- O que você pensa a respeito da prevenção e o controle da sua saúde no trabalho durante a pandemia?
- Conte-me sobre as ações que estão sendo desenvolvidas no seu ambiente de trabalho para prevenir seu adoecimento.

Anexos

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA.

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A saúde do trabalhador no território da Atenção Primária à Saúde: do contexto ao significado para trabalhadores.

Pesquisador: ROBSON DA FONSECA NEVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87110318.0.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.677.650

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado com proposta de pesquisa qualitativa com perspectiva teórico-metodológica de investigação/pesquisa social, a qual será desenvolvida nas Unidades de Saúde da Família (USF) localizadas na primeira e nona região de saúde do estado da Paraíba, constituintes das mesorregiões da mata (litoral) e sertão paraibano, respectivamente.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender o contexto do trabalho e analisar o(s) significado(s) atribuído(s) à saúde do trabalhador entre os trabalhadores na APS

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa pode trazer riscos para os participantes caso não sejam observadas as recomendações de anonimato na entrevista. Por isso, serão adotadas medidas de proteção da identidade dos participantes, uso do material coletado exclusivamente para fins de pesquisa e adoção de codinomes para evitar a identificação dos informantes.

Benefícios: apresentar elementos para se discutir os potenciais e as barreiras de implantação das ações de saúde do trabalhador na APS.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 2.677.650

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos e documentos exigidos

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1105436.pdf	11/05/2018 22:08:35		Aceito
Outros	ANUENCIAS.pdf	11/05/2018 22:02:59	ROBSON DA FONSECA NEVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	11/05/2018 22:01:17	ROBSON DA FONSECA NEVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/05/2018 21:58:17	ROBSON DA FONSECA NEVES	Aceito
Outros	ROTEIRO.pdf	06/04/2018 16:06:50	ROBSON DA FONSECA NEVES	Aceito
Outros	departamento.pdf	06/04/2018 16:06:02	ROBSON DA FONSECA NEVES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	06/04/2018 16:01:10	ROBSON DA FONSECA NEVES	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 2.677.650

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 27 de Maio de 2018

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA.



| Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 10 de janeiro de 2020

Processo nº 24.038/2019

Da: GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Para: Distrito Sanitário I, II, III, IV e V

ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A Gerência de Educação na Saúde (GES) encaminha o(a) pesquisador(a) **ROBSON DA FONSECA NEVES**, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **“A SAÚDE DO TRABALHADOR NO TERRITÓRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DO CONTEXTO AO SIGNIFICADO PARA TRABALHADORES.”**, a ser realizado neste serviço.

Informamos que o(a) pesquisador(a) deverá estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados. Além disso, após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em que foi realizada a coleta de dados.

Em tempo, solicita-se, também, a entrega de uma via digital da versão final da pesquisa na GES, a fim de subsidiar a biblioteca virtual desta gerência.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede SUS de João Pessoa, subscrevo-me.

Davy Alves da Silva
Gerência da Educação na Saúde

ANEXO C – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO “A INTRA E INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE DO TRABALHADOR: O DISCURSO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”

CERTIFICADO

Para validar, acesse <http://www.abrascoeventos.org.br/validacao/?cod=5110406>



**4º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA,
PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE**

O SUS e o projeto civilizatório: cenário, alternativas e propostas

Certificamos que o trabalho

**A INTRA E INTERSETORIALIDADE EM SAÚDE DO TRABALHADOR: O DISCURSO DE
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

dos autores: DÉBORA THAISE FREIRES DE BRITO; BRUNA ARAÚJO PIRES; ROBSON DA FONSECA NEVES,
foi apresentado na modalidade Apresentação Curta Assíncrona, no 4º Congresso Brasileiro de Política,
Planejamento e Gestão em Saúde ocorrido de 22 a 26 de março de 2021.

26 de março de 2021

Oswaldo Yoshimi Tanaka
Presidente do 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde

Gulnar Azevedo e Silva
Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva

Realização
ABRASCO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

ANEXO D - CERTIFICADO DA APRESENTAÇÃO DO TRABALHO “OS DISCURSOS DE PROFISSIONAIS FISIOTERAPEUTAS SOBRE SUA ABORDAGEM NA APS: A SAÚDE DO TRABALHADOR DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19”

CERTIFICADO

Para validar, acesse <http://www.abrascoeventos.org.br/validacao/?cod=5710795>



**4º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA,
PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE**

O SUS e o projeto civilizatório: cenário, alternativas e propostas

Certificamos que o trabalho

**OS DISCURSOS DE PROFISSIONAIS FISIOTERAPEUTAS SOBRE SUA ABORDAGEM NA APS:
A SAÚDE DO TRABALHADOR DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19**

dos autores: BRUNA ARAUJO PIRES; ROBSON DA FONSECA NEVES; DÉBORA THAISE FREIRES DE BRITO, foi aprovado na modalidade Comunicação Oral, no 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde ocorrido de 22 a 26 de março de 2021.

26 de março de 2021

Oswaldo Yoshimi Tanaka
Presidente do 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde

Gulnar Azevedo e Silva
Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva

Realização
ABRASCO
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA