



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

MÁRCIA MARIA ARAÚJO DA SILVA

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E SEGURANÇA DE TRABALHO DOS
PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UNIDADES HOSPITALARES PÚBLICAS DO
CEARÁ NA PANDEMIA DE COVID-19**

**FORTALEZA
2023**

MÁRCIA MARIA ARAÚJO DA SILVA

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E SEGURANÇA DE TRABALHO DOS
PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UNIDADES HOSPITALARES PÚBLICAS DO
CEARÁ NA PANDEMIA DE COVID-19

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Avaliação de Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa.

FORTALEZA
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S581a Silva, Márcia Maria Araújo da.
Avaliação das condições de saúde e segurança de trabalho dos profissionais da saúde em Unidades Hospitalares Públicas do Ceará no contexto da pandemia de COVID-19 / Márcia Maria Araújo da Silva. – 2023.
112 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Fortaleza, 2023.
Orientação: Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa.
1. Saúde e segurança no trabalho. 2. Avaliação das condições de trabalho. 3. Cuidados com o trabalhador da saúde. I. Título.

CDD 370

MÁRCIA MARIA ARAÚJO DA SILVA

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E SEGURANÇA DE TRABALHO DOS
PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UNIDADES HOSPITALARES PÚBLICAS DO
CEARÁ NA PANDEMIA DE COVID-19

Dissertação apresentada ao Mestrado
Profissional em Avaliação de Políticas
Públicas da Universidade Federal do
Ceará, como requisito parcial à obtenção
do título de Mestre. Área de concentração:
Avaliação de Políticas Públicas.

Aprovada em: 22/12/2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa (Orientador)
Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Regina Claudia de Oliveira Melo
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Felipe Braga Albuquerque
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Universidade Estadual do Ceará

A todos os profissionais da saúde comprometidos e dedicados, que bravamente lutam para melhorar a vida das pessoas.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma forma de reconhecer um bem-feito por outro já que não percorremos o caminho sozinhos! Concretizar essa trajetória sob circunstâncias absurdamente provadoras, só foi possível graças a uma grande “rede de apoio” que compartilhou comigo os desafios e pequenas vitórias de cada etapa dessa jornada.

A todos os familiares, amigos, professores, colegas de profissão e tantas outras pessoas que contribuíram com esse trabalho, expresse minha profunda gratidão! Ciente de que poderei cometer omissões ou injustiças, de modo especial destaco as que seguem.

Ao meu Deus Jeová, pelo poder além do normal fornecido diariamente, renovando minhas forças para seguir sem temer o improvável, transformando os sonhos em realidade. Nas horas mais difíceis, os caminhos apareceram, as oportunidades surgiram e pessoas cruzaram a minha vida e me ajudaram a seguir em frente.

A minha mãe amada Francisca Ormisa por nunca desistir de mim, sempre me ensinando o valor dos estudos e do conhecimento, investindo muitos anos da sua vida para que eu pudesse alcançar meus objetivos.

Ao meu marido Cláudio Vasconcelos da Silva, companheiro de vida, que esteve sempre ao meu lado incondicionalmente, encarando comigo os desafios que o mestrado me proporcionou, especialmente nesses últimos meses cuidando dos nossos pequenos e compensando os muitos momentos em que estive ausente.

Aos meus amados filhos, Rebeca Brisa, Bianca Íris e Danilo Edson, por todo o apoio e compreensão quando eu estava ausente ou concentrada em frente ao computador. A demonstração de orgulho e amor pela mamãe que estava estudando para ser “mestra”, se tornou referencial para se dedicarem mais aos seus próprios estudos. Muito grata pelos beijos e abraços que me revigoraram a cada etapa de estudos.

A minha amiga e mestre Enfa. Cristina Poliana Rolim Saraiva dos Santos que sempre foi minha incentivadora, acreditando em meu potencial, tornando-se um porto seguro em meio a tantas dificuldades enfrentadas na profissão e na vida.

A minha querida amiga Leone Pordeus, muito mais que uma irmã, é uma verdadeira fonte de consolo e ajuda. A minha amiga irmã Ana Paula é uma pessoa maravilhosa que guardo em meu coração.

A minha equipe do Ambulatório de Mastologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand: Claudineia, Alice, Jucilene e Francisca. A Dra. Cristiane Coutinho que é um ser humano com incríveis qualidades. Minha gratidão a todos pelo amor sincero e paciência. A Enfermeira Danila Novais, uma chefe presente e comprometida com a equipe, apoiando a construção do conhecimento.

Aos meus colegas de turma do MAPP, aqui representados pela Juliana, Liz e Virgínia, amigas que compreendem muito bem os desafios enfrentados, angústias ao longo do processo e peso da responsabilidade.

Ao corpo docente e administrativo do MAPP, em especial ao Professor Gil Célio e à secretária Vânia, por toda a dedicação e empenhada de suas atividades.

Ao Professor Dr. Fernando Pires, pela orientação inegavelmente eficiente e segura, pelas valiosas sugestões e estímulos dados. Agradeço sua generosidade em acolher a proposta deste estudo, a parceria e apoio em todos os momentos e o acreditar na minha capacidade de superar os desafios inerentes à pesquisa e ao amadurecimento acadêmico.

Aos participantes da pesquisa que se dispuseram a contribuir com esse estudo. Na dinâmica hospitalar torna-se quase impossível dispor de mais tempo, mesmo assim vocês muitas vezes substituíram o intervalo para o lanche a fim de atender as necessidades da pesquisa. Com certeza não seria possível concluí-lo sem a contribuição valiosa de todos.

A Universidade Federal do Ceará, fonte inesgotável de estudo, pesquisa e extensão, por ter me transformado em alguém melhor, não só como mestranda, mas como ser humano.

Finalmente, agradeço imensamente a todos que não citei por nome, mas que são parte muito especial da minha vida, minhas amigas de profissão, irmãs de uma vida. Não teria como citar a todos por nome, pois seria com certeza a construção de outra dissertação.

“Nenhum país, hospital ou instituição de saúde pode manter seus pacientes seguros a menos que preserve a segurança de seus profissionais de saúde...” (Tedros Adhanom)

RESUMO

A saúde e segurança do trabalhador da saúde no Brasil tornaram-se amplamente debatidos com o advento da pandemia de COVID-19, promovendo visibilidade aos problemas vivenciados diariamente por esses profissionais em seu contexto laboral. A legislação trabalhista e as Normas Regulamentadoras (NR's), emitidas pelo Ministério do Trabalho disciplinam os requisitos e procedimentos relacionados à saúde e segurança dos colaboradores no ambiente de trabalho. Entretanto, disposições trabalhistas divergem quando os trabalhadores estão sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e Regime Jurídico próprio (federal, municipal ou estadual). Objetivou-se avaliar as condições do trabalho a que estão expostos os profissionais da saúde no contexto da pandemia de COVID-19. Tratou-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem quanti-qualitativa e incluiu revisão bibliográfica com análise documental além de pesquisa de campo realizada com profissionais da saúde com vínculos empregatícios distintos alocados em três instituições hospitalares públicas em âmbito federal e municipal em Fortaleza-Ceará, através de entrevista e questionário no período de maio a julho de 2022. Os dados quantitativos foram compilados através da plataforma *Research Electronic Data Capture* (REDCAP) e analisados conforme testes estatísticos descritivos, frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão. Para a análise dos dados qualitativos utilizou-se a técnica de análise do discurso aplicando como referencial teórico a triangulação de métodos de Minayo. Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa das três instituições. Os resultados apontaram que a maioria dos profissionais eram mulheres com idades entre 22 a 59 anos (98,8%), situação conjugal estável (61,5%), pós-graduação completa (43,4%), embora exercendo atividades profissionais como nível médio. A maioria era da área de enfermagem: 66,3% técnicos e 19,3% enfermeiros, com tempo de profissão entre 21 a 30 anos (48,2%). Sobre comorbidades, as mais citadas estavam relacionadas ao sistema cardiovascular (21,7%) e endócrino (13,2%). No tocante a percepção pessoal como profissional de saúde no contexto da pandemia, o sentimento mais citado foi o medo, inclusive com citações sobre a possibilidade de levar contaminação aos familiares. A respeito da reestruturação das unidades hospitalares estudadas para atendimento de casos de síndromes respiratórias, 43,3% dos participantes concordaram quanto a esse aspecto, sobretudo referentes ao ambiente físico, entretanto, quando verificada a questão do

treinamento da equipe para atendimento ao doente com COVID-19, 46,9% discordaram que se sentiam preparados; outros 42,1% enfatizaram que não existia equipamento de proteção individual suficientes. A pandemia de COVID-19 mostrou que os impactos nos serviços de saúde extravasaram o campo infra-estrutural, físico e entrelaçaram-se com as necessidades dos trabalhadores, já que, mesmo com legislações vigentes, as ações para proteção da saúde e segurança dos profissionais de saúde independentemente de seu vínculo de trabalho, não foi suficiente para atender a demanda desse profissional durante o período pandêmico atual.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Condições de Trabalho; Hospitais Públicos; Profissionais da Saúde; COVID-19.

ABSTRACT

The health and safety of health workers in Brazil became widely debated with the advent of the COVID-19 pandemic, promoting visibility to the problems experienced daily by these professionals in their work context. Labor legislation and Regulatory Norms (NR's), issued by the Ministry of Labor regulate the requirements and procedures related to the health and safety of employees in the work environment. However, labor provisions differ when workers are under the Consolidation of Labor Laws (CLT) regime and their own legal regime (federal, municipal or state). The objective was to evaluate the working conditions to which health professionals are exposed in the context of the COVID-19 pandemic. It was an exploratory and descriptive research, with a quantitative and qualitative approach and included a bibliographical review with documental analysis in addition to field research carried out with health professionals with different employment links allocated in three public hospital institutions at the federal and municipal levels in Fortaleza- Ceará, through an interview and questionnaire from May to July 2022. Quantitative data were compiled through the Research Electronic Data Capture (REDCAP) platform and analyzed according to descriptive statistical tests, absolute and relative frequencies, means and standard deviations. For the analysis of qualitative data, the discourse analysis technique was used, applying Minayo's method triangulation as a theoretical reference. This research was approved by the Research Ethics Committee of the three institutions. The results showed that most professionals were women aged between 22 and 59 years (98.8%), stable marital status (61.5%), complete postgraduate studies (43.4%), although performing professional activities such as middle level. Most were from the nursing area: 66.3% were technicians and 19.3% were nurses, with between 21 and 30 years in the profession (48.2%). Regarding comorbidities, the most cited were related to the cardiovascular (21.7%) and endocrine (13.2%) systems. With regard to personal perception as a health professional in the context of the pandemic, the most cited feeling was fear, including quotes about the possibility of bringing contamination to family members. Regarding the restructuring of the hospital units studied for the care of cases of respiratory syndromes, 43.3% of the participants agreed on this aspect, especially regarding the physical environment, however, when checking the issue of training the team to care for patients with COVID -19, 46.9% disagreed that they felt prepared; another 42.1% emphasized that there was not

enough personal protective equipment. The COVID-19 pandemic showed that the impacts on health services went beyond the infrastructural, physical field and intertwined with the needs of workers, since, even with current legislation, actions to protect the health and safety of professionals of health, regardless of their employment relationship, was not enough to meet the demand of this professional during the current pandemic period.

Keywords: Worker's Health; Work Conditions; Public Hospitals; Health Professionals COVID-19.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1- Distribuição dos profissionais da saúde por instituição e regimento.....	55
Tabela 2- Perfil sociodemográfico dos profissionais da saúde do Complexo Hospitalar da UFC e HDZAN.....	62
Tabela 3- Perfil trabalhista e profissional dos profissionais da saúde do Complexo Hospitalar da UFC e HDZAN.....	63
Quadro 1- Indicadores de saúde e segurança do trabalhador predominante na pandemia.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CFB	Constituição Federal do Brasil
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidente
CFM	Conselho Federal de Medicina
CH UFC	Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNST	Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FAP	Fator Acidentário de Prevenção
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
HDZAN	Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NR's	Normas Regulamentadoras
OIT	Organização Internacional do Trabalho

OMS	Organização Mundial da Saúde
PASS	Política de Atenção à Saúde e Segurança
PCMSO	Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
REDCAP	<i>Research Electronic Data Capture</i>
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RJU	Regime Jurídico Único
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SST	Segurança e Saúde no Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USOST	Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalhador
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	OBJETIVOS	22
2.1	Objetivo Geral	22
2.2	Objetivos Específicos	22
3	REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1	O trabalho como determinante do processo saúde-doença	23
3.2	Relação entre trabalho, saúde/doença: construindo o campo de saúde do trabalhador	24
3.3	Contexto político para o estabelecimento dos direitos trabalhistas no Brasil	31
3.4	A Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST)	37
3.5	Regime de contratação no Brasil	40
3.5.1	<i>Servidor celetista X Servidor estatutário</i>	44
3.6	COVID-19 e a detenção dos direitos dos profissionais de saúde no contexto pandêmico	48
4	PERSPECTIVA AVALIATIVA PARA O DESENHO DA PESQUISA	52
4.1	Campo de observação e local da investigação	54
4.2	Sujeitos da pesquisa e critérios de elegibilidade	56
4.3	Operacionalização da coleta de dados	57
4.4	Análise dos dados	59
4.5	Aspectos éticos e legais	60
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	61
5.1	Perfil sociodemográfico, profissional e trabalhista	61
5.2	Percepção pessoal como profissional de saúde no contexto da pandemia	71
5.3	Medidas de proteção à Saúde e Segurança do trabalhador conforme Parecer Técnico nº 120/2020	76
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS	82
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	94

APÊNDICE B - INSTRUMENTO COM DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DO COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ E HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMAN	96
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SOBRE PERCEPÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE NO CONTEXTO DE PANDEMIA DE COVID-19	98
APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO SOBRE ÀS MEDIDAS DE PROTEÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR DA SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID-19 CONFORME RECOMENDAÇÃO N° 20, DE 07/04/2020 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS).....	99
ANEXO A - PROCESSO SEI COM INFORMAÇÕES SOBRE O QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE DO COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (MEAC E HUWC)	101
ANEXO B - DOCUMENTO COM INFORMAÇÕES SOBRE O QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE DO HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMAN.....	102
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PLATAFORMA BRASIL- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WÁLTER CANTÍDIO	104
ANEXO D - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PLATAFORMA BRASIL- MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND	108
ANEXO E - DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SOB OFÍCIO N° 69/22 – HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS.....	111

1 INTRODUÇÃO

A pandemia do novo coronavírus provocado pelo SARS-CoV-2 acentuou a importância dos profissionais de saúde, principalmente daqueles que estão nos cuidados diretos aos infectados, empenhando-se incansavelmente para aliviar o sofrimento e salvar vidas, bem como evidenciou que a proteção desses trabalhadores é fundamental para garantir o funcionamento do sistema de saúde.

O hospital se configura como um ambiente insalubre, sujeitando os trabalhadores a uma série de riscos que podem ocasionar acidentes de trabalho, muitas das vezes graves e irreversíveis. Corroborando, Machado e Machado (2011), afirma que o trabalho desenvolvido dentro do ambiente hospitalar é considerado de alto risco, pela exposição aos agentes ali presentes tais como: agentes biológicos, químicos, físicos, psicossociais entre outros.

Com a pandemia de COVID-19, o sistema de saúde público no Brasil adquiriu demandas de magnitude alarmantes, alertando os governantes e líderes de saúde quanto ao enfrentamento das ameaças persistentes à saúde e segurança dos trabalhadores de saúde bem como dos pacientes.

Levantamentos realizados pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) apontam a morte de 551 médicos e 646 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, respectivamente, sendo uma morte a cada sete horas e meia, no momento da pandemia (COREN-RJ, 2022).

As expectativas geradas em torno da decadência da crise sanitária brasileira geraram medo e insegurança para esses trabalhadores, bem como para seus familiares, confirmando a necessidade de esforços para o cuidado com a saúde e segurança desses indivíduos dentro do seu espaço laboral.

Para Ribeiro *et al* (2020), as equipes de assistência à saúde constituem um grupo de risco para a COVID-19 por estarem expostos diretamente aos pacientes infectados, o que faz com que recebam uma alta carga viral. Além do mais, esses trabalhadores são submetidos a enormes situações de estresse no atendimento a esses pacientes, que na maioria das vezes são graves, e também pelas condições de trabalho ofertadas pelas instituições.

Para agravar ainda mais a situação, o despreparo dos governantes gerou colapso sanitário no país, impactando de forma avassaladora no Sistema Público de Saúde Brasileiro, expondo dessa forma a fragilidade do setor de saúde em garantir a

segurança dos profissionais envolvidos nos cuidados aos infectados. Essa dificuldade em meio a pandemia por COVID-19 gerou mais expectativas para a relevância e abordagem do tema saúde e segurança no trabalho, confirmando que a preocupação com a saúde dos trabalhadores, só se torna uma pauta para discussões na medida em que outras questões são colocadas no país.

Notoriamente, é um assunto que remete a importância da obrigatoriedade de ações práticas por parte dos envolvidos na gestão dos serviços de saúde, principalmente um maior comprometimento com as mudanças do intrincado quadro de saúde da população trabalhadora, a fim de desenvolver políticas públicas eficazes e uma intervenção apropriada dentro do espaço laboral.

O gerenciamento do meio ambiente de trabalho torna-se uma responsabilidade medular do empregador, pois este é protagonista na gestão da saúde e segurança do trabalhador, já que impõe condições que operam o processo de trabalho, ou seja, o adoecimento ou preservação da saúde dos que estão sob sua administração.

No entanto, o atual cenário brasileiro referente às normas de trabalho se configura como “predominantemente predatório”, conforme identificado por Filgueiras (2017), em sua obra “Saúde e Segurança do Trabalho no Brasil”. A integridade física dos trabalhadores é ponderada simplesmente como um limite à acumulação de capital, sob a retórica vazia das questões de promoção da saúde e segurança do trabalhador.

A década de 20 do século 21 até o presente momento foi marcada não somente pela pandemia da COVID-19, mas uma série de ataques frontais à saúde e segurança do trabalho no Brasil, apenas para citar alguns destes: a reforma trabalhista, a reforma previdenciária, entre outros. Além do mais, o projeto de lei 13.429/17, que permite a terceirização das atividades empresariais, segue impactando negativamente nas relações de trabalho, estabelecendo flagrante desobediência às leis que amparam o trabalhador (SILVA, 2017).

Desse modo, torna-se urgente a vigilância das atividades desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde em meio a pandemia, ocupando papel central na intervenção sobre os determinantes dos agravos à saúde desses indivíduos sobre a égide do campo da saúde do trabalhador, a despeito da natureza do vínculo de trabalho a que esteja submetido, pois esse é um direito constitucionalmente garantido, conforme estabelecido na Constituição Federal do Brasil no seu artigo 7º, inciso XXII

onde expressa "a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança" (BRASIL, 1988, p. 6).

O tema referente à Segurança e Saúde no Trabalho (SST) no Brasil, já havia sido objeto de previsões constitucionais e legais anteriores, sendo regulamentado na década de 1970, através da Lei 6.570/74 que alterou o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), relativo à segurança e medicina do trabalho e abriu o caminho para a publicação das Normas Regulamentadoras – NR's, normas essas, que disciplinaram o tema da SST (ALMEIDA; LIMA, 2018).

Não bastassem, essas normas atendem de maneira satisfatória a matéria da SST no âmbito das relações de trabalho regidas pela CLT. No entanto, referente a outras formas de contratação minguem sistematicamente, como no caso dos servidores estatutários porque a disciplina do tema, para estes, resume-se a tratar dos adicionais ocupacionais, perícias médicas e aposentadorias, deixando de lado importantes programas e medidas que são utilizadas no regime celetista com grande êxito há décadas, a exemplo do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA, do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional – PCMSO e da Comissão Interna de Prevenção de Acidente - CIPA, entre outros (CARVALHO *et al*, 2017; ALMEIDA; LIMA, 2018).

Tais iniciativas notadamente contribuem para a melhoria das condições de trabalho, através da busca pela neutralização e eliminação de riscos presentes nos ambientes laborais. Elas permitem ainda a ação preventiva de acidentes e adoecimento em razão do trabalho.

Nessa perspectiva, duas classes de trabalhadores estão submetidas a diferentes ramos do direito, a saber: enquanto os trabalhadores celetistas estão amparados pelo direito do trabalho através da CLT, os servidores públicos estatutários têm sua relação de trabalho maneada pelo direito administrativo, possuindo um estatuto próprio por ordenamento constitucional a depender de cada órbita de poder (Federal, Estadual e Municipal), com competência para elaborar e instituir o seu próprio Estatuto dos Servidores Públicos, aplicável aos seus respectivos entes integrantes da Administração, revelando que as formas de contratação dos trabalhadores brasileiros, possuem impactos radicais no adoecimento laboral.

Considera-se ainda que a partir da pandemia surgiu a necessidade de um olhar mais humanizado a esses trabalhadores, com ações de prevenção e promoção

da saúde e segurança do trabalho em seu ambiente laboral, considerando os problemas existentes e a insuficiência de vigilância dos ambientes laborais, as situações de riscos biológicos, físicos e psicossociais que sempre existiram, mas foram acentuados com o contexto pandêmico.

No presente estudo, alguns questionamentos surgiram: Quais as ações e os cuidados desenvolvidos pelas instituições no contexto pandêmico para os profissionais da saúde em seu ambiente laboral? Em relação à saúde e segurança no trabalho, quais os direitos estabelecidos constitucionalmente para essa classe de trabalhadores? Existem disparidades quanto a aplicação das normas de proteção, prevenção e cuidados a saúde e segurança desses profissionais enquanto trabalhadores dependendo do vínculo empregatício?

A justificativa pela escolha do atual objeto de estudo sobreveio da atividade profissional da pesquisadora como profissional da saúde por quase três décadas e esse tema emergiu a partir da percepção da exposição aos riscos advindos do ambiente trabalhado bem como as condições impostas pela profissão.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar as condições de trabalho a que estão expostos os profissionais da saúde, no contexto da pandemia de COVID-19.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a percepção dos profissionais de saúde acerca da pandemia de COVID-19;
- Verificar se as propostas estabelecidas para a saúde e segurança do trabalhador da saúde durante a pandemia de COVID-19 foram efetivadas;
- Analisar a implementação de normatizações, protocolos e recomendações definidos pelo Ministério da Saúde (MS) para proteção dos profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O trabalho como determinante do processo saúde-doença

O trabalho desempenha um papel de grande importância na vida das pessoas. Seu objetivo não é apenas assegurar a sobrevivência, mas também contribuir de forma positiva para a ascensão profissional, promovendo o aprendizado, o pertencimento, a participação e aperfeiçoamento das habilidades. E como resultado, tudo isso traz sentimentos de bem-estar, autoconfiança e realização pessoal.

Para Marx, a natureza humanizada é construída pelo trabalho, uma atividade prática e consciente, pertencente ao ser humano, sendo esse o diferencial entre o animal e o homem (ENRIQUEZ, 2014). De modo que trabalhar pode ser considerado como essência da vida, algo vital, e motivo de autoafirmação na sociedade.

Entretanto, desde tempos mais remotos até a atualidade, o conceito de trabalho adquiriu diversas conotações imbuídas pela cultura, entendimento, condições que a envolvem, e momento histórico específico de cada época.

Segundo o dicionário etimológico da língua portuguesa (CUNHA, 2007), a expressão trabalho origina-se do termo latim *tripalium*, referindo-se a um instrumento de tortura, utilizado na região europeia, onde trabalhar era associado a sofrimento e penalidade. Todavia os diversos dicionários a definem genericamente a depender das disciplinas e filosofias que a fundamentam. (NEVES *et al*, 2018).

Corroborando, Albornoz (2017) afirma que em uma linguagem coloquial, a palavra trabalho assume diversos significados, que podem ser emocionalmente expressos em dor, fadiga e tortura. Em contrapartida, outros a decifram como um conjunto de ações que o ser humano se apropria para transformar a natureza adquirindo os meios de sua subsistência.

Ferreira (2012) argumenta que o trabalho atualmente como é conhecido, remonta suas raízes históricas no fim da Idade Média e o descreve meramente como uma criação sócio-histórica dinamizada e em constante transformação.

A palavra trabalho - do latim *tripalium* – é datada historicamente, surgindo no final da Idade Média na Europa. Há um relativo consenso entre historiadores e antropólogos de que as noções de “economia”, “produção”, “trabalho” tal qual as entendemos hoje são formulações que assumiram uma face mais definida com o

advento da formação socioeconômica capitalista na Europa. Outrora, estas noções encontravam-se circunscritas, fusionadas e inseparáveis das esferas do político e/ou religioso. Neste sentido, o trabalho é, como afirma o sociólogo Freyssenet (1993), *apud* Ferreira (2012) uma invenção sócio-histórica datada.

Novamente para Marx, *apud* Lessa e Tonet (2011), o trabalho torna-se vital para a vida humana, porque ele não se limita apenas à transformação da natureza para suprir as necessidades, mas mediante ele, o homem se modifica e constrói a sociabilidade.

Desse modo, podemos afirmar que de certa forma, o trabalho dá significado à própria existência humana, configurando o homem como ser social. Para Martins e Eidt (2010), a construção sócio-histórica da humanidade se dá a partir da gênese do trabalho. Ademais, é a partir dessa construção social que o trabalho define sua estreita relação com a saúde. Logo, o trabalho é interposto de incongruências e interesses de classes, por ser ele a fonte basilar da riqueza socialmente construída (TAISSUKE, 2016).

Portanto, compreender a relação entre o trabalho e a saúde pressupõe a constatação do processo de adoecimento como determinante do fator de risco no contexto do ambiente laboral, dependendo das condições em que as atividades são desenvolvidas.

3.2 Relação entre trabalho, saúde/doença: construindo o campo de saúde do trabalhador

As profundas mudanças ocorridas ao longo das décadas no mundo do trabalho revelam que a relação entre trabalho e doença constitui um dos principais componentes para se compreender o conceito de Saúde do Trabalhador (TAISSUKE, 2016).

Cardoso (2015), relata que a percepção da relação entre trabalho e saúde baseia-se na vivência do sujeito porquê:

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; é ele que sofre o desgaste físico, mental e emocional; é ele que, por fim, adocece, sofre acidentes e morre. (CARDOSO, 2015, p. 76).

Nesse sentido, torna-se imprescindível elucidar os conceitos de saúde-doença, inseridos nas dimensões do contexto do trabalho, a fim de demonstrar quão impactantes as condições e o ambiente em que o indivíduo enquanto trabalhador encontra-se, pode influenciar negativamente para os agravos à saúde e integridade física deste (CARDOSO, 2015).

O termo saúde assim como trabalho deriva do latim *salus*, que expressa bom estado físico. Analogamente nos dicionários da língua portuguesa, atribui-se sinônimos como, bem-estar e vigor físico (CUNHA, 2007). Para Canesqui (2016), a palavra saúde não pode ser aplicada como um modelo, por não existir um conceito cientificamente fundamentado.

Em outras palavras, saúde está intimamente entrelaçada à história de cada indivíduo, por ser uma particularidade singular, intrínseca, que têm relação com os valores, expectativas e postura diante da vida. Querer defini-la separadamente das condições concretas da existência, seria o mesmo que desconsiderar o que não é conhecimento sistematizado, mas apenas os limites orgânicos produzidos pela ciência básica (CANESQUI, 2016).

Porém, em uma visão holística e ampla, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, adota uma definição do termo como: “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, tal demarcação vê o indivíduo apenas de modo subjetivo, pois a sensação de bem-estar envolve diversas variáveis, a exemplo das condições no ambiente laboral (EPSTEIN, 2011).

No entanto, desde sua formulação pela OMS, tal conceito direcionado a saúde tem sido amplamente criticado, gerando reflexões por profissionais, estudiosos e outros protagonistas da área, por classificá-la como utopia, inalcançável, além das possibilidades humanas, sendo afrontada não como uma definição, mais meramente como uma declaração (VIANNA, 2012).

Sobre a definição dada pela OMS, Bezerra e Sorpreso (2016), relatam que “[...] gerou múltiplas críticas pela amplitude, caráter subjetivo e idealização de perfeito bem-estar, aproximando-se de uma utopia”.

Corroborando, Sá Júnior (2004), comenta que:

O conceito de saúde da definição da OMS, mesmo que estivesse bem construído, dependeria do significado do conceito de bem-estar, ausente dele. A rigor a proposição da OMS significa que o ente nela caracterizado

deve ter perfeita ou completamente atendidas todas as suas necessidades, isto é, para ser considerado saudável o ser vivo deve ter satisfeitas todas as suas necessidades, quando os humanos criam sempre novas necessidades. O que configura o caráter utópico desta caracterização de saúde. (SÁ JUNIOR, 2004, p. 3).

Conforme expresso por Cardoso (2015), a saúde tem ligação direta com a possibilidade de adoecer, visto que o ambiente em que o indivíduo está inserido, bem como o contexto organizacional, político e social são determinantes para o adoecimento. De modo que a proposta da concepção de saúde sob a ótica da OMS, não conseguiu traduzir a dimensão do termo saúde.

O conceito de saúde não é tão simples como alguns pensam, dado a complexidade ao desvelamento da adjacência, pois envolve mais do que a ausência da doença, por possuir implicações legais, sociais e econômicas dos estados de saúde e doença (LOURENÇO *et al*, 2012).

Estudos comprovam que a hermenêutica da relação entre a saúde e doença, evolui desconexamente e incapaz de teorizar de forma consensual a abordagem do tema (BEZERRA; SORPRESO, 2016). Em vista disso, como bem explicado por Paparelli, Sato e Oliveira (2011), a relação entre saúde-doença nos processos de trabalho, envolve a qualidade dos ambientes, a qualidade das condições ofertadas e inquestionavelmente a qualidade de vida do trabalhador.

Portanto, a metamorfose ocorrida na organização e gestão do trabalho, repercute diretamente na vida do trabalhador, não podendo desconsiderar os riscos do adoecimento desse indivíduo na prática de suas atividades laborais (TORRES *et al*, 2011). Na compreensão desses autores, os termos "trabalho" e "saúde" se difundem em discussões acerca da temática, rompendo paradigmas das percepções e espectros de mundo que poderão influenciar na elaboração de políticas públicas (TAISSUKE, 2016).

Em conformidade, Paparelli, Sato e Oliveira (2011), confirmam que quando se trata de políticas de saúde, faz-se necessário a inclusão ampla dos determinantes sociais, que podem ser: trabalho, lazer, alimentação e condições de vida.

Saliente-se ainda, que saúde e doença estão inseridas nas sociedades humanas como fenômeno sociocultural, de modo que a partir desse contexto é que se constrói a realidade de cada grupo de sujeitos de forma coletiva e individual, para além dos efeitos biológicos da doença.

A abordagem central de saúde do trabalhador no contexto social, inclui outros fatores, como o modo de vida dos sujeitos, a conjuntura ambiental, a proporção de trabalho desenvolvido como formador de stress, bem como o círculo familiar. Todos esses fatores fazem-se indispensáveis para a compreensão da relação trabalho-saúde e o historicismo deste evento, como advento da sociedade capitalista (TAISSUKE, 2016).

A partir do exposto, o contexto social, econômico e político, no qual a saúde do trabalhador emerge como objeto de preocupação, surge com o evento da Revolução Industrial no final do século XVIII a princípio na Inglaterra (DUARTE; AVELHANEDA; PARCIANELLO, 2013). Para Araújo *et al* (2011), esse foi um período marcado por grandes transformações no cenário mundial, extremamente crítico para o ambiente, trazendo uma série de condições inóspitas aos trabalhadores.

A industrialização na Europa se inicia com a submissão dos trabalhadores a ambientes insalubres, condições precárias e também uma extensa jornada de trabalho nas fábricas. O manuseio das máquinas configurava uma atividade perigosa, por falta do conhecimento para tal realidade, bem como nenhuma preocupação com a saúde e segurança dos trabalhadores, favorecendo assim a incidência de acidentes e a proliferação de doenças infectocontagiosas decorrentes das más condições de vida no trabalho. (ARAÚJO *et al*, 2011).

A fim de subsidiar o enfrentamento dessa situação, na Inglaterra do século XIX, implantou-se dentro das fábricas um modelo de saúde voltada ao trabalhador, centrada na figura do médico, como único responsável pela prevenção das doenças e acidentes, conhecida como Medicina do Trabalho (SELIGMANN-SILVA *et al*, 2010).

Porém, ainda para Seligmann-Silva *et al* (2010), o interesse principal não era o de promover a saúde dos trabalhadores, mas sim o bom funcionamento dos processos de trabalho, evidenciando que o serviço de saúde disponibilizado era atribuído aos interesses do capital, evitando problemas com absenteísmo e esforços no retorno rápido dos afastamentos.

Citando Minayo e Thedim (1997), De Oliveira (2017) os serviços ofertados pelos empregadores no modelo fabril era eminentemente tradicional, restritos ao espaço a que esses trabalhadores estavam subjugados, sob uma ótica biologicista e individual, em que se empenham na busca das causas de doenças e acidentes, desconsiderando fatores preponderantes da vida social.

A partir de então, se expande a nível internacional a preocupação em ofertar serviços médicos aos trabalhadores. De forma, que em 1954 na Conferência Internacional do Trabalho, sob o tema “Proteção da Saúde dos Trabalhadores”, se gestam diversas recomendações e diretrizes para que os Estados membros da Organização Internacional do Trabalho (OIT), possa implementar em seus países serviços direcionados à saúde dos trabalhadores (OLIVEIRA, 2017).

No entanto, percebeu-se a insuficiência por parte da Medicina do Trabalho, em oferecer respostas às diversas questões relacionadas à saúde dos indivíduos dentro do seu espaço laboral, inseridos dentro do contexto de mudanças bruscas e repercussões na esfera do trabalho (OLIVEIRA, 2017).

Embasados nesse parâmetro de impossibilidade quanto a resolução dos agravos à saúde dos trabalhadores advindos do ambiente laboral, ampliou-se o olhar através de uma proposta interdisciplinar, incorporando outras ciências como a engenharia, a enfermagem e o serviço social, a fim de intervencionar o ambiente de trabalho e seus aspectos de forma mais contundente e balizada. Daí surge então a Saúde Ocupacional (OLIVEIRA, 2017).

A Saúde Ocupacional emerge, sobretudo, dentro das grandes empresas, com o traço da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, com a organização de equipes multiprofissionais, e a ênfase na higiene industrial. Porém, em um cenário de pós-guerra de forma abrupta e mantido ainda sob o referencial da medicina do trabalho firmado no mecanicismo, configurando-se igualmente ao anterior modelo como insuficiente (OLIVEIRA, 2017).

No Brasil, este desenvolvimento ocorreu tardiamente e assumiu diversas formas a partir da década de 1970. À exemplo disso, a Universidade de São Paulo se destacou em relação à produção acadêmica, fundando uma área de Saúde Ocupacional no interior do Departamento de Saúde Ambiental. Assim, se estabeleceu um modelo para uso de outras instituições (TAISSUKE, 2016).

Ainda de acordo com Taissuke (2016), esse modelo citado também se expressa na legislação, Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a qual foi reformulada na década de 1970, onde descreve a obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos ambientes de trabalho e na avaliação quantitativa de riscos ambientais, bem como a adoção de “limites de tolerância”.

Destarte, mesmo ante todos os esforços empreendidos o modelo de Saúde Ocupacional não conseguiu atingir os objetivos propostos por conta de diversos

fatores: tinha como referência a Medicina do Trabalho; não se concretizou a interdisciplinaridade; existiam desarticulação e dificuldades devido às lutas internas das organizações; o intervencionismo não acompanha a transformação dos processos de trabalho; sua atuação se foca no individual e não no coletivo; e finalmente, esse modelo privilegia a Saúde Ocupacional em detrimento do setor saúde (MENDES; DIAS, 1991).

Lacaz (2007) argumenta que a Saúde Ocupacional, privilegiava sua atuação sobre os indivíduos, e por se utilizar de prerrogativas no diagnóstico e tratamento de problemas de natureza orgânica, pouco tinha a oferecer quando se tratava de atuar contra os problemas advindos da relação entre trabalho e saúde.

Diante do desenvolvimento de um modelo que se estabeleceu como falho para agir como intervencionista na complexidade da realidade laboral, por desconsiderar a relação do processo saúde-doença como determinante social, conclui-se que saúde do trabalhador está envolto pelos indutivos do mundo a sua volta, que circundam a vida desses protagonistas (LACAZ, 2007).

Em contrapartida, Oliveira e André (2011), afirmam que:

A segurança e saúde ocupacional são uma área multidisciplinar relacionada com a segurança, saúde e qualidade de vida de pessoas no trabalho ou no emprego. Como efeito secundário, a segurança e saúde ocupacional também protege empregados, clientes, fornecedores e público em geral que possam ser afetados pelo ambiente de trabalho. Implica assim a soma de todos os esforços para melhorar a saúde dos trabalhadores na comunidade e nas suas indústrias, traduzindo uma forma de aproximação complexa e global entre vários saberes e disciplinas, devendo ser o cerne a saúde dos trabalhadores e não tanto os meios de intervenção, como se verificava em anteriores políticas de Medicina do Trabalho ou de Higiene e Segurança do Trabalho (OLIVEIRA; ANDRÉ, 2011, p. 118 a 119).

Para Oliveira e André (2011), esse modelo se configura como uma importante estratégia de intervenção em saúde pública, não só no que diz respeito à saúde do trabalhador, mas também como contribuição positiva para motivação e realização profissional destes. Em uma visão globalizada, esse método visa melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade, além de favorecer a produtividade e o nível das atividades econômicas.

No entanto, o modelo de saúde ocupacional não era suficiente para elevar o êxito das ações voltadas para o indivíduo como trabalhador, pois se resumiu na mera descrição do ser adoecido e da sua resposta ágil de cura a fim de corresponder

ao sistema tecnicista do capital operante na produtividade contemplada pelo empregador.

Enfim, a década de 80 traz significativa mudança de rumos na política de saúde brasileira, quando, na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, consolida-se a proposta de criação do SUS com atributo de coordenar as ações de saúde, agora alçada à condição de *direito social e de cidadania*, ações estas que englobam, como tendência mundial, a saúde dos que trabalham (LACAZ, 2007).

Sendo organizada num contexto político de transição democrática como resultado das propostas e das lutas do movimento da Reforma Sanitária, a VIII CNS foi considerada um marco para a saúde no Brasil por simbolizar o processo de construção da plataforma e de estratégias de um movimento de democratização da saúde e por inaugurar um processo de participação da sociedade civil nas deliberações sobre a política de saúde.

A partir de então se ampliou o enfoque no indivíduo trabalhador e não somente nas doenças ocupacionais, rompendo os paradigmas das propostas de saúde ocupacional e saúde do trabalhador. Emerge, portanto, a base instrumental a fim de privilegiar as medidas de prevenção incorporadas ao conhecimento dos trabalhadores, potencializando as lutas pelas melhorias das condições de trabalho e defesa da saúde da classe.

A I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (CNST) nasce do bojo da VIII CNS, especificamente em dezembro de 1986, tendo como desígnio colocar em prática propostas esboçadas a respeito da urgência em definir ações eficazes para os cuidados à saúde e segurança do trabalhador em seu ambiente laboral, e não somente isso, mas enxergá-lo como um ser participante dessas ações.

Destarte, foi possível entender que o tema saúde do trabalhador extrapola os limites de saúde ocupacional envolvendo um conjunto de fatores de ordem política, social e econômica. Evidenciando assim, que formular uma política nacional de saúde do trabalhador, capaz de contemplar toda a população trabalhadora implica entendê-la e configurá-la no âmbito de uma proposta abrangente de Política Nacional de Saúde.

A partir de então, forma-se plataformas para as próximas CNST reformulando gradativamente o campo de Saúde e Segurança dos Trabalhadores no Brasil, dando-se ênfase a um modelo democrático cada vez mais voltado ao indivíduo dentro e fora do seu ambiente laboral, levando-se em consideração todos os fatores

determinantes a promoção da saúde e prevenção de infortúnios propícios ao ambiente de trabalho no desenvolvimento das atividades.

Porém, mesmo ante todos os aspectos e diálogos em torno da temática saúde do trabalhador, percebe-se que embora tenham-se feito esforços conjuntos para a construção de argumentos e ações pelos diversos saberes, tal atitude tem se desvelado de forma incipiente, exigindo discussões e construções de políticas públicas de forma mais acentuada e dinâmica com abordagens mais amplas e contextualizadas (OLIVEIRA; ANDRÉ, 2011).

De modo que a partir dos anos 80 o campo de saúde do trabalhador emerge em meio a uma conjuntura política de organização e de lutas articuladas pela redemocratização do país, quando diversos atores questionam as concepções e as políticas públicas de saúde vigentes. Contribuindo assim para a necessidade da construção nacional de uma política de saúde para o trabalhador.

3.3 Contexto político para o estabelecimento dos direitos trabalhistas no Brasil

Questionamentos acerca da saúde e segurança do trabalhador surgem tardiamente no Brasil. Durante o período colonial e imperial (1500-1889), a maior parte do trabalho braçal era desenvolvida por escravos (índios e negros), bem como por homens livres e pobres. Preocupações com as condições de saúde e segurança do trabalhador eram pouca ou nenhuma, pois o interesse maior impunha-se a uma medicina curativa, a fim de preservar a força de trabalho (CHAGAS *et al*, 2011).

Os anos posteriores a sanção da Lei Áurea (1888) e da Proclamação da República em 1889 foram fortemente marcadas pela influência da filosofia liberal, onde a intervenção do Estado na economia era inexistente, implicando na falta de proteção do trabalho, conduzindo os trabalhadores à sua própria sorte (ALMEIDA; LIMA, 2018).

A insatisfação gerada pela classe operária com as injustiças sociais e omissão do Estado culminou em diversos movimentos grevistas na luta por mudanças efetivas no sentido da democratização do sistema de relações de trabalho no país que se tornaram cada vez mais intensa após o ano de 1900. Nesse período foi criada a primeira lei brasileira em favor do infortúnio laboral, conhecida como - Lei de Acidentes de Trabalho - através do decreto 3.724 de 15 de janeiro de 1919, modificado pelo

Decreto 13.493, de 05 de março de 1919 e, por fim, regulamentado pelo Decreto 13.498, de 12 de março de 1919 (COSTA, 2005).

Porém, tal dispositivo, acima mencionado, não previu a instituição de uma seguridade social ou meios que tornassem viáveis os meios de garantir o pagamento de indenizações por lesões provenientes de acidentes de trabalho, deixando os trabalhadores à margem de qualquer ressarcimento.

Ainda nesse período foi criada a primeira lei da previdência em 1923, com a criação da caixa de aposentadoria e pensões (CAPS). No entanto, mais uma vez esse não era um benefício global, mas pertencente apenas aos funcionários das estradas de ferro e os servidores de uma ou outra repartição pública (BRASIL, 2019).

Observa-se que mesmo com toda a pressão exercida pela classe operária por melhores condições de trabalho, as quatro décadas da República Velha foram marcadas por pouquíssimos avanços na questão trabalhista.

Com o fim da República Velha e início de uma nova República, a era Vargas como ficou bem conhecida representou uma profunda mudança de paradigmas no que se refere a políticas públicas voltadas para o trabalhador. Foi um período de grande expansão do direito do trabalho no Brasil.

A par das conquistas anteriores, embora poucas, mas existentes, o momento político tornou-se propício para uma ampliação dos direitos laborais. Fortemente influenciada pelo modelo corporativista italiano a política trabalhista do governo de Getúlio Vargas passou a aceitar maior intervenção nas relações de trabalho desempenhando o Estado um papel central no tema (OLIVEIRA; ANDRÉ, 2011).

Andrade (2009) reconhece esse período como fase de institucionalização do direito do trabalho, firmando a estrutura jurídica e institucional de um novo modelo trabalhista. Nascimento (2011) ressalta que:

"a despeito de se discutir as motivações que inspiraram Getúlio Vargas, se eram de denominação ou elevação das classes trabalhadoras, o certo é que nesse período foi reestruturada a ordem jurídica trabalhista em nosso país, adquirindo fisionomia que em parte até hoje se mantém" (NASCIMENTO, 2011, p. 99).

O governo de Getúlio Vargas teve duração de 15 anos, e pode-se afirmar que importantes transformações econômicas e sociais ocorreram nesse período no Brasil (ANDRADE, 2009). Entre as importantes contribuições na era Vargas pode ser

citada a criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, no primeiro mês de seu governo através do decreto 19.433 de 26 de novembro de 1930 e também outra medida de fundamental importância que foi a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), aprovadas pelo Decreto Lei 5.452 de 1º de maio de 1943, se tornando uma medida importante, pois antes dela, por muitos anos as leis trabalhistas cresceram de forma bastante desordenada (ALMEIDA; LIMA, 2018).

O golpe de 1964 deu início à Ditadura Militar que se estendeu até 1985. Tal processo histórico que levou os militares a organizarem um golpe contra a democracia brasileira ao destituir o então presidente João Goulart, configurou-se devido a tensões existentes entre a sociedade e na política brasileira bem como pelos choques de interesses que havia entre o governo e a elite econômica do país, aliada aos militares (BRAVO, 2006).

A política econômica do período militar (1964-1985) teve grande influência na ordem trabalhista. As leis trabalhistas passaram a ter um caráter econômico que as subordina às metas prioritárias como combate à inflação. Surge a chamada política salarial do governo. Com a adoção dessa política a decisão sobre aumento de salário saía do âmbito das negociações coletivas e da Justiça do Trabalho e a passava para o governo, que impunha uma padronização arbitrada pelo modelo oficial (NASCIMENTO, 2011).

Nesse período há destaque para a implementação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) em 1966, que se destinava a uma compensação ao trabalhador pela perda do direito à estabilidade no emprego, a qual havia sido definida na década de 30. Há também destaque para a edição da Lei Nº 6.514 que modificou o Cap. V do Título II da CLT sobre Segurança e Medicina do Trabalho. Essa alteração legislativa foi seguida por uma ampla regulamentação trazida no âmbito do poder executivo pelo Ministério do Trabalho através das Normas Regulamentadoras (NR's) sobre medicina e segurança do trabalho (ALMEIDA; LIMA, 2018).

Com o fim da ditadura militar, o cenário político assume outro tipo de governo, o civil. José Sarney é empossado presidente do Brasil após o falecimento de Tancredo Neves, com o objetivo de reconstruir a democracia (Brasil, 2019). Um fato marcante do governo de Sarney foi o advento da Constituição Federal (CF) de 1988, que impactou de forma positiva o direito do trabalho no Brasil. A chamada constituição cidadã trouxe em seu texto, importantes direitos e garantias às pessoas. No capítulo

II, são trazidos os chamados direitos sociais. Dentro desse capítulo, no artigo 7º é dedicado aos direitos dos trabalhadores (BRASIL, 1988).

O final do governo Sarney é marcado por grande ofensiva neoliberal que perpassou os governos Collor e Itamar, aprofundando-se e consolidando-se com o governo de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002). Sua implantação vem imprimindo uma política monetária com ajustes econômicos efetivos que culminou na desregulamentação de direitos sociais e trabalhistas. O neoliberalismo consubstancia o Estado mínimo para os trabalhadores e o Estado ampliado para o capital, em que os interesses privados se sobrepõem aos interesses públicos de caráter universal.

As tensões entre os paradigmas, presentes desde 1990, mantiveram-se acirradas. O governo era pontuado por uma agenda liberalizante e defendia claramente a opção pelo "Estado Mínimo" (FAGNANI, 2011). Podemos destacar as decisões envolvendo as Relações de trabalho como tendo medidas pontuais, por vezes negociadas em fóruns específicos.

Os governos petistas em 13 anos (2003-2016), sob Lula e Dilma consolidaram conquistas históricas e protegeram os trabalhadores contra a precarização dos direitos trabalhistas. Corroborando, Menicucci (2011) destaca que esse período foi marcado por importantes contribuições sociais, como a redistribuição de renda que foi o principal destaque possibilitando a implementação de políticas públicas para a população mais carente.

Muitas transformações a partir desse período ocorreram para os trabalhadores, pois agora se tinha no poder um presidente operário, que era recíproco às penalidades da classe trabalhadora. Programas e leis foram instituídos e aprovados, e praticadas com êxito.

A reformulação da força sindical através da lei 11.648 de 2007 que refletiu a característica de proximidade e diálogo de Lula com as bases, formalizando o reconhecimento legal das centrais sindicais, tornando-se uma conquista histórica para os trabalhadores.

Em 2003, a Lei 10.666 concedeu aposentadoria especial aos cooperados de cooperativa de trabalho ou de produção e criou o Fator Acidentário de Prevenção (FAP). Além disso, a Lei 11.603, de 2007, regulamentou o trabalho aos domingos para os comerciários, garantindo direitos, protegendo o trabalhador e forçando contratações. A Lei 11.648 de 2007 reflete a característica de proximidade e diálogo

de Lula com as bases, formalizando o reconhecimento legal das centrais sindicais, tornando-se uma conquista histórica para os trabalhadores.

A Lei 11.738 de 2008 instituiu o piso salarial profissional nacional para os profissionais do magistério público da educação básica, a Lei 11.770 de A Lei 12.740 de 2012, instituiu o adicional de periculosidade para os vigilantes.

Foi um período de viabilização das conquistas obtidas no plano jurídico-institucional que balizaram direitos garantidos na constituição. Em contrapartida para Olivar (2010), na prática existiam dificuldades em efetivar esses direitos, pois o contexto político ainda esbarrava no neoliberalismo de desmonte do serviço público, retraindo o movimento organizado dos trabalhadores.

Para muitos autores o governo de Lula deu continuidade e aprofundamento à orientação macroeconômica de FHC cujas propostas e reformas defendidas pelo governo petista dão sequência a contrarreforma do Estado iniciada por FHC (OLIVAR, 2010)

Porém, não se pode negar que no período em que Lula esteve no poder a política de saúde era apresentada como um direito fundamental, explícita ao compromisso em garantir acesso universal, equânime e integral a ações e serviços de saúde. Principalmente porque a base política de Lula foi deslocada e ampliada para os segmentos das classes mais pauperizadas por meio de programas compensatórios e de políticas sociais (OLIVAR, 2010).

Para os servidores públicos foi um momento de grandes expectativas devido a história de formação do partido dos trabalhadores, bem como das bases sociais que deram sustentação à agremiação ao longo de sua existência e da relação mantida com os sindicatos e movimentos sociais (GOMES; SILVA; SORIA, 2012).

Segundo comunicado do IPEA (2011) o presidente Lula contratou três vezes mais servidores do que FHC, e em 2009, através do decreto N° 6.833 foi criado o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), com o objetivo de operacionalizar os processos de trabalho e ações de vigilância dos ambientes laborais, conforme proposto nos principais eixos da Política de Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho para o servidor público federal (PASS), configurando uma grande conquista para o funcionário público federal (BRASIL, 2009).

Portanto, enquanto os governos petistas estiveram à frente do Estado brasileiro o trabalhador obteve conquistas consideráveis do ponto de vista desses indivíduos, entretanto, dentre os feitos que não agradou os servidores de todo o país,

destacou-se a Medida Provisória 520/2010 que criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), sancionada pela então sucessora, Dilma Rousseff através da Lei nº 12.550/2011, trazendo como finalidade a reestruturação dos Hospitais Universitários Federais do Brasil, prestação de serviços médicos e hospitalares gratuitos por meio do SUS à comunidade bem como apoio às instituições federais de ensino e aprendizagem, pesquisa e formação de pessoas na área da saúde pública (BRASIL, 2011).

Com o impeachment da presidenta Dilma em 2016, o país é impactado em diversos segmentos, aumentando a incerteza econômica e agravando o mercado de trabalho e conseqüentemente os trabalhadores. Dilma foi destituída e Temer assumiu a presidência em seu lugar no dia 31 de agosto do ano de 2016 (BRAVO; ANDREAZZI, 2019).

Temer (2016-2019) surge no cenário brasileiro desconfigurando os direitos trabalhistas assegurados por leis na Constituição Federal do Brasil (CFB) há décadas. Foi um período de tensões para a classe trabalhadora, pois a Reforma Trabalhista de Temer retirou direitos fundamentais dos brasileiros e agravou a crise do emprego e da renda (BRAVO; ANDREAZZI, 2019).

A legislação vigente passou a privilegiar o patrão e o mercado em detrimento do trabalhador. Entre as mudanças aprovadas pela reforma trabalhista, estavam em destaque o enfraquecimento no combate ao trabalho escravo e o desmanche dos direitos sociais dos trabalhadores. A exemplo disso podemos citar a terceirização da massa trabalhadora que rebaixa os salários e conseqüentemente as contribuições previdenciárias (CUNHA, 2017).

O governo Temer deixou o país destroçado e dando continuidade ao desmonte dos direitos sociais surge em cena Jair Bolsonaro, que assumiu a presidência do Brasil em 2019, com um discurso liberal de cunho conservador.

O atual governo iniciou seu mandato emplacando regras rígidas de ataques ao trabalhador e aos direitos sociais do povo brasileiro. Agindo contra o povo e massacrando a grande massa populacional, o presidente e sua cúpula não mediram esforços para atacar os mais indefesos e pobres (SANTOS; MARTINS, 2019).

Em meio a uma pandemia que se instalou no Brasil no seu segundo ano de mandato à frente do Estado Brasileiro, o presidente desgoverna o país na contramão, em meio a uma crise política, econômica e sanitária. Corroborando, Silva, Pires e Pereira (2020), expressa que “neste momento de crise do neoliberalismo, há

duas tarefas: uma tarefa humanitária e de saúde pública, a erradicação da COVID-19, e a outra, a destruição desse vírus mental chamado Bolsonaro!".

Diante da maior crise de saúde pública no Brasil o governo Bolsonaro aprova medidas de desconstrução da classe trabalhadora, como a Reforma da Previdência, Reforma Administrativa e destruição do serviço público com ações anticonstitucional de deliberada maldade ao desmonte do trabalhador e servidor público brasileiro, corroendo a democracia no país e causando descontentamento por parte dos trabalhadores que se sentiram desvalorizados e ameaçados em seus ambientes laborais, embora com direitos estabelecidos previamente através de planos como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (SILVA; PIRES; PEREIRA, 2020).

3.4 A Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST)

A PNST, criada através da Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, define os princípios, diretrizes e estratégias referentes à saúde do trabalhador, visando à atenção integral à saúde por meio da construção de ambientes e processos de trabalhos saudáveis, fortalecendo a vigilância laboral e os processos e agravos relacionados ao trabalho abrangendo a pluralidade de categorias, a despeito de gênero, localização, forma de inserção no mercado e vínculo (VEIGA, *et al*, 2017).

A partir desse contexto, considera-se relevante observar as relações de trabalho com o fito de propor e firmar condutas de cuidados baseados na universalidade, integralidade, participação da comunidade, dos trabalhadores e do controle social com ações de descentralização, hierarquização, equidade e precaução. Dessa forma, é possível alinhar-se com o conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2012).

A "Saúde como direito universal e dever do Estado" é uma conquista do cidadão brasileiro, expressa na Constituição Federal e regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde de Nº 8.080/90, no âmbito desse direito encontra-se a Saúde do Trabalhador. A Constituição Federal de 1988 conferiu ao SUS a responsabilidade pela atenção integral à saúde dos trabalhadores, em seu art. 200, inciso II: "executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador".

A Lei Orgânica da Saúde deliberou que estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) as ações de Saúde do Trabalhador. Definiu ainda o entendimento que: “A Saúde do Trabalhador” é um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (art. 6º, parágrafo 3º) (BRASIL, 1990).

Destarte, a vigilância em saúde do trabalhador pauta-se nos princípios do SUS como acesso absoluto e ilimitado da atenção, com ênfase nas ações de promoção e prevenção, inserindo-se o princípio da precaução (BRASIL, 2018)

Diante dessas premissas, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) propugna a inserção de ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica e na implementação de ações de vigilância e promoção em Saúde do Trabalhador, assim como pela instituição de serviços de retaguarda, de média e alta complexidade (LEÃO; VASCONCELOS, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, o termo Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Nessa acepção, considera-se a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico (GOMEZ, *et al*, 2018).

A 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 1994, destaca a temática: “Construindo uma Política de Saúde do Trabalhador”. De forma, que as deliberações dessa conferência contribuíram para o delineamento de uma Política Nacional de Saúde do Trabalhador (NARDI; RAMMINGER, 2012).

Ressaltou-se ainda que a construção e a consolidação do SUS deve contemplar a totalidade das ações de Saúde do Trabalhador, com foco nas ações de promoção à saúde, na pesquisa, na vigilância, na assistência e reabilitação. Para o SUS poder assumir totalmente as ações no âmbito da Saúde dos Trabalhadores foram necessárias algumas mudanças: 1) Indicação da necessidade de constituição de uma comissão composta por representantes do Ministério do Trabalho, da Saúde e da Previdência, com participação das Centrais Sindicais - de forma paritária - do CONASS e CONASEMS; 2) Ações em Saúde do Trabalhador que fossem desenvolvidas por equipes multiprofissionais em todos os níveis de atenção do SUS; 3) Inserção dessas ações também nos diferentes programas de saúde, em todas as

unidades de saúde e o atendimento de forma integral em toda a rede, com mecanismos de referência e contra referência para problemas específicos, em centros de referência; 4) Capacitação e treinamento de recursos humanos em Saúde do Trabalhador e a informação e ações educativas para os trabalhadores envolvidos; 5) As ações deveriam ser desenvolvidas sob a coordenação do SUS, “com a integração dos diversos órgãos nas esferas municipais, estaduais e federal, estabelecendo-se a mudança na prática de vigilância tradicional e incorporando o controle social” (LANCMAN, 2020).

Nessa perspectiva, surge uma nova abordagem relativa a discussão da relação saúde-doença com ênfase na saúde do trabalhador, visto agora como “sujeitos políticos coletivos”, com conhecimento proveniente da experiência e com capacidade de atuação em seu processo laboral (GOMEZ, *et al*, 2018).

Com os avanços ocorridos nas últimas décadas, é possível perceber a construção do campo saúde do trabalhador vinculado de forma permanente entre ações de saúde e ações de política, com os trabalhadores como sujeitos e protagonistas da ação político-institucional, inclusive na construção de conhecimentos e dos instrumentos de intervenção.

Nesse cenário as mudanças foram importantes para a construção da PNST, refocalizando as relações entre empregado e empregador, acentuando a importância da análise dos processos de trabalho como ação teórico-prática potente, permitindo identificar as transformações necessárias a serem introduzidas nos locais e ambientes para a melhoria das condições de trabalho e saúde.

No entanto, ressalte-se a necessidade de ainda se efetuarem ajustes e adaptações na construção de referenciais e instrumentos que deem conta da totalidade heterogênea que configura hoje o universo dos trabalhadores brasileiros, criando alternativas aos modelos restritos e sendo capaz de oferecer uma atenção abrangente dos problemas reais existentes no epicentro laboral, principalmente no que se refere ao vínculo empregatício que pode fazer grande diferença na aplicação de leis e normas asseguradas pela constituição para a segurança dos trabalhadores em todos os aspectos de sua vida e promover mudanças significativas a esses indivíduos no desenvolvimento de suas atividades laborais.

3.5 Regime de contratação no Brasil

Mudanças têm ocorrido no mundo do trabalho nas últimas décadas, o que favoreceu as tensões paradigmáticas no contexto econômico, político e social das relações de trabalho.

No Brasil, em particular podemos citar diversas formas de vínculos empregatícios que se estabeleceram em vários setores, inclusive no setor público. A exemplo temos os trabalhos informais, que corresponde a uma grande parcela de força de trabalho, os trabalhadores temporários que em muitos casos não são alcançados pelo direito do trabalho, entre outros (NASCIMENTO, 2011).

Para Martins e Molinaro (2013), a instituição desse novo modelo têm flexibilizado e desregulado o direito ao trabalho no que se refere a saúde e segurança dos trabalhadores. Entretanto, existem os trabalhadores em regime integral pela CLT, conhecidos como trabalhadores de carteira assinada, que representam a maior parte dos trabalhadores com vínculos formais no Brasil (ALMEIDA; LIMA, 2018).

A nova reforma trabalhista estabeleceu novas formas de contratação a partir de sua aprovação em 11 de novembro de 2017, conforme criação da lei nº 13.467, alterando assim a CLT, com o objetivo de adequar a legislação à nova realidade das relações de trabalho. Além do direito do trabalho, existem outros que estão disciplinados pelo direito administrativo, trata-se dos servidores públicos estatutários regidos pelo RJU.

De forma simples, servidor público é todo aquele indivíduo que presta serviço de determinado tipo a população, porém em se tratando de interesse público com atuação dentro da estrutura do Estado, podemos dizer que Servidor público é toda pessoa que trabalha para uma repartição da administração direta. Ela pode ter natureza federal, estadual ou municipal.

Atualmente os servidores públicos são classificados em: 1) Servidores Estatutários: sujeitos ao regime próprio, ou seja, estatutários e ocupantes de cargos públicos; 2) Empregados Públicos: contratados sob o regime da legislação trabalhista e ocupantes de emprego público e 3) Servidores Temporários: contratados por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público (art. 37, IX, da Constituição) ; eles exercem função, sem estarem vinculados a cargo ou emprego público (DI PIETRO, 2021).

Ainda, conforme expõe Delgado (2019), o regime de trabalho do servidor público pode ser: o regime de cargos, o regime de empregos e o regime temporário. O primeiro é o estatutário, abrange servidores regidos pelas leis do direito administrativo, que incluem ainda ocupantes de cargos de confiança que só podem ser exercidos por servidores ocupantes de cargos efetivos (CF, art. 37, V, e Lei n. 8.112, de 1990). O segundo é aplicável ao pessoal de direito privado contratado pela Administração Pública direta e indireta pelo sistema da CLT (CF, art. 37, II), e o terceiro para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público (CF, art. 37, IX).

A dicotomia existente entre administração direta e administração indireta está prevista no Decreto-Lei 200 de 1967 que dispõe sobre a Administração Federal onde explica:

Art. 4º A Administração Federal compreende: I - A Administração Direta, que se constitui dos serviços integrados na estrutura administrativa da Presidência da República e dos Ministérios. II - A Administração Indireta, que compreende as seguintes categorias de entidades, dotadas de personalidade jurídica própria: a) Autarquias; b) Empresas Públicas; c) Sociedades de Economia Mista. d) fundações públicas. (Incluído pela Lei nº 7.596, de 1987) Parágrafo único. As entidades compreendidas na Administração Indireta vinculam-se ao Ministério em cuja área de competência estiver enquadrada sua principal atividade. (Renumerado do § 1º pela Lei nº 7.596, de 1987) (BRASIL, 1967, p. 1)

A administração direta exerce atividade típica de estado, seu regime é exclusivamente o regime público, pois são pessoas de direito público. Já no âmbito da administração indireta há pessoas de direito público e há também pessoas de direito privado:

“Dentre as pessoas categorizadas no Decreto-Lei 200 como “Administração indireta”, as autarquias foram normativamente apontadas como predispostas a “executar atividades típicas da administração pública”. (MELLO, 2010, p. 153)

Para as chamadas empresas estatais, que incluem as empresas públicas e sociedades de economia mista, o Decreto-Lei 200 consignou a finalidade de “exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou de conveniência administrativa” (BRASIL, 1967). Em relação às fundações públicas, embora o Decreto-Lei as categorize como pessoas de direito privado, Mello (2010) considera tal qualificativo incorretamente atribuído, pois o

regime jurídico a que elas se submetem não é o de Direito Privado, mas “ao invés de estrutura societária ou empresarial, elas correspondem a um patrimônio afetado para um fim” (MELLO, 2010, p.153).

Diante disso nota-se na estrutura da Administração Pública a existência de dois regimes de trabalho. O regime estatutário a que estão submetidos os servidores da Administração Direita e parte da administração direta, nas autarquias e fundações públicas. E nas outras pessoas jurídicas da administração indireta, nomeadamente nas empresas estatais (empresas públicas e sociedades de economia mista) o regime de trabalho é o celetista, o mesmo aplicado aos trabalhadores em geral.

No entanto, somente os servidores celetistas estão amparados pelas normas de saúde e segurança ocupacional previstas na CLT. De modo, que os servidores estatutários e temporários se encontram numa situação de disparidade, ficando desprotegidos pela ausência de normas definidas para essa categoria de trabalhadores.

Porém, nesta pesquisa nos concentramos em apenas dois dos regimes de trabalho disponíveis no setor público no Brasil, visto que o grupo que irá compor o estudo é composto de trabalhadores sob o regime CLT e outro de colaboradores sob o Regime Estatutário próprio.

O Regime integral clássica da CLT configura-se como contratação, indicada para colaboradores fixos da organização. Nesse modelo, o funcionário tem direito a todos os benefícios previstos em lei, como 13º salário, FGTS, INSS e parcela do vale-transporte e alimentação, além de férias.

A CLT é a lei trabalhista do Brasil. Nela estão incluídas as normas que regulam as relações de trabalho entre o empregador e os empregados. Por intermédio da CLT estão definidos os direitos e deveres, de ambos os indivíduos. As normas se referem às relações de trabalho e também às regras dos processos trabalhistas na Justiça (CÉZAR, 2019).

As normas da CLT são válidas tanto para as relações individuais de trabalho como para as relações coletivas, e protegem tanto o trabalhador urbano quanto o rural. A CLT existe desde o ano de 1943, foi aprovada pelo Decreto-lei nº 5.452 de 1943, durante o governo do presidente Getúlio Vargas (CÉZAR, 2019).

Vargas (2013), explica que o surgimento da CLT é um pouco diferente de outras leis, já que ela não passou por um processo legislativo comum. Na época foram

reunidas as legislações que já existiam sobre o Direito do Trabalho. Foi por esse motivo que a lei recebeu o nome de Consolidação.

Com o passar do tempo e, de acordo com as necessidades e as mudanças das relações de trabalho, as regras foram sendo atualizadas e outras foram incluídas para aumentar a proteção das relações de trabalho e os direitos dos trabalhadores.

Com a Reforma Trabalhista de 2017 as alterações realizadas na CLT, impactaram de forma colossal a vida do trabalhador regido por ela. Essa desconstrução dos direitos trabalhistas prova uma finalidade inesperada e danosa ao trabalhador. Corroborando, Filgueiras (2019), afirma que a reforma apenas prometeu objetivos infundados, como aumento de emprego por meio de cortes de direito, tornando a conjuntura da regulação protetiva do trabalho dramática (p. 49).

Por sua vez, o Regime estatutário para servidores públicos federais, denominado como Regime Jurídico Único (RJU) consolida-se de direitos, deveres, garantias, vantagens, proibições e penalidades a partir da Lei 8.112/90, que deve regular o relacionamento entre empregado e empregador.

O RJU ao contrário da CLT está submetido a um regime especial de trabalho. Porém, o termo especial refere-se ao fato de que os servidores públicos estatutários regidos sob o RJU, estão submetidos ao direito administrativo e não ao direito do trabalho.

O RJU foi introduzido no direito brasileiro pela constituição de 1988, instituída por lei própria, que trata de direitos e vantagens para os servidores públicos civis da União (ALMEIDA; LIMA, 2018). A este regime se incorporaram, por ocasião de sua criação, em 1990, os funcionários públicos que eram regidos pela antiga Lei nº 1.711/52 (o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União) e os empregados públicos que eram regidos pelo regime celetista.

A união fez opção pelo regime típico de direito público (estatutário) para disciplinar o vínculo funcional de seus servidores (ALMEIDA; LIMA, 2018).

No caso dos servidores públicos do município, sobretudo de Fortaleza, o amparo legal está sob a Lei municipal Nº 6.794/90 tendo em vista o disposto no art. 39, da Constituição da República Federativa do Brasil e na Lei Complementar nº 002, de 17 de setembro de 1990.

Igualmente ao servidor da União, os programas de cuidados à saúde e segurança no espaço laboral para esse trabalhador é escasso e limitado a perícias médicas, afastamentos e aposentadorias. Fica a cargo de cada unidade administrativa

o desenvolvimento de cuidados com a integridade desses indivíduos, tornando as ações desconexas e promovendo disparidade de cuidados à saúde do trabalhador municipal.

3.5.1 Servidor celetista X Servidor estatutário

Como analisado anteriormente, o regime dos servidores estatutários está subordinado aos Estatutos, diferentemente dos servidores celetistas, sejam públicos ou privados, que estão sujeitos às normas da CLT. No que se refere à Saúde e Segurança do Trabalho - SST, isto apresenta um grande reflexo, visto que apenas os celetistas estão acobertados pelas Normas Regulamentadoras – NRs, aprovadas pela Portaria n. 3.214, de 8 de junho de 1978 e Lei n. 6.514, de 22 de dezembro de 1977.

As NRs relativas à segurança e medicina do trabalho, são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como pelos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela CLT. (1.1, da Norma Regulamentadora 1 – NR-1, Portaria nº 3.214, de 8 de junho de 1978). Hodiernamente existem 36 NRs que são voltadas à segurança e a medicina do trabalho e constituem importante instrumento de proteção à saúde do trabalhador, que se concretiza através de ações como Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA, Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho – SESMT, obrigatoriedade do uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPI's, entre outras.

É notório, que assim como no setor privado, há agravos à saúde e riscos de acidentes inerentes à própria atividade profissional no setor público. Entretanto, os estatutários não estão sujeitos a um corpo específico de normas que dispõem sobre Políticas da Saúde e Segurança e Saúde do Trabalho (PSST), o que em corolário, caracteriza uma disparidade no tratamento dado às duas categorias profissionais.

As PSST são ações integradas e abrangentes para prevenção de riscos ambientais e controle médico da saúde ocupacional, a fim de promover um ambiente de trabalho seguro e saudável, ou seja, é uma afirmação da organização sobre suas intenções e princípios estratégicos em relação a seu desempenho em segurança e saúde no trabalho.

A obrigação de implantar políticas dessa natureza é prevista de diferentes formas na legislação da maioria dos países. Uma PSST deve incluir, no mínimo, os

elementos requeridos pela legislação aplicável na instituição ou empresa. Existe consenso internacional quanto aos benefícios trazidos pela implantação de Sistemas de Gestão de Saúde e Segurança no trabalho pelas organizações públicas e privadas.

Esse tipo de política estimula e permite um conjunto definido de programas, responsabilidades e ações para prevenir acidentes e doenças ocupacionais. Uma vez que as organizações diferem entre si, políticas desenvolvidas para uma organização não necessariamente atenderão às necessidades de outra organização.

No entanto, a eficácia da política adotada pela organização depende de ações e passos organizados em programas específicos de gerenciamento de riscos, devidamente identificados e avaliados. Os programas devem buscar o alcance de metas pré-definidas envolvendo séries previstas e organizadas de ações, eventos e procedimentos preventivos.

O momento histórico atual aponta para a importância da reflexão sobre o tema saúde e segurança no trabalho, em virtude dos impactos sobre a saúde e ambiente laboral nos diversos segmentos sociais, despertando os gestores a necessidade do cuidado com os seus colaboradores nas relações de trabalho, melhoria da saúde e ambiente laboral.

O Servidor Público Federal por décadas foi submetido a mecanismos de atenção à saúde e segurança no trabalho restrito e baseado apenas a um modelo tradicional de saúde ocupacional, onde estava previsto somente as concessões a licenças médicas e aposentadorias por invalidez, inexistindo quaisquer monitoramentos das condições de saúde e da segurança no seu espaço laboral. Confirmando, Taissuke (2016), diz que configurava uma situação preocupante a inexistência de normatização referente a vigilância e segurança desses trabalhadores em seu espaço laboral, em virtude do contexto em que estavam implantados.

Os esforços dos diferentes órgãos do sistema público federal referente a temática eram pontuais e ao mesmo tempo desconexos, o que dificultava o apanhado de dados fidedignos do perfil de adoecimento e acidentes de trabalho no âmbito das instituições sob sua jurisdição (BRASIL, 2010).

O desenho de uma PSST direcionada ao Servidor Público Federal foi gestada a partir de discussões e debates em Conferências Nacionais de Saúde, e da cobrança advinda de lutas intensas e movimentos sociais pela busca da implementação de melhores condições, alternativas e estratégias para se

institucionalizar uma política de atenção em saúde e segurança no trabalho para esta categoria.

Isto posto, a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão do Governo Federal (MPOG), foi forçado a reconhecer que as ações voltadas para a saúde e segurança no trabalho para o servidor público federal foram desenvolvidas de forma fragmentada, descontínua e sem normatização, a critério de cada órgão (BRASIL,2010). A partir de então se instituiu subsídios para a criação de uma política capaz de universalizar e equalizar ações para os cuidados e a atenção à saúde desse público nos respectivos órgãos da administração pública federal.

Portanto, em 2009 se inicia a implantação da Política de Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho do Servidor Público Federal (PASS), construída de forma participativa com base legal fundamentada em questões de saúde e segurança no espaço laboral. Seus eixos são Vigilância e Promoção à Saúde, Assistência à Saúde e Perícia em Saúde (BRASIL, 2009). Entre as principais estratégias para a efetivação da PASS, além de capacitação e comunicação, Zanin *et al* (2015) listam o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS); o Diagnóstico dos Serviços dos Órgãos Federais em Âmbito Nacional; o Sistema Nacional de Informações em Saúde do Servidor (SIASS); e a organização da rede de unidades do SIASS.

Dentre as ações previstas, a que mais têm avançado é à organização do SIASS, que é regida pelo Decreto N° 6.833, de 29 de abril de 2009, tendo como objetivo principal operacionalizar a PASS, definindo uma nova estruturação da atenção em saúde destinada ao servidor público federal, passando a regulamentar normas, padronizar procedimentos e alocar racionalmente recursos, tendo a informação centralizada no exercício das ações, na formação e na prática da comunicação em saúde (BRASIL, 2009).

O SIASS tem avançado de uma concepção de saúde ocupacional para saúde do trabalhador, com foco a partir dos eixos: vigilância e promoção à saúde e vigilância aos ambientes e processos de trabalho, perícia e assistência, fundamentadas em gestão com base em informação epidemiológica, na inter relação entre os eixos, no trabalho em equipe multidisciplinar e na avaliação dos locais de trabalho em que se considere os ambientes e as relações de trabalho, visando a consolidação da PASS (BRASIL, 2010).

Particularmente, na Universidade Federal do Ceará (UFC), a Unidade do SIASS foi implantada no ano de 2011, a fim de atender aos servidores públicos integrantes dos quadros funcionais da Universidade, bem como de outros órgãos participantes do acordo firmado com o governo federal. Entre os objetivos do SIASS/UFC, estão a promoção de uma política de saúde transversal entre os diferentes órgãos da Administração Pública Federal; o planejamento, coordenação e execução de ações de vigilância e promoção à saúde, através da proposta de medidas de prevenção e de correção nos ambientes e processos de trabalho; e a elaboração do perfil epidemiológico da saúde dos servidores (UFC,2011).

Existem muitos desafios a serem enfrentados até que se obtenha o resultado esperado e definido pelo programa. A PASS é uma política que exige uma construção com esforços coletivos, tanto do Estado como dos atores que caracterizaram essa política, e também da sociedade. É oportuno mencionar a relevância da temática abordada, especialmente porque se trata de uma política recente, necessitando de avaliação e discussão, sobretudo para mensurar seus resultados e impactos em relação à efetividade das ações de saúde, destacando os eixos de promoção e vigilância à saúde.

No caso do servidor do município de Fortaleza, o acompanhamento da saúde está sob jurisdição do Instituto de Previdência do Município (IPM), uma autarquia responsável por gerir a previdência do quadro efetivo de funcionários deste município. Além disso, o IPM é responsável pelos afastamentos no caso de perícias médicas, bem como a assistência à saúde dos servidores por meio de convênios celebrados junto a rede privada conforme o regulamento aprovado pelo decreto 11.700, em 2004.

No entanto, com respeito a vigilância do espaço laboral, bem como a prevenção e cuidados voltados à saúde e segurança no trabalho as ações ficam sob a responsabilidade de cada órgão administrativo municipal, inexistindo qualquer política ou seguimento no caso de acidente laboral, não sendo pontuados sequer pretensões voltadas a cuidados do trabalhador em seu ambiente de trabalho.

De fato, em ambos os regimes de contratação a atenção volta-se apenas ao absenteísmo como forma de controle e retorno mais precoce às atividades laborais desses servidores que, em tempo de pandemia, deve ser considerado e, posteriormente, implementado como política pública que coordena e regula as ações nas empresas e instituições (FILHO; ALGRANTI, 2020).

O cenário pandêmico tem evidenciado a necessidade primordial do cuidado e da proteção daqueles que estão à frente da promoção da saúde.

3.6 COVID-19 e a detenção dos direitos dos profissionais de saúde no contexto pandêmico

Os primeiros relatos sobre uma nova pneumonia de origem desconhecida foram repassados para a OMS em dezembro de 2019, pelo governo chinês. Esse alerta era apenas o início do que seria em poucos dias um dos maiores desafios sanitários do planeta, impactando na vida dos indivíduos de forma devastadora, resultando em um caos social, econômico e político, ressaltando a importância dos cuidados aqueles que seriam os recepcionistas dos infectados, os trabalhadores da saúde.

A OMS destacou a importância desses profissionais, quando em carta divulgada à imprensa em 17 de setembro de 2020, por ocasião do lançamento da campanha do “Dia Mundial da Segurança do Paciente”, apelou aos governos mundiais sobre a importância de não só zelar pela segurança do paciente, mais também ficar atento a saúde e segurança no trabalho dos seus profissionais da saúde (OMS, 2020).

A pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 ameaçou colocar em colapso todo o sistema de saúde mundial. Por se tratar de uma doença respiratória potencialmente grave de elevada transmissibilidade, a maior preocupação estava no aumento da demanda de internação em especial nas unidades de tratamento intensivo, sendo necessária nesse caso, toda força de trabalho especializado disponível.

Nesse momento, foi destacada a necessidade dos governantes e responsáveis pelos serviços de saúde a adotarem cinco medidas para proteger os trabalhadores da saúde: da violência, melhorar sua saúde mental, protegê-los de perigos físicos e biológicos, promover programas nacionais de segurança do trabalhador de saúde vinculando as políticas de segurança do profissional de saúde com políticas de segurança do paciente (OMS, 2020).

O contexto pandêmico instalado expôs os profissionais de saúde e suas famílias a níveis de risco sem precedentes, resultando na infecção e morte de milhares de trabalhadores pelo mundo, causando além do risco físico, níveis extraordinários de estresse psicológico pela exposição a ambientes de alta demanda por longas horas,

causando medo constante de serem expostos a doenças enquanto separados de suas famílias e também o enfrentamento da estigmatização social.

A OMS lembrou aos governos suas responsabilidades legais e morais de garantir a saúde, a segurança e o bem-estar dos profissionais de saúde, pois o não cuidar desses trabalhadores impacta diretamente na sociedade e no funcionamento do sistema de saúde (OMS, 2020).

Pode-se afirmar que a segurança do trabalhador da saúde é também a segurança do paciente, pois a preocupação com um é garantia de cuidado para o outro, ressaltando a necessidade do olhar cuidadoso para quem ainda está na linha de frente do combate ao COVID-19 nos hospitais.

Portanto, é esclarecido que os trabalhadores da saúde devem ter destaque principal nos cuidados prestados a sua saúde e segurança no desenvolvimento de suas atividades em seu espaço laboral, deve-se atentar para esses indivíduos que enfrentam o desconhecido em um ambiente repleto de riscos e muitas das vezes sem estrutura mínima de condições de trabalho.

Há mais de um ano atuando na linha de frente contra a COVID-19, os profissionais da área da saúde estão esgotados! E essa exaustão advém não só da proximidade com o elevado número de casos e mortes de pacientes, colegas de profissão e familiares, como também das alterações significativas que a pandemia vem provocando em seu bem-estar pessoal e vida profissional.

Entretanto, para que se possa colocar em prática ações que garantam segurança a esse trabalhador, não só frente a essa pandemia, como a outras situações no cenário de saúde pública mundial, é indispensável a adoção de estratégias multidisciplinares, capacitação, treinamento, ampliação de conhecimento, bem como ambientes de trabalho seguros e gestores dispostos a garantir que esses profissionais se sintam protegidos.

Além disso, a reorganização estrutural teria que se adequar às normativas e portarias governamentais, bem como dispor de EPI 's suficientes e outros insumos para proteção à saúde e segurança dos seus profissionais de saúde.

Os profissionais da saúde, assim como todos os trabalhadores inseridos no mercado de trabalho, sofrem as consequências da má aplicabilidade das políticas sociais e políticas do país. A influência dos fatores inerentes as condições de saúde e qualidade de vida no trabalho, podem impactar de forma avassaladora a atuação

desses profissionais acarretando problemas físicos, psíquicos e mentais, na maioria das vezes de formas irreversíveis.

Como bem descrito anteriormente as condições de trabalho estão estritamente relacionadas ao processo de adoecimento do trabalhador, acarretando doenças ocupacionais e acidentes de trabalho culminando em absenteísmo, aposentadoria precoce por invalidez, e às vezes até em morte. Todos esses problemas estão associados a fatores adversos presentes no ambiente laboral e também as características das atividades desenvolvidas.

As atividades concebidas no ambiente hospitalar possuem características particulares, que como afirma Maturana e Valle (2014), envolve “situações-limite como vida/morte, saúde/doença, influenciando no bem-estar da equipe de saúde, gerando estresse e adoecimento”. Tais fatores são produtos do ambiente insalubre e do trabalho sacrificados a que estes profissionais estão submetidos.

Ademais, a alta carga horária, sobrecarga de tarefas, conflitos com outros profissionais, atendimento a grande contingente de pacientes, salários baixos, dupla jornada, lidarem com a dor, sofrimento, doença e a morte humana, pode desencadear alterações psíquicas e problemas físicos e emocionais. Para Maturana e Valle (2014), quando essas situações estressoras atuam durante um considerável tempo sobre um indivíduo, que não tenha repertório comportamental para se esquivar e controlá-las, ou que não possa emitir outros comportamentos a fim de evitá-las, há possibilidade de alterações fisiológicas, problemas emocionais e outros sintomas, podendo desenvolver situações estressoras.

Consonante, Lipp e Malagris (2004) acrescenta que situações ativadoras do estresse como as enfrentadas pelos profissionais de saúde afetam não somente o indivíduo, mas todo o meio social em que ele vive com os amigos e família, refletindo negativamente em suas relações sociais, prática laboral e em sua saúde.

Tendo em vista as condições diferenciadas do trabalho em hospitais e as formas em que os trabalhadores desenvolvem suas atividades, fica claro a importância da vigilância aos ambientes laborais, cuidados a serem desenvolvidos a esses profissionais, bem como as questões que envolvem saúde e segurança do trabalhador, prevenção de acidentes e cuidados psíquicos e psicológicos.

A saúde do trabalhador é um direito constitucionalmente garantido a fim de proporcionar a estes a redução de agravos relacionados às atividades laborais e ambiente de trabalho, dentre estes estão os profissionais de saúde inseridos nas

instituições hospitalares, independente do seu vínculo ou função. Ademais, esses profissionais estão expostos a situações desafiadoras, doenças infectocontagiosas, deveres e obrigações da qual nenhuma outra profissão possui, expondo a relevância e urgência na prevenção de doenças, cuidados a sua saúde e segurança laboral.

4 PERSPECTIVA AVALIATIVA PARA O DESENHO DA PESQUISA

Essa pesquisa fundamenta-se no modelo de avaliação proposto por Minayo (2005) para pesquisas avaliativas em saúde, utilizando como estratégia metodológica a combinação de métodos.

Para a autora, a avaliação se traduz como técnica e estratégia investigativa, “um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa”, fortalecendo o movimento de transformação da sociedade em defesa da cidadania e direitos humanos (MINAYO, 2005).

Convém acrescentar que o método tradicional de avaliação vem se tornando ineficaz, rompendo paradigmas quantitativistas e positivistas, estabelecendo novas formas de abordagem, tornando a possibilidade de combinação de métodos qualitativos e quantitativos uma das técnicas mais apropriadas para a avaliação investigativa de programas e projetos sociais, sobretudo as pesquisas em saúde (MINAYO, 2005).

A realidade observada se consolidou com a definição do objeto de pesquisa que pretendeu retratar as condições de saúde e segurança do trabalho dos profissionais da saúde. Sob essa perspectiva, optou-se por aplicar a triangulação de métodos, que Schutz (apud MINAYO, 2004) compreende como:

... uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas, fazendo dele um construto específico (MINAYO, 2004 p. 29).

Para Denzin (apud FLICK, 2009), bem como Denzin e Lincoln (2006), triangulação é conceituada como uma combinação de metodologias diferentes com o objetivo de analisar o mesmo fenômeno, afim de consolidar a construção de teorias sociais, permitindo dessa forma uma abordagem por diferentes formas e visões privilegiadas utilizando-se uma variedade de técnicas de coleta de dados, cruzando múltiplos ponto de vista para validar ou ampliar as interpretações feitas pelo pesquisador (MINAYO, 2010).

Concatenado, Flick (2012) afirma que a triangulação pode ser utilizada por meio da aplicação de múltiplos métodos qualitativos, bem como constituir uma mistura destes com procedimentos quantitativos, expandindo as atividades de pesquisa utilizando mais de um método, mais de uma fonte de dados ou mais de um pesquisado.

Portanto, reconhecido que cada método “possui seu papel, seu lugar e sua adequação”, e ambos podem conduzir a resultados importantes sobre a realidade social, não havendo sentido atribuir prioridade de um sobre o outro (MINAYO, 2005), este estudo se utilizará de uma abordagem quali-quanti, sem prejuízos ao que será investigado (MINAYO, 2010).

Para Minayo (2013), às pesquisas qualitativas se ocupam de um nível de realidade tratado por meio da história, da biografia, das relações, do universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes; e manejam técnicas variadas para o trabalho empírico se adequando perfeitamente à avaliação de políticas de cunho social, em especial no que tange a área da saúde, como indagado nesse estudo.

No que se refere à abordagem quantitativa, para a autora nada tem de oposição na relação dos dois processos pois ambos se complementam “uma vez que sempre há ações quantificáveis, assim como sempre existe implicação subjetiva em todas as ações humanas” (MINAYO, 2011, p. 7).

Desse modo, acredita-se que a avaliação por triangulação de métodos é a melhor forma de explicar e compreender as situações sociais e de saúde desse estudo, aliada às abordagens quantitativas ou qualitativas, pois independentemente do seu uso, o sucesso vai depender da contextualização, dos questionamentos e dos instrumentos que serão utilizados (MINAYO, 2011).

Com respeito a abordagem por triangulação de métodos, Minayo (2011), se utiliza das ideias filosóficas de Kant (1980), para explicar que:

“a realidade concreta pode ser conhecida por meio de dados subjetivos (significados, intencionalidade, interação, participação) e de dados objetivos (indicadores, distribuição de frequência e outros) inseparáveis e interdependentes”. (MINAYO, 2011, pág. 10).

Essa proposta propicia a dissolução de dicotomias que existem em nosso espírito entre quantitativo e qualitativo; entre macro e micro; entre interior e exterior; entre sujeito e objeto, coisas diferentes.

4.1 Campo de observação e local da investigação

A pesquisa de campo constitui uma etapa importante da metodologia de pesquisa, pois nos permite compreender os diferentes aspectos de uma determinada realidade, reforçando a relevância do profissional, tendo tido, por ele mesmo, a experiência na situação do estudo. Para Minayo (2014), na investigação social, a relação entre o pesquisador e seu campo de estudo se estabelece definitivamente.

Ainda para a autora, o trabalho de campo é o momento de aproximação do pesquisador com a realidade sobre a qual formulou suas questões e/ou seu problema. É o momento em que o pesquisador tem a possibilidade de interagir com os sujeitos que conformam a realidade investigada. O caminho percorrido para o trabalho de campo (MINAYO, 2014).

Tal afirmativa evidencia a relação de intersubjetividade da pesquisadora com o campo investigado, por ser profissional da saúde e vivenciar os desafios e percalços inerentes ao trabalho por quase três décadas, e por presenciar a pandemia de COVID-19 estando ativamente na frente de enfrentamento.

Dito isso, tomou-se como lócus da pesquisa o Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (CH-UFC) sob administração da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) vinculado ao Ministério da Educação (ME), composto pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) e Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), e em âmbito Municipal sob administração da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann (HDZAN), conhecido trivialmente como Hospital da Mulher de Fortaleza.

Vale ressaltar que as instituições supracitadas são classificadas sob o nível de Atenção Terciária, caracterizando-se como instituições assistenciais de alta complexidade, envolvendo procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores como: oncológicos, transplantes e partos de alto risco. Além disso, constitui-se como campo de ensino e pesquisa atuando na formação de profissionais especializados na área de saúde, sendo campos de teoria e prática para alunos de graduação, curso técnico e pós-graduação, sobretudo de residência médica e

multiprofissional. Ambos atendem gratuitamente a população, exclusivamente por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme garantido pela Constituição Federal (arts. 196 e 200) e regulado pelas leis nº 8.080, de 19/09/90 e nº 8.142, de 28/12/90 (BRASIL, 1990).

Na pandemia, muitos serviços de saúde foram reorganizados e readaptados para adequar-se à demanda tanto em relação ao espaço físico como na equipe profissional com escopo de atender de forma consensual as normativas e legislações impostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS) (VEDOVATO, 2021), o que não foi diferente nas instituições lócus desse estudo, no qual se tornaram referência para o atendimento à pacientes infectados pelo SARS-CoV-2, admitindo inclusive pacientes de outros estados acometidos pela doença.

Cabe aqui destacar que, as instituições hospitalares pesquisadas possuem profissionais da saúde com vínculos e regimentos distintos: os celetistas regidos pela CLT através do Decreto-Lei 5.452/43, que regula e normatiza as relações de trabalho entre o empregador e os empregados, os servidores públicos estatutários da união regidos pela lei 8.112/90 do Regime Jurídico único (RJU), os servidores públicos estatutários do município de Fortaleza regidos pela lei 6.794/90 do Estatuto dos servidores e os terceirizados regidos pela lei 13.429/17 que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas (BRASIL, 1943; 1990; 2017). O quantitativo desses vínculos foi confirmado pelas instituições através de *e-mails* enviados com essa informação (ANEXOS A; B) e apresenta-se conforme descrição da tabela 1, logo abaixo:

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais da saúde por instituição e regimento. Fortaleza-CE, 2022.

INSTITUIÇÃO	CLT	ESTATUTÁRIO	TERCEIRIZADO
MEAC	879	329	-
HUWC	982	634	-
HDZAN	432	379	281
TOTAL	2.293	1.342	281

Fonte: Elaborado pela autora com base em informações fornecidas pelo setor de recursos humanos de cada instituição (2022).

Esses profissionais compreendem: médicos (as), enfermeiros (as), fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos,

nutricionistas, psicólogos (as), técnicos de laboratório, técnicos de RX, técnicos e auxiliares de enfermagem.

A busca por esses profissionais ocorreram nas seguintes unidades: Emergência Ginecológica e Obstétrica, Centro de Parto Normal, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Clínica Obstétrica, Clínica Ginecológica, Clínica Traumatológica, Clínica Pediátrica, Clínica Cirúrgica, Enfermaria Clínica, Berçário, Banco de Coleta de Leite Humano e suporte a puérpera, Lactário, Setores de Imagem, Laboratório de Análises Clínicas, Hematologia, Central de Material e Esterilização bem como seus anexos, Centro Cirúrgico, Centro de Recuperação Pós-Anestésica e os diversos serviços ambulatoriais.

4.2 Sujeitos da pesquisa e critérios de elegibilidade

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais da saúde lotados nas instituições e setores supracitados, com quaisquer formas de vínculos.

Optou-se a definição do número de sujeitos por inclusão progressiva, sendo interrompida pelo critério de saturação, que para Minayo (2011, p.48) trata-se do momento em que “as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação”. Esse critério de amostragem considera o que foi estabelecido por Minayo (2011) para pesquisa qualitativa em saúde, onde a amostra ideal não atende ao rigor numérico, mas antes reflete as múltiplas dimensões da totalidade.

Como critérios de inclusão optou-se por trabalhadores em efetivo exercício profissional assistencial no ambiente hospitalar e que desenvolveram atividades assistenciais direta e/ou indireta à pacientes infectados ou com suspeita de COVID-19, no período compreendido entre 11 de março de 2020 - quando foi decretado estado de emergência de saúde pública global por pandemia de COVID-19 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) - até 31 de julho de 2022; servidores estatutários da área da saúde regidos pelo RJU ou trabalhadores regidos por CLT através de seleção pública ou terceirizados. Por sua vez, excluiu-se trabalhadores de férias e de licença por quaisquer motivos.

Destarte, para esse estudo participaram 83 profissionais da saúde abrangidos pelos parâmetros propostos conforme os critérios de elegibilidade do estudo, sendo 12 do HUWC, 52 da MEAC e 19 HDZAN.

4.3 Operacionalização da coleta de dados

A coleta de dados é a busca por informações para a elucidação do fenômeno ou fato que o pesquisador quer desvendar. Para tanto é necessário se estabelecer técnicas e procedimentos com o objetivo de reunir um conjunto de informações que comprovem um determinado conteúdo, o método estará ligado através dos dados que darão base para o objetivo de pesquisa definido (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

No que tange à coleta de dados, a triangulação permite que o pesquisador possa lançar mão de três técnicas ou mais com vistas a ampliar o universo informacional em torno de seu objeto de pesquisa, utilizando-se, para isso, por exemplo, do grupo focal, entrevista, aplicação de questionário, dentre outros (MINAYO, 2010).

Portanto, para esse estudo os procedimentos técnicos utilizados foram: pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Foram consultadas as bases de dados: SciELO, LILACS, Biblioteca FIOCRUZ, além dos portais governamentais e a ferramenta google acadêmico, livros com temas relevantes ao assunto de estudo. As consultas sistemáticas a estas bases de dados propiciaram o levantamento de vasto material, em termos de artigos, de livros, de dissertações de mestrado, teses de doutorado, normativas, portarias, leis e manuais do Ministério da Saúde, que nos propiciaram suporte teórico e documental para pesquisa avaliativa.

As coletas dos dados ocorreram entre maio a julho de 2022, em três momentos distintos. À princípio, a pesquisadora, visitou as três instituições a fim de familiarizar-se com os ambientes, ao mesmo tempo de conhecer as chefias e comunicar-lhes sobre a pesquisa para obter apoio logístico. Nessa ocasião foram respeitados os protocolos de orientação para proteção e segurança disponibilizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde no Brasil (MS), a fim de evitar a contaminação por COVID-19, já que nesse período ainda permaneciam casos remanescentes da infecção. A partir daí, foi permitida a entrada nos setores para abordagem individual dos trabalhadores e solicitação de sua participação.

Primeiramente, o estudo foi apresentado brevemente, com esclarecimento dos objetivos, forma de participação, riscos e benefícios, garantia de anonimato, possibilidade de desistência a qualquer momento e participação sem qualquer forma de ônus.

Após esta etapa inicial de esclarecimento, para aqueles profissionais da saúde que aceitaram participar, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e com a conclusão da leitura, a pesquisadora solicitou a assinatura do documento em duas vias, onde uma delas ficou de posse do participante. Logo após, todos os participantes foram orientados sobre a aplicação dos instrumentos.

Assim, três instrumentos para coleta de dados foram aplicados:

O primeiro instrumento referiu-se a características: a) sociodemográficas (gênero, idade, nível de instrução, situação conjugal, número de filhos, pessoas com quem mora, situação financeira, comorbidades); b) profissionais e trabalhistas (instituição de vínculo atual, profissão, cargo, setor de lotação, tempo de profissão e de vínculo na instituição, vínculos trabalhistas atuais, carga horária mensal de trabalho) (APÊNDICE B);

O segundo instrumento foi uma entrevista semiestruturada com perguntas abertas acerca da percepção pessoal como profissional de saúde no contexto da pandemia, que englobou: a) preocupação com a pandemia; b) reação ao se deparar com o primeiro paciente acometido pelo COVID-19; c) afastamento do trabalho por COVID-19; d) necessidade de acompanhamento médico no período pandêmico; e) suporte recebido pela instituição durante adoecimento por COVID-19; f) importância da implementação de um serviço direcionado ao cuidado à saúde do trabalhador na instituição laboral (APÊNDICE C).

O terceiro instrumento continha perguntas sobre as medidas de proteção à saúde e segurança do trabalhador da saúde no contexto da pandemia por COVID-19 conforme o Parecer Técnico nº 120/2020 do CNS, mas as respostas estavam condicionadas conforme uma escala *Likert*, que dispunha quesitos variando com: “discordo totalmente”, “discordo”, “nem concordo nem discordo”, “concordo” e “concordo totalmente” (APÊNDICE D).

Ressalta-se que todos os instrumentos foram desenvolvidos pela pesquisadora exclusivamente para coleta dos dados do presente estudo conforme os objetivos traçados.

4.4 Análise dos dados

Os dados quantitativos foram compilados através da plataforma *Research Electronic Data Capture* (REDCAP), utilizada por pesquisadores para coleta, gerenciamento e disseminação de dados de pesquisa, com suporte de um estatístico disponibilizado pela UFC como apoio ao pesquisador, ofertado pela instituição de forma gratuita.

Foram lançadas nessa plataforma as respostas do primeiro momento do questionário referente às características sociodemográficas e trabalhistas; e do terceiro momento, referente às medidas de proteção à saúde e segurança do trabalhador da saúde no contexto da pandemia por COVID-19 conforme o Parecer Técnico nº 120/2020 do CNS, cujas respostas pela escala *Likert* tornou possível uma análise quantitativa/objetiva.

A análise exploratória seguiu o molde quantitativo com testes estatísticos descritivos, frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão, para posterior apresentação em tabelas, gráficos e quadros com discussões pautadas em evidências científicas.

Para a análise dos dados qualitativos utilizou-se a técnica de “análise do discurso”, no qual se exige a transcrição das falas detalhadamente, sem sínteses ou correções, a fim de preservar as características centrais da fala. Para GIL (2002), o discurso é empregado para se referir a toda forma de fala e texto. Assim, após exaustiva leitura das respostas da entrevista, realizou-se codificação e categorização das falas.

Cada participante recebeu como codinome a letra “E” e o algarismo numérico arábico correspondente a ordem da entrevista, assim, o primeiro foi chamado de E1, o segundo E2 e assim consecutivamente.

Ressalta-se que para análise ampla do estudo em questão, incrementou-se com o aporte quantitativo e qualitativo e essa dupla abordagem forneceu teor para a conclusão da análise do objeto de estudo, dos sujeitos e problema de pesquisa, valorizando a utilização dos diversos métodos.

Para Minayo (2010) essa abordagem significa uma triangulação dos métodos, que expõe diferentes formas de avaliação podendo ser consideradas válidas quando aplicadas a programas, projetos, disciplinas, e se fundamentadas na teorização do contexto e do conteúdo do programa a ser avaliado.

Outra exigência é o uso dos instrumentos operacionais para analisar os resultados, os efeitos e o rendimento da intervenção, muito bem apropriado ao estudo em questão, onde aspectos da realidade não podem ser quantificados; são dados subjetivos que se refere, portanto, a motivos, aspirações, crenças, significados e atitudes num aprofundamento das relações, dos processos e fenômenos.

4.5 Aspectos éticos e legais

O estudo respeitou os padrões éticos de pesquisa, por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos. Acatou-se às exigências burocráticas legais em conformidade com a resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece a regulação deste tipo de pesquisa (BRASIL, 2012).

A fase da coleta de dados ocorreu após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa das três instituições liberados sob parecer na plataforma Brasil nº 5.378.549 (MEAC), nº 5.341.769 (HUWC) e Declaração de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde sob ofício nº 69/22 (HDZAN) (ANEXO C).

Os riscos dos participantes neste estudo foram mínimos, relacionando-se ao possível constrangimento em responder alguma pergunta dos instrumentos de coleta de dados e o tempo gasto com a pesquisadora.

Os benefícios da participação voltam-se para a contribuição no aprimoramento das políticas públicas em discussão, uma vez que foram avaliadas as ações de cuidados à saúde e segurança do trabalhador profissional da saúde em seu ambiente laboral nas instituições de saúde no contexto da pandemia de COVID-19.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os profissionais de saúde constituem o grupo de maior risco para a COVID-19 por estarem diretamente expostos aos pacientes infectados. Além disso, estão submetidos a níveis elevados de estresse, exaustão física e mental, situação de trabalho precária sob condições inadequadas em seu ambiente laboral, com baixos salários e falta de reconhecimento. Todos esses fatores constituem a realidade diária enfrentada por essa classe de trabalhadores e que foi exacerbada com a pandemia.

Para Teixeira *et al* (2020), o contexto da pandemia requer maior atenção e compreensão dos problemas que atingem esse grupo de profissionais, pois as condições em que desenvolvem suas atividades e o ambiente de trabalho está diretamente associado a uma série de riscos que podem trazer diversos problemas de saúde, insegurança e agravos ocupacionais.

Portanto, o presente estudo procurou avaliar as condições de trabalho a que estão expostos os profissionais da saúde, no contexto da pandemia de COVID-19 em três instituições de saúde com atendimento pelo exclusivo pelo SUS e que foram referência para o atendimento a pacientes infectados pelo SARS-COV-2.

Assim, considerando os objetivos previstos, serão apresentados os principais resultados obtidos, bem como uma análise à luz da triangulação de métodos em uma abordagem quanti-quali conforme Minayo (2014).

5.1 Perfil sociodemográfico, profissional e trabalhista

Esta seção busca caracterizar os participantes quanto a questão sociodemográfica, profissional e trabalhista conforme as tabelas 2 e 3.

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico dos profissionais da saúde do Complexo Hospitalar da UFC e HDZAN. Fortaleza-CE, 2022.

Variáveis	N°	%
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO		
Gênero		
Masculino	1	1,2
Feminino	82	98,8
Faixa etária		
20 a 59 anos	82	98,8
60 a 69 anos	1	1,2
Situação conjugal		
Casado (a) / união estável	51	61,5
Solteiro (a)	26	31,3
Separado (a) / divorciado (a)	4	4,8
Viúvo(a)	2	2,4
Habita		
Sozinho	11	13,3
Familiares/amigos	72	86,7
Nível de Instrução		
Médio	16	19,3
Superior incompleto	3	3,6
Superior completo	25	30,1
Pós-graduação incompleta	3	3,6
Pós-graduação completa	36	43,4
Comorbidades		
Sem comorbidades	49	59,0
Cardiovascular	18	21,7
Pulmonar	1	1,2
Endócrina	11	13,2
Psiquiátrica	2	2,4
Outros	16	19,3

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Tabela 3 – Perfil trabalhista e profissional dos profissionais da saúde do Complexo Hospitalar da UFC e HDZAN. Fortaleza-CE, 2022.

Variáveis	N	%
PERFIL TRABALHISTA E PROFISSIONAL		
Categoria profissional		
Superior*		
Enfermeiro	16	19,3
Fisioterapeuta	1	1,2
Médico	2	2,4
Médio*		
Auxiliar/Técnico de enfermagem	55	66,3
Técnico de Radiologia	6	7,2
Técnico de Laboratório	3	3,6
Tempo de profissão		
Até 10 anos	5	6
11 a 20 anos	29	35
21 a 30 anos	40	48,2
Acima de 30 anos	9	10,8
Mais de um emprego		
Sim	35	42,2
Não	48	57,8
Carga horária semanal de trabalho		
Até 60h	75	90,4
Acima de 60h	8	9,6

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

(*) profissão que ocupou vaga no concurso

Participaram da pesquisa 83 profissionais da saúde lotados nas três instituições pesquisadas. Destes, a maioria era composta por mulheres (N=82; 98,8%), com idades entre 20 a 69 anos, com média de 48 anos (DP \pm 8 anos).

Pesquisa realizada pela FIOCRUZ (2021) entre trabalhadores da saúde mostra que a força de trabalho durante a pandemia é majoritariamente feminina (77,6%), e a faixa etária relativa aos profissionais da linha de frente mais comum é entre 36 e 50 anos (44%), corroborando com os dados do estudo em questão.

Vale ressaltar que no período pandêmico evidências científicas apontam a idade igual ou superior a 60 anos como fator de risco mais significativa para a COVID-19 e piores prognósticos (TAVARES *et al*, 2020).

Além da idade, a presença de doenças prévias, ou seja, as comorbidades são consideradas riscos iminentes, e no entendimento do Ministério da Saúde para os profissionais da saúde que se enquadram nos grupos de risco, o afastamento laboral de pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal deve ocorrer, mas, no caso de impossibilidade disso, deverão preferencialmente ser mantidos em atividades de gestão, suporte e assistência nas áreas onde não são atendidos pacientes nessa

situação de patologia respiratória suspeita ou confirmada para COVID-19 CONASEMS/CONASS (2020).

De acordo com o CONASEMS/CONASS (2020) são considerados fatores de risco para possíveis complicações da COVID-19: Idade igual ou superior a 60 anos; Tabagismo; Obesidade; Miocardiopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardiopatia isquêmica etc.); Hipertensão arterial; Doença cerebrovascular; Pneumopatias graves ou descompensadas (asma moderada/grave, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica); Imunodepressão e imunossupressão; Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5); Diabetes mellitus; conforme juízo clínico; Doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica; Neoplasia maligna (exceto câncer não melanótico de pele); Cirrose hepática; Algumas doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme e talassemia); Gestação.

Identificou-se que, da lista de fatores de risco fornecida pelo FIOCRUZ/CONASS (2020), no presente estudo também houve referência de comorbidades diversas (Tabela 2), porém, com números acentuados em pelo menos, quatro doenças configuradas como potencializadoras de risco para a COVID-19, a saber: Diabetes Mellitus (N=4; 4,8%), Hipertensão Arterial Sistêmica (N=16; 19,3%), Asma (N=1; 1,2%), Doenças Cardiovasculares (N=2; 2,4%). Ressalta-se que um participante pode ter referido mais de um tipo de comorbidade.

Entre os muitos documentos gerados para preservar a saúde dos profissionais de saúde, sobretudo para aqueles detentores de fatores de risco, destaca-se a Lei 13.979, de 06/02/2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, responsável pelo surto de 2019. Em seu artigo 3º, destaca-se prioridade ao cuidado por parte do poder público, empregadores e contratantes pelo zelo da saúde e da vida dos profissionais considerados essenciais entre estes os trabalhadores da saúde, com direito a isolamento social e/ou quarentena em especial conforme descrito na Recomendação Nº 020, DE 07/04/2020 do CNS sendo incluídos nesse perfil os profissionais com idade igual ou superior a 60 anos e os que apresentam comorbidades (BRASIL, 2020).

Instruções e normativas foram instituídos em âmbito federal, estadual e municipal, bem como institucionais a fim de regular ações de prevenção e cuidados à

saúde e segurança dos profissionais da saúde frente às situações de risco ao COVID-19.

No CH-UFC administrado pela EBSERH, medidas foram traçadas e os serviços foram reorganizados nas duas instituições que o compõem, para atender aos pacientes infectados de forma a proteger os usuários e os profissionais.

Para estes últimos, por sua vez, algumas medidas foram desenhadas: capacitações periódicas sobre o uso correto de EPI, incluindo prevenção e controle de infecção e cuidados clínicos, para garantir a competência da equipe e segurança dos usuários, garantia à disponibilidade dos serviços de equipes multidisciplinares de apoio psicossocial para os profissionais e para os usuários, por meio do plano de saúde mental para colaboradores, reativação do ambulatório para atendimento a profissionais do CH-UFC com suspeita de COVID-19, em formato virtual, acompanhamento e monitorização de colaboradores quando indicada, testagem para COVID para profissionais ainda negativos no teste para a doença, afastamento de gestantes para trabalho remoto; disposição de lactante para trabalho em áreas administrativas, realocação de portadores de comorbidades para atividades administrativas, entre outras ações.

Entretanto, mesmo com todas essas medidas estabelecidas, há relatos de que a implementação delas não corresponde tal como o documento rege, como apresenta uma Técnica de Enfermagem sob regime estatutário, exercendo suas atividades em ambulatório especializado. Segue abaixo fala da participante E4:

Eu tenho 69 anos e sou hipertensa crônica. Logo quando começou a pandemia trabalhei uns 4 meses sem afastamento, ninguém nem falava disso, estava uma confusão. Depois disso anteciparam minhas férias, então aceitei porque estava com muito medo mesmo. Quando retornei o nosso sindicato já estava brigando para a gente do grupo de risco ter direito ao afastamento. Mas nem foi lá essas coisas, eu voltei logo porque fiquei com medo de falta...Trabalhei quase toda a pandemia, a única coisa que fizeram por mim foi me deixar com a sala de procedimento que tinha menos gente.

A profissional segue relatando que além de não ter a medida de afastamento para o grupo de risco aplicada em seu caso, não usufruiu de atendimento no ambulatório reativado segundo o Plano de Contingência COVID-19 do CH-UFC:

...fiquei doente com gripe e não tinha um setor que atendesse a gente, a Dra que trabalha lá no setor mandou eu procurar uma UPA (Unidade de Pronto Atendimento do SUS) eu fui pra casa, lá ia pra UPA lotada eu ia ficar pior. Minhas amigas me escreveram para fazer o teste pela UFC que era de graça

mas quando consegui fazer já estava boa ai voltei para trabalhar. Na maternidade não tinha ninguém pela gente... A perícia da UFC é só para entregar o atestado.

Ainda nessa linha de raciocínio, a participante E32 que é Técnica de enfermagem por regime CLT exercendo suas atividades em unidade de internação e sofre com asma crônica, inclusive em tratamento medicamentoso afirma:

Só me afastei mesmo porque positivei para COVID-19, eu nem sabia que existia isso de se afastar lá no hospital, o que eu sabia é que realmente tinha que ser afastado os que tinham comorbidades mais o que falavam é que só era válido para o pessoal do administrativo, a gente da assistência não tinha direito, cancelaram até nossas férias.

Em âmbito municipal, a participante E53 Auxiliar de Enfermagem em regime estatutário, exercendo suas funções em unidade de internação, refere ser Diabética e Hipertensa Crônica em uso de insulina e anti-hipertensivos, e narra:

Trabalhei a pandemia toda, positivei para COVID-19 fui internada na segunda vez que me infectei, fiquei em uso de máscara de venturi (dispositivo indicado a pessoas que fazem oxigenoterapia controlada, pois ela fornece uma concentração exata de oxigênio) escapei da morte, mais perdi 2 irmãos para essa doença. Não vi ninguém fazer nada por nós profissionais da saúde nossa chefe do setor quando a gente comunicava que estava doente pedia logo para mandar a foto do atestado, até nesse momento duvidava, decepção total. Nunca perguntou se eu estava melhor, só queriam saber quando eu retornava para trabalhar. Absurdo gente...

Estudo realizado com 60.430 pacientes com COVID-19 no Espírito Santo, incluindo aqueles com e sem comorbidades, evidenciou que diferentes comorbidades aumentam o risco de morte de forma distinta por faixa etária (DAMASCENO, 2020).

De acordo com dados fornecidos pelo COFEN, entre março de 2020 e dezembro de 2021, morreram no Brasil mais de 4.500 profissionais da saúde pública e privada. Oito a cada dez entre os que morreram salvando vidas na pandemia eram mulheres” (COREN-RJ, 2022). Ademais, a OMS (2021) estima que entre 80 mil a 180 mil profissionais de saúde morreram em decorrência da COVID-19 entre janeiro de 2020 e maio de 2021. Esses dados alarmantes mostram a urgência por ações concretas em favor desses trabalhadores, pois conforme fala do diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, “a espinha dorsal de todo sistema de saúde é sua força de trabalho” (BRASIL, 2021).

Muitas foram as instruções e normativas em âmbito federal, estadual e municipal bem como institucionais que regulavam ações de prevenção e cuidados à

saúde e segurança dos profissionais da saúde frente às situações de risco ao COVID-19. No entanto, houve entraves na execução desses planos de contingência em relação aos cuidados à saúde e segurança desses trabalhadores, agravando o cenário caótico do ambiente laboral colocando em risco a vida desses indivíduos e de seus familiares.

Em relação ao nível de instrução, os resultados apontam que a maioria possui pós-graduação completa (43,4%), demonstrando que muitos já apresentavam nível de escolaridade acima da exigida para o desempenho de suas funções. Referindo-se ao profissional da enfermagem Silva e Machado (2020), afirma que a qualificação acadêmica é um desejo inerente ao público de Enfermagem brasileiro na busca de melhores posicionamentos no mercado de trabalho com remunerações mais atraentes.

Destaca-se que a maioria dos participantes possuía nível superior, adquiridos após início das atividades profissionais como nível médio, o que pode significar a busca por melhores condições socioeconômicas, já que os incentivos financeiros existem quando há capacitação profissional, embora com discrepância entre a iniciativa privada e pública.

Ressalta-se que muitas pessoas terminaram a graduação após admissão nos serviços, mas embora tendo esse nível de escolaridade, permanecem em suas funções de nível médio conforme rege edital do concurso do qual foram admitidos.

Quanto à situação conjugal, 61,5% tinham companheiros (casados ou união estável). Em relação com quem mora, 86,7% referiram coabitar com familiares; 77,1% tinham até 4 filhos; 60,2% não era o único provedor financeiro.

No contexto da pandemia, o equilíbrio entre o trabalho e a família tornou-se um desafio constante para os profissionais de saúde, principalmente em relação ao medo da contaminação e de ser um potencial vetor para familiares e amigos, diante deste cenário os profissionais adotaram medidas de prevenção no ambiente familiar e social no intuito de proteger as pessoas que amam. Ainda nessa direção, estudo realizado por Toso *et al.*, (2021) descreveu que no período da pandemia, além de lavagem das mãos, uso de máscaras e higiene do ambiente e dos alimentos, medidas estas que podem impactar na redução do risco de contágio, a maioria dos profissionais de saúde preferiram se isolar do convívio da família (cerca de 65,3%).

A fala da participante E67 descreve bem o sentimento enfrentado em relação a separação do convívio familiar e social:

Eu particularmente fiquei com muito medo de contaminar alguém da minha família, tenho uma filha de 4 anos e meu marido é asmático então fomos obrigados a mudar toda a dinâmica familiar, meu marido e minha filha foram para a casa da minha sogra no interior do Ceará, eu fiquei só na capital a gente se falava por chamada de vídeo sempre que possível, mas não era a mesma coisa. Sentia muita saudade deles... Não sei o que foi pior trabalhar na pandemia ou ficar longe dos meus.

A situação de autoisolamento preventivo do convívio familiar acarretou a esses trabalhadores uma série de reações psicológicas, gerando tristeza profunda, solidão, ansiedade entre outros. Consonante, o COFEN (2020) descreveu a família como maior preocupação na linha de frente da COVID-19. E embora a maioria não se configure como único provedor financeiro do lar, os baixos salários os obrigam a optarem por uma dupla jornada de trabalho (BALDOINO; SANTOS, 2020).

Referente ao perfil profissional e trabalhista tem-se que 55 participantes (66,3%) eram auxiliares e técnicos de enfermagem ocupando esse cargo conforme contrato/concurso.

Dados revelam que a enfermagem corresponde a 70% da força de trabalho em saúde no Brasil, sendo composta em sua maioria por técnicos e auxiliares de enfermagem (75%). Enfermeiros, técnicos e auxiliares têm estado na linha de frente da resposta à crise, sua atuação tem sido reconhecida mundialmente como pilar importante para que os estados-nação possam alcançar o acesso e a cobertura universal de saúde (TOLEDO *et al*, 2021), entretanto, com remunerações bem inferiores aos papéis desempenhados.

Em termos numéricos, um enfermeiro e um técnico de enfermagem no Brasil ganham em média, R\$ 20,75 e 10,38 por hora, respectivamente, segundo dados da plataforma Talent.com que dispõe valores de médias salariais de diversas profissões no país.

A Enfermagem representa o maior contingente de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. São 2.726.744 profissionais, segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que atuam, não apenas no reestabelecimento da saúde, nos hospitais, mas também na Atenção Primária em Saúde, recuperando, prevenindo e promovendo a saúde da população brasileira. São 670.852 enfermeiros, 1.608.131 técnicos e 447.407 auxiliares, além de 354 parteiras, segundo dados do Conselho. Desse total, são contabilizados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) cerca de 1.221.734 profissionais empregados

(FIOCRUZ, 2022a). Embora com pisos salariais determinados na Lei nº 14.434, de 4 de agosto de 2022, os profissionais da enfermagem ainda não desfrutaram dessa conquista visto entraves relacionados ao impacto financeiro referido por diversos órgãos empregadores (COFEN, 2021a).

Reiterando essa mesma pauta, o Conselho Federal de Enfermagem diz que a precarização do trabalho pode ser conceituada como um sistema de dominação que sempre esteve presente no sistema capitalista, com o objetivo de obrigar os trabalhadores a se submeterem e aceitarem a exploração. Na enfermagem esses problemas são cumulativos, iniciados pela forma de contratação, o excesso de trabalho imposto e de cobranças tanto no meio físico, quanto emocional, trazendo prejuízos tanto para os próprios profissionais, quanto para os pacientes, comprometendo sua segurança (COFEN, 2021a).

Em relação ao tempo profissional, a variação foi entre 2 a 44 anos, com predominância entre 10 de 21 a 30 anos (48,2%). Sobre a questão trabalhista, 57,8% referiram possuir apenas um emprego. A predominância foi de trabalhadores com vínculo estatutário (68,7%), pelo Regime Jurídico Único dos Servidores da União ou Estatuto do Servidor Público Municipal. Por sua vez, a carga horária semanal variou entre 24 a 80 horas, com predomínio de profissionais trabalhando até 60 horas por semana (90,4%).

Corroborando, dados da pesquisa realizada pela FIOCRUZ (2021) revelam que 50% dos profissionais de saúde admitiram excesso de trabalho ao longo desta crise mundial de saúde, com jornadas para além das 40 horas semanais, e um elevado percentual (45%) deles necessita de mais de um emprego para sobreviver.

Os dados apontam que, embora a maioria dos entrevistados labore em apenas uma instituição, um quantitativo bem próximo trabalha em jornada dupla ou tripla, o que para Machado *et al* (2022) é resultado das baixas remunerações que se configura como insuficiente para o sustento, gerando a necessidade de mais de um emprego. Ainda para o autor, esse contexto de multiempregos resulta em prolongamento das jornadas de trabalho com elevada carga horária, sendo uma das causas de exaustão, desgaste e esgotamento profissional, fatores que podem comprometer a saúde física e emocional do profissional.

Particularmente, concernente ao tipo de vínculo empregatício, existem estatutários que são trabalhadores com estatuto próprio; aqueles regidos pela CLT; e

os terceirizados. Portanto, 68,7% eram estatutários, 28,9 % eram CLT e 2,4% terceirizados.

Mesmo com dados mostrando que a maioria dos participantes são estatutários, não se pode esquecer que há uma parcela vinculada por CLT e outra por terceirizados e isso impacta na aplicação da legislação de proteção ao trabalhador.

Quando se fala em relações de trabalho, não se deve associar as diferentes formas existentes (CLT, estatutário, terceirizado), uma vez que a Constituição Federal dispõe de diferentes classes de trabalhadores, detentores de características próprias, distintas daquelas estabelecidas na CLT e nesse contexto inclui-se a dos servidores públicos estatutários.

O regime celetista e o estatutário são formas muito diferentes de contratação pela administração pública. A única questão em comum é que o concurso público é obrigatório para ambos.

No regime celetista, as regras para os empregados públicos são aquelas previstas na CLT, incluindo a assinatura da carteira de trabalho e por essa razão, não existe estágio probatório e, por isso, não há a estabilidade na empresa pública em que foi contratado. Diferente dos servidores públicos, os estatutários têm estabilidade após 3 anos.

Outras questões como aposentadoria, afastamento para capacitação e/ou saúde, entre outros, também seguem regras totalmente diferentes.

Fundamentada na Constituição Federal (BRASIL, 1988), servidor público de carreira é aquele que exerce função pública permanente (ou seja, é dotado de estabilidade vitalícia após o estágio probatório), seja junto a Administração Pública direta ou indireta. É admitido por meio de aprovação prévia em concurso público e, dessa forma, na condição de estatutários, são regidos por leis específicas, que são chamadas de RJU ou Planos de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS).

A estabilidade no emprego alimenta o desejo de muitos profissionais. Para Ribeiro e Mancebo (2013), um vínculo empregatício estável constitui um dos maiores atrativos para o ingresso e a permanência no serviço público. A figura de um trabalhador que abre mão de projetos profissionais associados à vocação e aos sonhos em troca de um porto seguro, mesmo que seja fora da sua área de formação e interesse, é cada vez mais frequente.

Ainda nesse contexto, recentemente a administração pública modificou o Decreto nº 9507 de 1997, que dita sobre a terceirização no serviço público, ampliando

para o Ministério do Planejamento a definição dos serviços a serem contratados de forma indireta.

Essa mudança exacerba a precarização do serviço público, pois assim, menos concursos públicos são realizados, inclusive, esse modelo não privilegia o conhecimento técnico, mas aquele em que se ganha por meio do achatamento dos direitos sociais do trabalhador terceirizado (VILELA, 2018).

Concentrando a análise do capitalismo sobre as condições de trabalho, ao longo do tempo, percebem-se formas diferentes de precarização, o que deixou de ser algo residual ou periférico para se institucionalizar em todas as regiões do mundo, tanto nos países desenvolvidos e centrais, quanto em países como o Brasil. Dessa forma faz-se necessário entender que os processos de globalização, de reestruturação produtiva e de hegemonia neoliberal se manifestaram no âmbito do trabalho do servidor público.

5.2 Percepção pessoal como profissional de saúde no contexto da pandemia

Para melhor compreensão das respostas dos participantes, as falas foram categorizadas conforme o conteúdo dos discursos e os temas como indicadores de saúde predominantes na pandemia (Quadro 1).

Por sua vez, cada participante recebeu uma identificação com a letra E, seguido por algarismo numérico arábico. Assim, algumas falas foram escolhidas para representar as demais. Quando indagados sobre a maior preocupação com a pandemia iminente, muitas respostas assemelham-se, e seria impossível expor todas as respostas.

Dessa forma, para ilustrar, teremos o participante E1 que atua como auxiliar de enfermagem há quase duas décadas, em setores como UTI neonatal e UTI adulto, dentre outros. Ele já vivenciou momentos tensos, bem como experimentou contratações pela CLT e regime estatutário e conhece bem a realidade enfrentada pelos profissionais de saúde, conforme seu relato:

Bom, eu acho que é um momento preocupante por que nós que trabalhamos na saúde já passamos por muitos desafios... [...], enfrentamos tantas coisas todos os dias, e é tão difícil ter que passar por uma coisa tão, tão pior como uma pandemia dessas. Tenho medo de contaminar minha família, de alguém pegar essa doença e morrer por minha causa... não quero nem pensar nisso.

Minha cabeça tá um turbilhão de emoções por que sei que ninguém se importa com a gente só Deus, só ele sabe o que passamos.

Nesse mesmo sentido, o participante E2, que é médico intensivista a mais de duas décadas trabalhando em setores de emergência, UTI adulto entre outros, e já passou pelos três regimes de contratação citados neste estudo, estando atualmente sob contratação pelo RJU, descreve sua reação ao se deparar com o paciente com COVID-19:

Medo... medo acho que define bem o que nos esperava, creio que todos que exercem suas atividades profissionais em quaisquer instituições de saúde sentiram medo, muito medo... Eu particularmente passei algumas noites bem ruins pensando em como enfrentaríamos isso, e se voltaríamos para casa ou se voltássemos como seria, e se levássemos a doença e nossas famílias? Bom, é inexplicável o sentimento, só posso dizer que era um medo que nunca senti, porque eu sabia bem que estaríamos praticamente por nossa própria conta. Absurdamente assustador... é isso.

Esses são apenas dois depoimentos dentre os 83 participantes, onde a reação resumiu-se ao medo. Sentimento predominante nas falas, sobretudo em relação a contaminar seus familiares, amigos e a si próprio.

Corroborando, o estudo de Rezende *et al* (2022) também traz o medo da COVID-19 como principal sentimento de profissionais de saúde que realizavam atendimento contínuo de pacientes em duas cidades da região do Campo das Vertentes no estado de Minas Gerais. Isso se correlacionou com a sobrecarga física e mental, sintomas depressivos e as características da síndrome de Burnout de exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal.

A respeito do que representou esse momento, Herdman, Kamitsuru e Lopes (2021) trazem que é imprescindível a realização de um julgamento clínico sobre uma resposta humana a condição de saúde/processo de vida, ou a uma vulnerabilidade a essa resposta, por um indivíduo, família, grupo ou comunidade e a partir daí sejam traçadas intervenções de cuidado direcionado.

Ademais, o medo configura-se como resposta a uma ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo, tendo como fatores relacionados: a ansiedade da morte, caracterizada pelo sofrimento emocional e insegurança gerados pela antecipação da morte e do processo de morrer de si mesmo ou de outras pessoas significativas, o que afeta negativamente a qualidade de vida; a ansiedade relacionada à morte significando um sentimento vago e incômodo de

desconforto ou temor gerado por percepções de uma ameaça real ou imaginária à própria existência e até mesmo à contaminação, definida como exposição a contaminantes ambientais em doses suficientes para causar efeitos adversos à saúde (HERDMAN; KAMITSURU; LOPES 2021).

Além disso, com respeito ao suporte institucional direcionado para o trabalhador da saúde, os respondentes relataram situações de descaso no que concerne à oferta de testes suficientes para detecção de COVID-19, bem como falta de atendimento ao profissional doente ou com suspeita da doença. O que os levou a procurar outros serviços, privados ou públicos, relatando inclusive pouco tempo de afastamento para se recuperar bem e retornar às atividades, bem como desconhecimento ou falta de comprometimento dos serviços próprios para vigilância, prevenção e cuidados à saúde do trabalhador.

Ainda sobre o suporte oferecido pelas instituições, muitos problemas foram percebidos pelos profissionais sob diversos aspectos. O participante E3, que é trabalhador da área da saúde há 22 anos como técnico de enfermagem iniciando na carreira como auxiliar de enfermagem, possuindo atualmente dois vínculos trabalhistas concomitantes em duas instituições de saúde diferentes, onde trabalha 80 horas semanais, em regime de plantão em dois hospitais sendo um público e outro privado, mas ambos com vínculo CLT. E assim ela se refere à disponibilidade de testes de COVID-19:

Lá nos hospitais que eu trabalho nem teste tinha, isso bem no início da pandemia, na real nem os setores estavam preparados de verdade para receber os pacientes, eles fizeram foi uma gambiarra transformaram as enfermarias em "UTI" sabe, e os isolamentos eram feitos por biombo... Gente um tamanho absurdo separar os pacientes com biombos... a gente nem tinha máscara apropriada, era tudo contado a gente recebia 3 máscaras cirúrgicas para o dia todo, caótico mesmo. Eu peguei COVID 2 vezes, o teste que eu consegui foi em outro hospital que atende pelo SUS, me afastaram por 14 dias da primeira vez e 7 dias da segunda vez. Se eu fosse falar tudo como foi passaria aqui sei lá quanto tempo com você... só posso resumir dizendo foi horrível, a gente estava jogado às traças.

Consonante, o participante E3 descreve o trabalho desenvolvido na pandemia como o pior da carreira. Enfermeira por 21 anos, atualmente trabalhando em regime estatutário em duas instituições hospitalares públicas, já presenciou diversas situações desafiadoras. Porém, em sua percepção a pandemia causou um impacto terrível em todos os profissionais da saúde, em especial "aqueles que trabalhavam nos setores críticos", como ela.

Eu sempre trabalhei em setores como Centro Cirúrgico, UTI, Emergência, Recuperação, e tantos outros, sempre sob muita pressão e as condições já nem eram boas, mais na pandemia... olha realmente foi inexplicável sabe. O que eu percebi aqui na Maternidade Escola é que o pessoal da CIPA vinha fazer umas visitas acho que de uns 2min. Fazia umas perguntas nada haver e pronto acabou. Lembro deles sempre perguntando assim: Vocês são UFC ou EBSEH? Coisa doida isso por que eu ficava me perguntando: Nossa por que eles não perguntam... Vocês estão bem, em segurança, têm a assistência necessária? Sei lá a gente é trabalhador de um local extremamente insalubre em todos os sentidos, sofremos pressão de todos os lados, todo mundo que é profissional da saúde sofre isso não é só quem é EBSEH ou UFC. Estranho isso porque achei que os direitos eram para todos e não para classes diferentes. Aqui no complexo hospitalar tem o USOST que é responsável pelo atendimento médico de acidentes de trabalho mais só para quem é da EBSEH o pessoal que é CLT sabe, a gente que é da UFC aqui no complexo não tem ninguém, ou você procura seu plano de saúde se tiver ou se não tiver vá para uma fila da UPA. Chega a ser engraçado, parece piada, nós cuidamos da saúde de outras pessoas, gente que nem conhecemos. E nós, como fica a nossa saúde, nossa vida? É bárbaro, somos tratados como nada... Desculpa [se emociona] perdi muitas amigas para essa doença nessas mesmas condições... Desculpa [começa a chorar].

O participante E4, que trabalha como Técnica em Radiologia terceirizada (CLT) pela Prefeitura Municipal de Fortaleza, e possui outro vínculo CLT em um hospital privado, perfazendo uma carga horária de 24h semanais, lembra que era muito difícil trabalhar na pandemia porque os EPI's eram insuficientes e nem sempre era possível seguir o protocolo do MS para evitar a contaminação por COVID-19. Como a exigência era de uma paramentação completa com avental, gorro, máscara, luvas para a realização de cada exame, como muitas vezes, esses materiais eram escassos, era necessário que se aproveitasse uma única paramentação para a realização de todos os exames daquela unidade, ou seja, se fosse realizar exame dos pacientes de uma unidade, era necessário juntar vários de uma vez só para não ter que se desparamentar, e às vezes eram tantos exames que ficava inviável prestar uma boa assistência.

Trabalhar na pandemia foi caótico, acho que até hoje estou cansada, exausta mesmo. Incrível como esses anos foram perturbadores, a gente presenciava cenas chocantes, pessoas morrendo aos montes, família chorando, meu Deus eu só pensava nos meus. Era difícil trabalhar sob condições emocionais tão difíceis, se não bastasse ainda tinha a falta de apoio dos gestores, da instituição, faltava tudo eu só via minhas amigas de outros setores reclamando, todo mundo exausto de tanto problema. A gente trabalhou extra na pandemia e nunca recebeu a gente tava tão cansada que deixou pra lá nem fomos mais atrás... Enfim, ainda bem que terminou embora o tratamento com a gente não tenha mudado nada depois disso. Fazer o que né...

Esses relatos trazem à mostra a desestruturação dos serviços de saúde frente ao caos estabelecidos com a pandemia. A letalidade da doença foi impactada de forma decisiva pela capacidade de resposta da rede de serviços de saúde, principalmente no que tange à detecção precoce de casos e a disponibilidade/acesso a cuidados críticos prestados por um número suficiente de profissionais de saúde qualificados e EPI's necessários à proteção em massa.

Para Santos (2021), dentro de um cenário inesperado e, sobretudo, despreparado, planos operacionais em redes de serviços de saúde, tanto na atenção primária quanto em instituições hospitalares, tiveram que ser elaborados em tempos exíguos, para reorganizar a entrega dos serviços e ganhar eficiência na gestão e expansão da oferta de leitos. Isto considerando a complexidade crescente dos casos, assim como avaliar casos em que os serviços não poderiam ser interrompidos, como no caso de pacientes oncológicos.

A partir da pandemia e com o crescimento acelerado do número de casos e óbitos no Brasil, medidas de saúde pública na área de controle e prevenção tiveram de ser impostas pelos governos. Muitas condições foram estabelecidas e/ou reforçadas para evitar o contágio, mas infelizmente não foi possível evitar tantos óbitos.

Entre as medidas indicadas pelo MS, estão as não farmacológicas, como distanciamento social, etiqueta respiratória e de higienização das mãos, uso de máscaras, limpeza e desinfecção de ambientes, isolamento de casos suspeitos e confirmados e quarentena dos contatos dos casos de COVID-19, conforme orientações médicas (BRASIL, 2020).

Quadro 1- Indicadores de saúde e segurança do trabalhador predominante na pandemia. Fortaleza, 2022.

INDICADOR	SITUAÇÃO	RESULTADO
SAÚDE EMOCIONAL	MEDO	O medo aparece com mais intensidade: Por ordem de prioridade: 1º medo de contaminar familiares e causar-lhes a morte; 2º medo de se contaminar; 3º medo de morrer Resultando em ansiedade e estresse no indivíduo saudável.

SAÚDE FÍSICA	FALTA DE TESTAGEM PARA COVID-19 ACOMPANHAMENTO MÉDICO	A insuficiência de testes para COVID-19 resultou em insegurança, não garantindo a segurança do paciente, nem do profissional e seus familiares. A falta de atendimento profissional e não continuidade do acompanhamento quando adoecido, causou sentimentos de inutilidade e descaso.
SEGURANÇA DO TRABALHADOR	FALTA DE EPI's AMBIENTE DE TRABALHO TÓXICO	A deficiência de manter os profissionais seguros na pandemia foi constante, falta de EPI's, insumos, ambiente inseguro, insalubre e com infraestrutura inadequada para lidar com o momento pandêmico. Tais circunstâncias comprometeram a qualidade das atividades, segurança e o bem-estar do trabalhador.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Os dados indicam que a maioria dos profissionais entrevistados se sentiam despreparados para o enfrentamento ao COVID-19. Os problemas pré-existentes que foram acentuados com a pandemia deixaram esses trabalhadores inseguros, com medo e exaustos pelas condições de trabalho nas instituições hospitalares. Além do mais, os gestores não tiveram tempo hábil para preparar os ambientes para a recepção e os cuidados que deveriam ser prestados aos pacientes infectados, culminaram nos problemas infra estruturais, falta de insumos e circunstâncias que comprometem a saúde física e mental desses profissionais.

Esses fatores levaram os governantes a tomar ações capazes de atenuar as condições de trabalho, ambiente laboral e sensibilidade dos gestores de saúde às necessidades dos profissionais inseridos nas unidades hospitalares no contexto pandêmico, como a aprovação de leis e medidas a fim de minimizar o cotidiano laboral desses trabalhadores.

5.3 Medidas de proteção à Saúde e Segurança do trabalhador conforme Parecer Técnico nº 120/2020

Este parecer dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência de Doença por Coronavírus – COVID-19. Portanto, esse momento refere-se às medidas de segurança a serem aplicadas nas instituições de saúde para a proteção dos trabalhadores no contexto da pandemia, considerando as mudanças e adaptações a serem realizadas nos espaços laborais, apoio e orientações por parte dos gestores, treinamentos e ajuda com as atividades por parte das chefias e autoanálise do próprio

profissional sobre seu preparo para o serviço aos pacientes com suspeita ou infectados pelo COVID-19.

Em relação ao panorama institucional, 43,3% concordam que os hospitais estudados reestruturaram o ambiente para a recepção dos casos suspeitos e confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2. Porém, no que se refere à capacitação das equipes, 46,9% discordam que estavam preparadas ou treinadas para os cuidados a serem prestados aos doentes, 42,1% relatam discordar ter EPI's suficientes para sua proteção, 54,2% afirmam que não havia disponibilidade de testes para COVID-19, 65,1% dizem discordar do fornecimento de atendimento médico e 67,4% discordam que a instituição tenha facilitado atendimento psicossocial no contexto da pandemia.

Consonante, dados da pesquisa realizada pela FIOCRUZ (2021), revelam que no período pandêmico pouco menos da metade dos respondentes (43,2%) não se sentem protegidos no trabalho de enfrentamento da COVID-19, e o principal motivo, para 23% deles, está relacionado à falta, à escassez e à inadequação do uso de EPI's (64% revelaram a necessidade de improvisar equipamentos). Os participantes da pesquisa também relataram o medo generalizado de se contaminar no trabalho (18%), a ausência de estrutura adequada para realização da atividade (15%), além de fluxos de internação ineficientes (12,3%). O despreparo técnico dos profissionais para atuar na pandemia foi citado por 11,8%, enquanto 10,4% denunciaram a insensibilidade de gestores para suas necessidades profissionais.

No que se refere aos gestores dos estabelecimentos hospitalares, 40,9% concordam ter recebido explicações com respeito à pandemia, embora 26,5% tenham se mantido neutros em sua resposta, preferindo não se manifestar. Com respeito à disposição dos gestores em atender e ajudar os trabalhadores em relação a assuntos da pandemia, 49,4% discordam de ter recebido qualquer apoio e 41% discordam de ter recebido esclarecimentos acerca das mudanças e ajuda aos trabalhadores. Em contrapartida, 25,3% mantiveram neutralidade em suas respostas.

Referente às chefias mediatas, 46,9% discordam ter recebido treinamentos constantes no decorrer da pandemia, 43,4% discordam ter recebido ajuda quando as equipes estavam desfalcadas, embora 36,1% tenham concordado ter a equipe complementada com a ajuda de suas chefias. No entanto, quanto à revisão dos EPI's para não faltar, 50,6% concordam que suas chefias ficaram alertas e 44,5%

concordam que suas chefias as orientaram e direcionaram quando adoecidas e com sintomas gripais.

Os resultados demonstraram que 66,3% dos profissionais de saúde entrevistados estavam inseguros, sem confiança e tranquilidade em relação a pandemia e aos cuidados e ações a serem prestados aos doentes; 51,8% se sentiam incapazes e prontos para prestarem atendimento aos infectados ou casos suspeitos; 62,7% discordaram ter tido atendimento médico por parte da instituição quando necessitam; e 50,6% relatam terem o descanso e licença suficiente para retornarem às suas atividades.

Para Machado *et al* (2022), os profissionais da saúde são pessoas que trabalham quase sempre cumprindo ordens de forma silenciosa e completamente invisibilizadas pela gestão, por suas chefias imediatas, pela equipe de saúde em geral e até pela população usuária que busca atendimento e assistência.

Com base em todos os resultados apresentados, pode-se perceber que, assim como estudo de Leonel (2021), os profissionais de saúde têm cargas horárias excessivas de trabalho para garantir uma remuneração razoável, embora suprimindo horas de lazer, sono e outras atividades prazerosas de sua vida pessoal, e que isso pode acarretar patologias futuras ou mesmo acentuar vulnerabilidades de agravo à infecção por COVID-19.

A pandemia de COVID-19 foi considerada como situação de estresse diário e corroborou para aumentar a insatisfação dos profissionais dentro das instituições de saúde, apontado por muitos como falta de comprometimento com a vigilância, a prevenção e os cuidados com o cuidador, sobretudo, problemas já existentes, mas exacerbados como a falta de EPI's, capacitação e atendimento ao profissional doente.

Ademais, os profissionais de saúde que estão na linha de frente devem sentir-se reconhecidos pelos esforços diários mesmo sem condições tão adequadas.

Para Teixeira *et al* (2020), um estímulo necessário é o reconhecimento do esforço, até mesmo do sacrifício que muitos estão fazendo para continuar trabalhando nas condições em que laboram. Saber que a família está segura, os amigos e a sociedade valorizam seu trabalho é fundamental para que eles consigam enfrentar com coragem e esperança a difícil tarefa em que estão empenhados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de COVID-19 mostrou que os impactos nos serviços de saúde extravasaram o campo infra-estrutural, físico e entrelaçaram-se com as necessidades dos trabalhadores nesse cenário caótico, representado em sua maioria pelos profissionais da saúde.

Embora diversas medidas legislativas já existissem para manter a saúde e a segurança dos profissionais em seu ambiente laboral, a demanda foi tão intensa que não foi possível o atendimento propício desses cuidadores, os expondo à contaminação e outros patógenos inerentes ao ambiente hospitalar.

A sobrecarga de atendimento nos serviços de saúde ocasionou a falta de insumos, de equipamentos, e de profissionais já que estes também adoeceram. Por mais que a legislação dos vínculos de contratação, seja ele estatutário ou CLT, assegurassem direitos trabalhistas com vigilância dos ambientes laborais e da saúde e segurança do trabalhador, a pandemia revelou que ainda se faz urgente maiores empenhos nesse campo.

No eixo referente aos aspectos trabalhistas, percebeu-se que os profissionais da saúde estão diariamente expostos à contaminação inerente ao ambiente hospitalar permanentemente insalubre. Outro fator concerne aos longos períodos de horas trabalhadas, dupla jornada em vários empregos, excesso de plantões e principalmente aumento na demanda de atendimentos causados pela pandemia. Todo esse contexto evidenciou a exaustão individual e coletiva, exacerbando o cansaço físico e mental.

Além de tudo, as doenças já adquiridas ou desenvolvidas ao longo dos anos de trabalho na área da saúde potencializaram o risco de agravamento da COVID-19 para os trabalhadores que se infectaram com o vírus, ocasionando muitos óbitos. A idade também foi outra preocupação por ser considerado um fator de risco para esses profissionais em um nível muito mais elevado do que aqueles que não são dessa área, devido estar em constante exposição.

Somando-se a isso, os profissionais também foram submetidos a cargas psíquicas intensas decorrentes da atuação constante com o sofrimento dos pacientes, morte de muitos, bem como de familiares, amigos e companheiros de profissão. O medo da contaminação de familiares impactou negativamente esses profissionais por sentirem a culpa de se tornarem um vetor de infecção para outros.

As circunstâncias do período pandêmico ainda em andamento afetaram profundamente os profissionais da saúde influenciando sua relação com o trabalho, causando-lhes sofrimento, ansiedade, estresse, baixa estima pela falta de reconhecimento profissional e remuneratório, bem como vivência do real fracasso da realidade trazida pelas mortes em contraposição ao desejo de salvar vidas.

O longo período longe de seus familiares foi outro fator que contribuiu para sinais de depressão e tristeza profunda, ante ao cenário caótico e desesperador. Os momentos solitários dentro das instituições hospitalares nos prolongados plantões e percursos de um trabalho a outro revelaram outro fator preocupante: o cuidar dos próprios cuidadores dos pacientes, que se empenham no restabelecimento da saúde de outros “desconhecidos” ao seu ciclo social.

Ressalte-se que esses indivíduos enfrentam as condições precárias de trabalho já existentes nos serviços de saúde, as quais foram evidenciadas no contexto pandêmico, revelando a importância dos cuidados à saúde e segurança desses servidores que vivem sob a linha tênue dos perigos diários impostos pela profissão.

Em nível institucional, embora os gestores tenham se empenhado a fazer o necessário a fim de possibilitar condições razoáveis e menos perigosas para a realização dos cuidados aos doentes nos momentos críticos, queixas sobre a falta de comprometimento destes foram constantes na pesquisa. A falta de EPIs, em especial para os que se dedicavam diretamente aos cuidados dos doentes, foram duramente criticadas.

As chefias mediatas e imediatas também foram avaliadas de forma negativa por esses profissionais. Em efeito, não foi providenciada capacitação, deixando-os sem a devida preparação, principalmente nos momentos de elevada demanda de doentes, o que gerou cansaço e desânimo generalizado, em especial nas equipes de nível médio, intensificando o sofrimento no trabalho.

No que se refere à oferta de atendimento médico a esses profissionais dentro das instituições, não se observou nada além do que a habitual medicina do trabalho exige, ou seja, receber os atestados médicos. Assim, não houve atenção ao restabelecimento físico e mental dos profissionais.

Toda a dimensão de subjetividade e entendimento das situações só foi possível pelas falas desses trabalhadores que, com este estudo, se sentiram à vontade para externalizar todos os sentimentos vividos em seu exercício profissional durante esta terrível pandemia.

Essa dissertação procurou identificar elementos relevantes sobre as formas de enfrentamento desses servidores e as grandes dificuldades enfrentadas por anos de trabalho, que, aliás, somente foi possível evidenciar pelas dificuldades vividas durante a pandemia. Isso mostra que os gestores e contratantes podem desenvolver outras formas de ações a fim de melhorar a vida dos trabalhadores do SUS, zelando pela sua saúde e segurança em seus espaços laborais, reconhecendo o real valor destes para o sistema de saúde e a sociedade.

Vale registrar, entretanto, que referente à oferta de atendimento médico e psicossocial, às instituições desenvolveram algumas ações de forma parcial, mas já no último momento de pandemia acentuada, o que acabou por ser insuficiente frente à demanda dos profissionais. Além disso, houve deficiência nos atendimentos e exames específicos frente a sintomas gripais ou outras sintomatologias preocupantes, conduzindo estes profissionais à procura por atendimento em outras instituições, que não a sua de trabalho.

Sugere-se que sejam desenvolvidas ações mais eficazes de acompanhamento dos profissionais da saúde independente de seu vínculo de trabalho, com setores direcionados ao atendimento médico e psicológico enfatizando prevenção, promoção e restabelecimento da saúde física e mental de seus colaboradores, sobretudo devido ao cenário pandêmico que ainda não foi por completo debelado.

Desse modo, espera-se que os resultados desse estudo sobre a condição de saúde e segurança do trabalhador da saúde possam contribuir para o aprendizado em relação a possíveis eventos futuros, como forma de prevenir e/ou promover os cuidados desses profissionais no trabalho. Da mesma forma, tem-se aqui indicações que podem colaborar com a gestão, para compreender esses fatores de sofrimento no trabalho e planejar medidas preventivas e promotoras da saúde e segurança no trabalho, tanto no cotidiano das instituições quanto em eventos emergenciais, como epidemias ou pandemias.

REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho?** São Paulo: Ed. Brasiliense, 2017. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=zmgvDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT3&ots=eaCQo11KnQ&sig=sFHekFOX_zPD15q95wJaaUaR6-s#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 05 abr. 2020.

ALMEIDA, J.C. de; LIMA, I.A. de. A segurança e saúde no trabalho no regime CLT e no regime estatutário: uma abordagem no planejamento governamental comparando o tema nos dois regimes. **Revista Brasileira de Planejamento e Desenvolvimento**, local? v. 7, n. 1, p. 2–28, 2018.

ANDRADE, E.T.de. **O processo de implementação da política de atenção à saúde do trabalhador em instituições públicas federais: o desafio da integralidade**. 2009. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

ARAUJO, S. N.F.; DE MISAILIDIS, M.G.; LERENA, M. Os direitos fundamentais de proteção à saúde do trabalhador no meio ambiente do trabalho, São Paulo. In: CONGRESSO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 9.; MOSTRA ACADÊMICA DA UNIMEP, 9., 2011. Tema: Ambiente e Sustentabilidade. Piracicaba. Anais [...]. Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba.

BALDOINO, E. S. dos; SANTOS, M.C. **Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem com dupla jornada de trabalho: uma revisão da literatura**. 2020. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Ciências Sociais e da Saúde. Curso de Enfermagem. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2020. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/1340>. Acesso em: 02 jun 2021.

BEZERRA, I.M.P; SORPRESO, I.C.E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J. Hum. GrowthDev.**, São Paulo , v. 26, n. 1, p. 11-20, 2016 . DOI.org/10.7322/jhgd.113709
Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000100002&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 31 out. 2022.

BRASIL. Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6833.htm. Acesso: 22 de jun. de 2020.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, Df: [s.n.], 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/03/decreto-lei/Del5452.htm>. Acesso em: 23 fev. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.666, de 8 de maio de 2003. Dispõe sobre a concessão da aposentadoria especial ao cooperado de cooperativa de trabalho ou de produção e dá outras providências. Brasília, DF: 2003. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=10666&ano=2003&ato=33fATWq10dRpWTce7>. Acesso em: 06 abr. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 25 de abril de 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm. Acesso em: 25 abr. 2020.

BRASIL. Presidência da República. 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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 05 abr. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm. Acesso em: 05 abr. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 6.185, de 11 de dezembro de 1974. Dispõe sobre os servidores públicos civis da Administração Federal direta e autárquica, segundo a natureza jurídica do vínculo empregatício, e dá outras providências. Rio de Janeiro, RJ: Presidência da República, 1974. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/LEIS/1970-1979/L6185.htm. Acesso em: 27 mai. 2019.

BRASIL. Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília, DF: Presidência da República, 1943. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em: 23 fev. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1991. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: 02 fev. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.429, de 31 de março de 2017**. Altera dispositivos da Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, que dispõe sobre o trabalho temporário nas empresas urbanas e dá outras providências; e dispõe sobre as

relações de trabalho na empresa de prestação de serviços a terceiros. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13429.htm. Acesso em: 02 de fev. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>. Acesso em: 03 mar. 2021.

BRASIL. Portaria nº 1823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em 12 jan. 2023.

BRASIL. **Recomendação nº 020, de 07 de abril de 2020.** Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 128/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus – COVID-19. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1103-recomendac-a-o-no-020-de-07-de-abril-de-2020#:~:text=Recomenda%20a%20observ%C3%A2ncia%20do%20Parecer,por%20Coronav%C3%ADrus%20%E2%80%93%20COVID%2D19>. Acesso em: 12 de mai. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 41 – Brasília :Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_trabalhador_trabalhadora.pdf> Acesso em: 12 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde.** Brasília-DF, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações de proteção aos trabalhadores do serviço de saúde no contexto da pandemia da Covid-19.** Brasília-DF, p. 1-24, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/recomendacoes-de-protacao-aos-trabalhadores-do-servico-de-saude.pdf/view>. Acesso em: 26 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada.** 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf. Acesso: 22 de dez. 2021.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Organização Mundial da Saúde. “**Até 180 mil profissionais de saúde morreram de COVID-19. 2021.** Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/152760-ate-180-mil-profissionais-de-saude-morreram-de-covid-19-informa-oms>. Acesso em: 20 de nov. de 2022.

BRASIL. Ministério da Economia. **Boletim das medidas tomadas em função da Covid-19 (Coronavírus).** Ministério da Economia. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/covid-19>. Acesso em: 29 nov. 2022.

BRAVO, M.I.S. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**, v. 3, p. 1-24, 2006. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo. Acesso em: 15 jan. 2022.

BRAVO M.I.S; ANDREAZZI, M.F.S. Avanços da contrarreforma na saúde intensificados a partir do governo ilegítimo de Temer. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 7, 2019; ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 14., 2019. Vitória. **Anais** [...]. Vitória: ES, 2019. Tema: Contrarreformas ou Revolução: respostas ao capitalismo em crise Disponível em: <https://periodicos.ufes.br>. Acesso em: 18 jul. 2022.

CANESQUI, A. M. Reflexões sobre os conceitos de saúde e doença e suas implicações. **Physis-Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 369-372, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/SsNgyR6bGqGntTkgwGTrMzK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2020.

CARDOSO, A.C.M. O trabalho como determinante do processo saúde-doença. **Tempo Social**, v. 27, p. 73-93, 2015.

CARVALHO, L. et al. Avaliação Qualitativa dos Riscos existentes em uma oficina mecânica localizada em Campo Mourão/PR. **Revista Tecnológica**, 2017. Disponível: <https://online.unisc.br/seer/index.php/tecnologia>. Acesso em: 24 maio 2021.

CEZAR, F.G. O Processo de elaboração da CLT: histórico da Consolidação das Leis Trabalhistas Brasileiras em 1943. **Revista Processos de Estudos de Gestão, Jurídicos e Financeiros**. 2019. Ano X, v. 10, n. 37, jan./mar., 2019. Disponível em: <https://periodicos.processus.com.br/index.php/egjf/issue/view/28>. Acesso em: 12 ago. 2022. ISSN 2178-2008.

CHAGAS, A.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. São Paulo: IPEA/FUNDACENTRO, 2012. Disponível em: https://ftp.medicina.ufmg.br/osat/biblioteca-outros/2017/livro_saudenotrabalho.pdf. Acesso em: 05 jun. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde**. Brasília-DF, 2020. Disponível em:

<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems.pdf>. Acesso: 14 de fev. 2020.:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. “Brasil perde ao menos um profissional de saúde a cada 19 horas para a Covid”. **Folha de São Paulo**, 09 mar. 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#:~:text=Levantamentos%20do%20CFM%20\(Conselho%20Federal cada%20sete%20horas%20e%20meia](http://www.cofen.gov.br/brasil-perde-ao-menos-um-profissional-de-saude-a-cada-19-horas-para-a-covid_85778.html#:~:text=Levantamentos%20do%20CFM%20(Conselho%20Federal cada%20sete%20horas%20e%20meia). Acesso em: 21 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. “**Família é a maior preocupação na linha de frente da covid-19**”. Brasília-DF, 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/familia-e-a-maior-preocupacao-na-linha-de-frente-da-covid-19_82039.html. Acesso em: 25 ago. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **A Precarização do trabalho da enfermagem: uma reflexão do Cenário**. Brasília-DF, 2021. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/precarizacao-trabalho-enfermagem-reflexao-cenario-atual/>. Acesso: 16 jan. 2021.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO. “**Mais de 4.500 profissionais de saúde morreram por covid-19 no Brasil**”. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: http://rj.corens.portalcofen.gov.br/mais-de-4-500-profissionais-de-saude-morreram-por-covid-19-no-brasil_29112.html#:~:text=Entre%20mar%C3%A7o%20de%202020%20e,vidas%20na%20pandemia%20eram%20mulheres. Acesso em: 21 abr. 2021. Acesso em: 10 de out. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS**. 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>. Acesso em: 29 nov.2022.

COSTA, M.S. O sistema de relações de trabalho no Brasil: alguns traços históricos e sua precarização atual. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 20, p. 111-131, 2005.

CUNHA, A.G. da. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lexikon, 2007.

CUNHA, E.S. da. **Projeto de Lei nº 30/2015: a terceirização trabalhista à luz dos princípios protetivos do Direito do Trabalho**. 2016. Monografia (Graduação em Direito) – Universidade do Vale do Taquari - Univates, Lajeado, 05 dez. 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10737/1534>.

DAMASCENO, A. Pesquisadores da Ufes ligam comorbidade a faixa etária para avaliar risco de morte por COVID-19. 2020. Disponível: <https://www.ufes.br/conteudo/pesquisadores-da-ufes-ligam-comorbidade-faixa-etaria-para-avaliar-risco-de-morte-por-covid>. Acesso em: 29 nov. 2022.

DELGADO, M.G. **Curso de direito do trabalho: obra revista e atualizada conforme a lei da reforma trabalhista e inovações normativas e jurisprudências posteriores**. 18. Ed. São Paulo: LTr, 2019.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. *In*: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

DI PIETRO, M.S.Z. **Direito administrativo**. Rio de Janeiro: Forense, 2021. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/003018201>. Acesso em: 05 maio 2022.

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, 2013.

ENRIQUEZ, E. O trabalho, a essência do homem? O que é o trabalho? **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.17, n. esp., p.163-176, 2014.

EPSTEIN, Isaac. Comunicação de massa para saúde: esboço de uma agenda midiática. **Revista Latinoamericana de Ciências de La comunicación**, n. 8-9, 2011.

FAGNANI, Eduardo. A política social do governo Lula (2003-2010): **SER Social**, Brasília, v. 13, n. 28, p. 41–80, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.26512/ser_social.v13i28.12682. Acesso em: 18 maio 2020.

FERREIRA, M. C. **Qualidade de vida no trabalho**: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores. 2. ed. Brasília: Paralelo, p. 15, 2012.

FILGUEIRAS, Vitor Araújo (org.) **Saúde e segurança do trabalho no Brasil**. Brasília: Gráfica Movimento, p. 19-78, 2019. ISBN 9788566507157.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Condições de Trabalho dos Profissionais de Saúde no Contexto da Covid-19**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2021. Disponível: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude#:~:text=S%C3%A3o%20pessoas%20que%20trabalham%20quase,cidadania%20social%2C%20%C3%A9cnica%20e%20trabalhista>). Acesso em: 15 mai. 2021.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Os trabalhadores invisíveis da Saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da Covid-19 no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pandemia-reafirma-invisibilidade-de-2-milhoes-de-trabalhadores-da-area-da-saude#:~:text=S%C3%A3o%20pessoas%20que%20trabalham%20quase,cidadania%20social%2C%20%C3%A9cnica%20e%20trabalhista>. Acesso: 15 de mar. de 2022.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. **Piso salarial da Enfermagem**: os entraves na garantia de direitos para a categoria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2022a. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/piso-salarial-da-enfermagem-os-entraves-na-garantia-de-direitos-para-a-categoria>. Acesso em 16 jan. 2023.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**: coleção pesquisa qualitativa. Bookman editora, 2009.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa**: um guia para iniciantes. Porto Alegre: Penso Editora, 2012.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2009.

GIL, A.C. et al. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, D.C.; SILVA, L. B.; SÓRIA, S. Condições e relações de trabalho no serviço público: o caso do governo Lula. **Revista de Sociologia e Política**, v. 20, p. 167-181, 2012.

GOMEZ, C.M.; VASCONCELLOS, L.C.F. de; MACHADO, J.M.H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1963-1970, 2018.

HERDMAN, T.H.; KAMITSURU, S.; LOPES, C.T. (org.). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I**: definições e classificação – 2021-2023. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

JACKSON FILHO, J.M.J.; ALGRANTI, E. Desafios e paradoxos do retorno ao trabalho no contexto da pandemia de COVID-19. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 45, e 23, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/fundacentro/pt-br/centrais-de-conteudo/rbso/dossies-tematicos/a-pandemia-da-covid-19-e-a-saude-do-trabalhador>. Acesso em: 30 jan. 2023.

KANT I. **Crítica da razão pura**. Trad. Valério Rohden e Udo B. Moosburger. São Paulo: Abril Cultural, 1980 (Coleção os pensadores),

LACAZ F.A.C.; O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.4, p. 757-766, abr., 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2007.v23n4/757-766/pt>. Acesso em: 04 jul. 2022.

LANCMAN, Selma et al. Intersetorialidade na saúde do trabalhador: velhas questões, novas perspectivas?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4033-4044, 2020.

LEÃO, L.H.C.; VASCONCELLOS, L.C.F.de. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 20, n. 1, p. 85-100, 2011.

LEONEL, F. Pesquisa analisa o impacto da pandemia entre profissionais de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-analisa-o-impacto-da-pandemia-entre-profissionais-de-saude>. Acesso em: 01 dez. 2022.

LESSA, S.; TONET, I. **Introdução à filosofia de Marx**. 2. ed. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/297366/mod_resource/content/1/Trabalho%20-%20Sergio%20Lessa%20e%20Ivo%20Tonet.pdf. Acesso em: 22 set. 2020.

LIPP, M.N.; MALAGRIS, L.E.N. O estresse no Brasil de hoje. *In*: LIPP, Marilda N. **O estresse no Brasil: pesquisas avançadas**. Campinas: Papyrus, 2004.

LOURENÇO, L.F.L. *et al.* A historicidade filosófica do conceito saúde. **Hist. enferm., Rev. Eletronica**, v. 3, n. 1, p.18-35, 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1028952>. Acesso em: 20 set. 2022.

MACHADO, M.H. *et al.* Perfil e condições de trabalho dos profissionais da saúde em tempos de covid-19: a realidade brasileira. *In*: PORTELA, M.C.; REIS, L.G.C.; LIMA, S. M. L. **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**, Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, p. 283-295, 2022. DOI.org/10.7476/9786557081587.0019. <https://portal.fiocruz.br/livro/covid-19-desafios-para-organizacao-e-repercussoes-nos-sistemas-e-servicos-de-saude>. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5.

MACHADO, M.R.M.; MACHADO, F.A. Acidentes com material biológico em trabalhadores de enfermagem do Hospital Geral de Palmas (TO). **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, v. 36, n.124, p. 274-81, jul./dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/ress/2014.v23n2/337-346/pt>. Acesso em: 13 out. 2020.

MARTINS, M.I.C.; MOLINARO, A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 6, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qqxqFNCmjdYVq8qTJt5BJPG/?lang=pt>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600018>. Acesso em: 12 ago. 2022.

MARTINS, L.M.; EIDT, N.M. Trabalho e atividade: categorias de análise na psicologia histórico-cultural do desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 4, p. 675-683, out./dez. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/P4BLV9bV3zzMmqJ7bDkjcCc/?format=pdf&lang=pt>.

MATURANA, A.P.P.M; VALLE, T.G.M. do. Estratégias de enfrentamento e situações estressoras de profissionais no ambiente hospitalar. **Psicol. Hosp.** São Paulo, v. 12, n. 2, p. 2-23, dez. 2014. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092014000200002&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 13 dez. 2022.

MELLO, C.A.B. de. **Curso de Direito administrativo**. São Paulo: Malheiros, 2010.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. da. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, (supl. 2), p. 21-32, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/dgXxhy9PBddNZGhTy3MK8bs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2022.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. *In: O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2004. São Paulo: Hucitec. p. 269-269.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (org.) **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MINAYO, M.C.S. Importância da Avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de Avaliação. **Saúde & Transformação Social**, v.2, n.2, p. 2-11, 2011.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo, SP: Editora Hucitec. 2013.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C.; DE ASSIS, S. G.; DE SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Editora Vozes Ltda, 2011.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-9, 1991. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2977.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

MENICUCCI, T.M.G. A política de saúde no governo Lula. **Saúde soc.**, São Paulo, v.20, n.2, p. 522-532, 2011. DOI.org/10.1590/S0104-12902011000200022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ZJ3pn4hRCRDMCVhSV9fvnqL/?lang=pt> Acesso em: 12 dez. 2021.

NARDI, H. C.; RAMMINGER, T. Políticas públicas em saúde mental e trabalho: desafios políticos e epistemológicos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 32, p. 374-387, 2012.

NASCIMENTO, A. M. **História e teoria geral do direito do trabalho**: relações individuais e coletivas do trabalho. 26. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

NEVES, D. R. *et al.* Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à *Scientific Periodicals Electronic Library*. **Cadernos EBAPE**. BR. Rio de Janeiro, v.16, n. 2, p. 1-15, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/ncWvqK58zG8PqZC5ZQCGz9x/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 dez. 2022.

OLIVAR, M.S.P. O Campo político da saúde do trabalhador e o Serviço Social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 102, p. 314-338, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/JFcl3JpptWcFGkGw4Mjw9fR/?lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2022.

OLIVEIRA, A.J.E. de; ANDRÉ, S.M.S. Enfermagem em saúde ocupacional. **Millenium**, n. 41, p. 115-122, 2011.

OLIVEIRA, S.M. de. Os modelos de atenção à saúde do trabalhador e as transformações no mundo do trabalho. *In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 5.; ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 12., 2017. Vitória-ES-Brasil. Anais [...].* Vitória-ES, 2017, v.1, n. 1, p. 1-15. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/issue/view/755>. Acesso em: 15 maio 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Comunicado à Imprensa**: garantir a segurança dos profissionais de saúde para preservar a dos pacientes, set. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/detail/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>. Acesso em: 10 de jan. de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The impact of COVID-19 on health and care workers**: a closer look at deaths. Health Workforce Department – Working Paper 1. Geneva: World Health Organization, September, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345300/WHO-HWF-WorkingPaper-2021.1-eng.pdf>. Acesso em: 20 de out. de 2022.

PAPARELLI, R.; SATO, L.; OLIVEIRA, F.de. A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 36, n. 123, jun. 2011. DOI: 10.1590/S0303-76572011000100011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/YfMz55kDCyzXjny74jw6DbN/?lang=pt>. Acesso em: 7 maio 2022.

REZENDE LACERDA, J. P. *et al.* Relação entre o medo do COVID-19 e a sobrecarga física e mental de profissionais de saúde em atendimento contínuo de pacientes durante a pandemia de COVID-19. **HU Revista, [S. l.]**, v. 48, p. 1–8, 2022. DOI: 10.34019/1982-8047. 2022.v48.36671. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/36671>. Acesso em: 16 dez. 2022.

RIBEIRO, A.P.; OLIVEIRA, G.L.; SILVA, L.S.; SOUZA, E.R. Saúde e segurança de profissionais de saúde no atendimento a pacientes no contexto da pandemia de Covid-19: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.45 e v.25, 2020. DOI: 10.1590/2317-6369000013920. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/XMb5ddFXbpwB3CQxtPD3VBD/?lang=pt>

RIBEIRO, C. V. S.; MANCEBO, D. O servidor público no mundo do trabalho do século XXI. **Revista Psicologia: Ciência & Profissão**, v. 31, n. 1, p. 192-207, 2013. DOI: 10.1590/S1414-98932013000100015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/wt4yyKk3N5ZGRV977Z8ZyVn/?lang=pt>. Acesso em: 14 mar. 2022.

SÁ JUNIOR, L.S.M. Desconstruindo a definição de saúde. **Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)**, p. 15-16, 2004. Disponível em: <https://www.portalsaudenoar.com.br/wp-content/uploads/2015/05/Def-Saude.pdf>

SANTOS, C.P.R.S.; FERNANDES, A.F.C.; SILVA, D.M.; CASTRO, R.C.M.B. *Restructuring servisse at a mastology ou tpatient clinic during the COVID-19 pandemic*. **Rev. Bras. Enferm.** 2021, v.74, (Suppl 1) 20200571. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0571>. Acesso em 03 nov. 2022.

SANTOS, F.F.de.; DAS GRAÇAS, S.R.; MARTINS, A. B. As atuais contrarreformas previdenciárias no contexto da restrição dos direitos aos trabalhadores. *In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*, 16. 2019. Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”. Brasília (DF).

SELIGMANN-SILVA, E. *et al.* O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, p. 187-191, 2010.

SILVA, J. da. **Terceirização das atividades-fim sob a ótica da Lei 13.429, de 31 de março de 2017**. Orientador: Jorge Luiz de Lima, 2017. Monografia (Especialização em Ciências Sociais Aplicadas). Ânina Educação, Pedra Branca-Ce, 2017. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/6711>. Acesso em: 12 fev. 2021.

SILVA, M.R.; PIRES, G. L.; PEREIRA, R. S. O necroliberalismo, Bolsonaro 'vírus mental' e a pandemia da COVID-19 como casos de saúde pública: o real resiste? **Motrivivência**, Florianópolis, v. 32, n. 61, p. 1-18, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5007/2175-8042.2020e72755>. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/view/2175-8042.2020e72755> Acesso em: 10 mai. 2020. ISSN 2175-8042.

SILVA, M.C.N. da.; MACHADO, M.H. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 07-13, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/sistema-de-saude-e-trabalho-desafios-para-a-enfermagem-no-brasil/17412?id=17412>. Acesso em: 14 dez. 2022.

TAISSUKE, A.S.N. **Política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal**: avaliação de sua implantação na Universidade Federal do Ceará (UFC). 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016. Disponível em: <http://www.repositório.ufc.br/handle/riufc/15813>. Acesso em: 22 dez. 2019.

TAVARES, C.A.M. *et al.* Alterações da ECA2 e Fatores de Risco para Gravidade da COVID-19 em Pacientes com Idade Avançada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 115, p. 701-707, 2020.

TEIXEIRA, C.F.S.; SOARES, C.M.; SOUZA, E.A.; LISBOA, E.S.; PINTO, I.C.M.; ANDRADE, L.; ESPERIDIÃO, M.A. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Cien Saude Coletiva**. 2020. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-saude-dos-profissionais-de-saude-no-enfrentamento-da-pandemia-de-covid19/17634?id=17634>. Acesso em: 16 dez. 2022.

TOLEDO, L.; DAVID, H.M.S.L.; MARIZ, A.; DAL POZ, M. Profissionais de enfermagem: a força de trabalho que sustenta a saúde no país. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 28 maio 2021. Caderno Saúde em Público: políticas de saúde no Brasil em debate. Disponível em: <https://republica.org/profissionais-de-enfermagem-a-forca-de-trabalho-que-sustenta-a-saude-no-pais/>. Acesso: 3 de dez. 2021. Acesso em: 3 dez. 2021.

TORRES, H.C. *et al.* Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes *mellitus*. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, p. 514-519, 2011.

TOSO, B.R.G. de O. *et al.* Prevenção adotada pelos profissionais de saúde em suas famílias na pandemia de Covid-19. **Rev. Esc. Enferm. USP**, [S. l.], v. 56, p. 1-8, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0330>. Disponível em: <http://www.scielo.br/reeusp>. Acesso em: 16 dec. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas/ Coordenadoria de Qualidade de Vida no Trabalho – COQVT**. Fortaleza: UFC, 2011. Disponível em: <https://progep.ufc.br/pt/estrutura-e-atribuicoes/coordenadoria-de-qualidade-de-vida-no-trabalho-coqvt/>. Acesso em: 23 abr. 2021.

VEDOVATO, T.G. *et al.* Trabalhadores (as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva?. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 46, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000028520>. Acesso em: 22 jan. 2022.

VEIGA, R. M.P. *et al.* **A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. 2017.

VIANNA, L.A.C. **Determinantes Sociais de Saúde: processo saúde doença**. 2012.

VILELA, P.R. **Decreto amplia possibilidade de terceirização no serviço público. 2018**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2018-09/decreto-amplia-possibilidades-de-terceirizacao-no-servico-publico>. Acesso em: 16 dez. 2022.

ZANIN *et al.* Política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público no Brasil. **Universidade e Sociedade**, v. 55, p. 86-95, 2015. Disponível em: https://www.andes.org.br/img/midias/7642a1db844d305c70e26b4ee0b1a732_1548264588.pdf. Acesso em: 22 jan. 2022.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro (a) participante,

Você está sendo convidado (a) por Márcia Maria Araújo da Silva sob orientação do Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa, a participar da pesquisa intitulada: **“AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E SEGURANÇA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UNIDADES HOSPITALARES PÚBLICAS DO CEARÁ NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19”**.

O objetivo principal desta pesquisa é avaliar as condições de trabalho a que estão expostos os profissionais da saúde no contexto da pandemia de COVID-19 que trabalham na assistência direta e indireta de cuidados aos pacientes do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC) formado pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) e Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), e também a Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann (HDZAN) sob jurisdição da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em Fortaleza-Ce.

Aceitando participar da pesquisa será realizada uma entrevista com aplicação de um questionário dividido em três momentos: características sociodemográficas; percepção enquanto profissional da saúde sobre o tema saúde e segurança do trabalhador no contexto da pandemia; e se as propostas, protocolos e normatizações estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde e Ministérios da Saúde para as instituições de saúde no Brasil no enfrentamento a pandemia de COVID-19, estão sendo implementadas de forma efetiva.

Ressalta-se ainda que você poderá obter informações sobre o estudo e que as informações concedidas serão sigilosas, somente, utilizadas pelo pesquisador. É importante enfatizar ainda que sua identidade não será divulgada em nenhum momento e que você tem o direito de pedir para retirar seu consentimento e encerrar a entrevista sem justificativa, sem causar nenhum transtorno ou malefício.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que você pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, mas também tem a liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para seu atendimento.

Sua participação é importante e voluntária e tem como benefício contribuir para o aprimoramento das políticas públicas em discussão, uma vez que será avaliado as

ações de cuidados à saúde e segurança do trabalhador profissional da saúde em seu ambiente laboral nas instituições de saúde no contexto da pandemia de Covid-19.

Você tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer prejuízo. Está assegurada a garantia do sigilo das suas informações. Você não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Estaremos disponíveis para quaisquer outros esclarecimentos. Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Nome: MÁRCIA MARIA ARAÚJO DA SILVA

Instituição: MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND – UFC.

Endereço: CORONEL NUNES DE MELO S/N, RODOLFO TEÓFILO.

Telefone para contato: (85) 33668507.

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND MEAC/UFC – Rua Coronel Nunes de Melo, S/N - Rodolfo Teófilo, fone: 33668569 (Horário: 08:00 às 12:00 horas e de 13:00 às 16:00 horas de segunda a sexta feira).

O abaixo assinado _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO COM DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E
PROFISSIONAIS DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DO COMPLEXO
HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ E HOSPITAL E
MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMAN**

ENTREVISTA N°: _____

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAIS

Instituição: _____

Vínculo: _____

Profissão: _____

Cargo que ocupa: _____

Setor: _____

Tempo em anos de profissão: _____

Tempo em anos na instituição atual: _____

Idade em anos: _____

1. Qual o seu gênero?

masculino feminino outro (qual?) _____ prefiro não dizer

2. Nível de Instrução:

- médio
- superior incompleto
- superior completo
- pós graduação incompleta
- pós graduação completa

3. Situação conjugal:

- casado (a) ou relacionamento estável
- solteiro (a)
- separado (a)
- divorciado (a)

4. Tem filhos? Se a resposta for sim, descreva quantos.

sim _____ não

5. Com quem você mora? Poderá assinalar mais de uma opção, se necessário.

- sozinho (a) pai filhos Quantos: _____
- companheiro amigo
- mãe irmão (a)

6. Quanto à questão financeira, você é o único provedor da casa?

sim não

7. Possui comorbidades? Se a resposta for sim, descreva.

- sim Qual (is)? _____
- não

8. Possui mais de um vínculo de trabalho no momento?

- sim. Qual (is): _____
- não

9. Carga horária semanal de trabalho, em horas inteiras.

**APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SOBRE PERCEPÇÃO DO
PROFISSIONAL DA SAÚDE NO CONTEXTO DE PANDEMIA DE COVID-19**

- 1. Quando ouviu relatos de uma pandemia iminente, enquanto profissional de saúde, qual sua maior preocupação?**
- 2. Qual foi sua reação ao se deparar com o primeiro paciente acometido por Covid-19 na sua unidade de trabalho?**
- 3. Testou positivo para Covid-19? Se a resposta for sim, quantas vezes e como se sentiu?**
- 4. Precisou se afastar do trabalho por algum outro motivo que não à infecção por Covid-19? Se a resposta for sim, explique.**
- 5. Necessitou de algum tipo de atendimento e acompanhamento médico no período da pandemia?**
 sim.
 não

Obs. As perguntas 6, 7 e 8 só serão respondidas caso a pergunta 5 seja afirmativa.

- 6. Qual via de atendimento médico você utilizou para buscar ajuda médica?**
 SUS
 privado
 à instituição que trabalha disponibilizou
- 7. Quanto tempo passou afastada? Achou suficiente esse tempo? Por que?**
- 8. Você acha que a instituição forneceu todo o suporte e apoio que você esperava? Se a resposta for negativa, o que você acha que faltou?**
- 9. Teve acesso a algum setor responsável pela segurança do trabalhador na sua instituição?**
 sim. Qual: _____
 não.
- 10. Na sua opinião acha importante que seja implantado algum departamento para os cuidados à saúde e segurança do trabalhador na sua instituição? Se a resposta for positiva, por quê?**

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO SOBRE ÀS MEDIDAS DE PROTEÇÃO À SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR DA SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID-19 CONFORME RECOMENDAÇÃO N° 20, DE 07/04/2020 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS).

A INSTITUIÇÃO	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Reestruturou o ambiente laboral					
Capacitou a equipe de saúde					
Concedeu EPIs suficientes					
Disponibilizou testes de COVID					
Forneceu atendimento médico					
Facilitou atendimento psicossocial					

O GESTOR	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Ofereceu apoio com explicações acerca da pandemia					
Se colocou à disposição para atendimento e ajuda					
Cooperou com esclarecimentos					

AS CHEFIAS	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Treinaram suas equipes constantemente					
Ajudaram nos atendimentos quando a equipe estava em desfalque					
Revisaram os EPIs para não faltar					
Direcionaram os colaboradores quando adoecidos					

O TRABALHADOR	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
Sentiu-se confiante e tranquilo					
Estava pronto e capacitado para atendimento					
Teve acompanhamento médico quando necessitou					
Teve descanso necessário para retornar					

ANEXO A - PROCESSO SEI COM INFORMAÇÕES SOBRE O QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE DO COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (MEAC E HUWC).

13/12/2022 16:50
SEI/SEDE - 23937442 - Despacho - SEI





COMPLEXO HOSPITALAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
 Rua Pastor Samuel Munguba, nº 1290 - Bairro Rodolfo Teófilo
 Fortaleza-CE, CEP 60430-372
 - <http://ch-ufc.ebserh.gov.br>

Despacho - SEI

Processo nº 23533.028617/2022-91

Interessado: UAP/DIVGP/GAD/CH-UFC

Em resposta à Solicitação - SEI 227 (23665650), encaminhamos abaixo a informação com relação ao quantitativo de profissionais da **área da saúde** lotados no Complexo Hospitalar da UFC:

NÚMERO de PROFISSIONAIS ÁREA SAÚDE		
MEAC	RJU	329
	EBSEH	879
HUWC	RJU	634
	EBSEH	982

Cairo Campos Duarte
 Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas - Complexo Hospitalar da UFC-EBSEH



Documento assinado eletronicamente por **Cairo Campos Duarte, Chefe de Divisão**, em 01/09/2022, às 15:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **23937442** e o código CRC **305D5C45**.

Referência: Processo nº 23533.028617/2022-91 SEI nº 23937442

https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=anvore_visualizar&id_documento=37865688&infra_s... 1/1

ANEXO B - DOCUMENTO COM INFORMAÇÕES SOBRE O QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE DO HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMAN.

13/12/2022 16:28 Gmail - SOLICITAÇÃO MÁRCIA NEO

 Marcia Araujo <marciamarbi@gmail.com>

SOLICITAÇÃO MÁRCIA NEO
3 mensagens

Marcia Araujo <marciamarbi@gmail.com> 5 de setembro de 2022 14:34
Para: diego.fiuza@sms.fortaleza.ce.gov.br

Boa tarde Diego. Segue documentação solicitada para disponibilização de quantitativo de profissionais da saúde se possível atualmente ativos no Hospital Dra Zilda Arns Neuman por vínculo empregatício, conforme modelo da tabela abaixo..Se puder agilizar, agradeço muito, pois necessito dos dados para dar continuidade ao projeto de pesquisa. No aguardo. Tenha um ótimo dia.

PROFISSIONAIS DA SAÚDE P/ VÍNCULO	TOTAL
ESTATUTÁRIO	
SELEÇÃO	
TERCEIRIZADO / COOPERADO	

4 anexos

-  ANUÊNCIA SMS.pdf
814K
-  COMITÊ DE ÉTICA (1).docx
1057K
-  FOLHA DE ROSTO.pdf
137K
-  PARECER CONSUBSTANCIADO.pdf
28K

Marcia Araujo <marciamarbi@gmail.com> 5 de setembro de 2022 14:36
Para: diego.fiuza@sms.fortaleza.ce.gov.br

Sou Márcia Maria Araujo da Silva, Matrícula: 51586, servidora estatutária pela Prefeitura Municipal de Fortaleza, lotada no Hospital Dra Zilda Arns Neuman na UTI Neonatal 2
[Texto das mensagens anteriores oculto]

Diego Fiuza Saraiva de Andrade <diego.fiuza@sms.fortaleza.ce.gov.br> 15 de setembro de 2022 15:47
Para: Marcia Araujo <marciamarbi@gmail.com>

Olá Marcia, boa tarde.

Segue, abaixo, o quantitativo dos profissionais lotados nesta unidade hospitalar, até o dia 31/08/2022
Caso exista alguma duvida, estou a disposição.

At.te,



Fortaleza
PREFEITURA
Saúde

DIEGO FIUZA DE ANDRADE
Responsável UNIP
HMDZAN/SMS

3233.5329 | 3233.1728
diego.fiuza@sms.fortaleza.ce.gov.br
rh.hmdzan@gmail.com

https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=6ed2127f66&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar16522169161788297&simpl=msg-a%3Ar1156471... 1/2

13/12/2022 16:28

Gmail - SOLICITAÇÃO MÁRCIA NEO

De: "Marcia Araujo" <marciamarbi@gmail.com>
Para: "diego fiuza" <diego.fiuza@sms.fortaleza.ce.gov.br>
Enviadas: Segunda-feira, 5 de setembro de 2022 14:36:15
Assunto: Re: SOLICITAÇÃO MÁRCIA NEO

Sou Márcia Maria Araujo da Silva, Matrícula: 51586, servidora estatutária pela Prefeitura Municipal de Fortaleza, lotada no Hospital Dra Zilda Arns Neumam na UTI Neonatal 2

Em seg., 5 de set. de 2022 às 14:34, Marcia Araujo <marciamarbi@gmail.com> escreveu:
Boa tarde Diego. Segue documentação solicitada para disponibilização de quantitativo de profissionais da saúde se possível atualmente ativos no Hospital Dra Zilda Arns Neumam por vínculo empregatício, conforme modelo da tabela abaixo..Se puder agilizar, agradeço muito, pois necessito dos dados para dar continuidade ao projeto de pesquisa. No aguardo. Tenha um ótimo dia.

PROFISSIONAIS DA SAÚDE P/ VÍNCULO	TOTAL 1.092
ESTATUTÁRIO	379
SELEÇÃO	432
TERCEIRIZADO	281

ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PLATAFORMA BRASIL- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WÁLTER CANTÍDIO

UFC - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO WALTER
CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ / HUWC -
UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E SEGURANÇA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UNIDADES HOSPITALARES PÚBLICAS DO CEARÁ NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Pesquisador: MARCIA MARIA ARAUJO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56055122.6.3001.5045

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/HOSPITAL UNIVERSITARIO WALTER

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.378.549

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1928863.pdf, de 11/04/2022) e/ou Projeto Detalhado, RESUMO, HIPÓTESE, METODOLOGIA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO e CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.

contexto:

A saúde e segurança do trabalhador da saúde no Brasil tomou-se amplamente debatido com o advento da pandemia de COVID-19, promovendo visibilidade aos problemas vivenciados diariamente por esses profissionais em seu contexto laboral. A legislação trabalhista e as Normas Regulamentadoras (NR's), emitidas pelo Ministério do Trabalho disciplinam os requisitos e procedimentos relacionados à saúde e segurança dos trabalhadores no ambiente de trabalho. Entretanto, tais disposições trabalhistas acolhem satisfatoriamente em termos de abrangência legal os trabalhadores sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), enquanto que o servidor público sob regime estatutário que se encontra regulamentado pelo direito administrativo, fica restrito Trata-se de estudo do tipo exploratório e

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo,1142		CEP: 60.430-270
Bairro: RodolfoTeófilo		
UF: CE	Município: FORTALEZA	
Telefone: (85)3366-8589	Fax: (85)99267-4630	E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br

UFC - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO WALTER
CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ / HUWC -
UFC



Continuação do Parecer: 5.378.540

descritivo, com abordagem qualitativa-quantitativa. Os procedimentos técnicos a serem utilizados serão pesquisa bibliográfica, documental e de campo. A pesquisa de campo realizada com profissionais da saúde com vínculos empregatícios distintos alocados em três instituições hospitalares públicas em âmbito federal e municipal em Fortaleza-Ceará através de entrevista e questionário. O período será de fevereiro a julho de 2022. A análise dos dados qualitativos utilizará como referencial teórico a triangulação de métodos de Minayo e os dados quantitativos serão compilados e analisados por frequência simples. Os participantes do estudo serão os profissionais de saúde trabalham na assistência direta aos pacientes com Covid-19, nos setores de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e enfermarias de isolamentos. Optou-se a definição do número de sujeitos por inclusão progressiva, que será interrompida pelo critério de saturação (Número de participantes incluídos -200 participantes).A pesquisa realizada será critério para obtenção do título de Mestrado Acadêmico em Avaliação e Políticas Públicas da UFC.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar as condições de trabalho a que estão expostos os profissionais da saúde, no contexto da pandemia de COVID-19.

Objetivo Secundário:

Verificar se as propostas estabelecidas para a saúde e segurança do trabalhador da saúde durante a pandemia estão sendo efetivadas

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Constrangimento no ato da entrevista.

Benefícios:

Possibilidade da criação de alternativas para superar a omissão legislativa e regulamentar sobre Saúde e Segurança do Trabalhador que atinge os

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1142

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8589

Fax: (85)99267-4630

E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br

**UFC - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO WALTER
CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ / HUWC -
UFC**



Continuação do Parecer: 5.378.549

trabalhadores da saúde no setor público, com vistas a garantir maior isonomia no tratamento desses profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto já aprovado no CEP/MEAC (nº 5.341.789)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide: "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Incluir os dados do CEP/HUWC no TCLE que será aplicado aos participantes do Hospital Universitário Walter Cantídio (Rua Coronel Nunes de Melo, 1142 - Rodolfo Teófilo, fone: 33668589)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa sem impedimento ético.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável, encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciados no CEP, conforme Norma Operacional CNS Nº 001/13, item XI.2.d.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1928863.pdf	11/04/2022 14:08:29		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciamarcia.pdf	11/04/2022 14:07:58	MARCIA MARIA ARAUJO DA SILVA	Aceito
Cronograma	cronogramamarcia.pdf	11/04/2022 14:07:46	MARCIA MARIA ARAUJO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclemarcia.pdf	11/04/2022 14:07:31	MARCIA MARIA ARAUJO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	Digitalizar_07022022_2022020714193504.pdf	07/02/2022 14:19:52	MARCIA MARIA ARAUJO DA SILVA	Aceito

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1142

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8589

Fax: (85)99267-4630

E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br

UFC - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO WALTER
CANTÍDIO DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ / HUWC -
UFC



Continuação do Parecer: 5.378.549

Justificativa de Ausência	Digitalizar_07022022_2022020714193504.pdf	07/02/2022 14:19:52	MARCIA MARIA ARAUJO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Digitalizar_07022022_2022020714152154.pdf	07/02/2022 14:17:38	MARCIA MARIA ARAUJO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 29 de Abril de 2022

Assinado por:
Maria Helane Costa Gurgel
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1142
Bairro: RodolfoTeófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8589 Fax: (85)99267-4630 E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br

ANEXO D- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PLATAFORMA BRASIL- MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ / MEAC - UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E SEGURANÇA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UNIDADES HOSPITALARES PÚBLICAS DO CEARÁ NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Pesquisador: MARCIA MARIA ARAUJO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56055122.6.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.341.769

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1841787.pdf, de 17/02/2022) e/ou Projeto Detalhado, RESUMO, HIPÓTESE, METODOLOGIA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO e CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar as condições de trabalho a que estão expostos os profissionais da saúde, no contexto da pandemia de COVID-19.

Objetivo Secundário:

Verificar se as propostas estabelecidas para a saúde e segurança do trabalhador da saúde durante a pandemia estão sendo efetivadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Constrangimento no ato da entrevista.

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodovalho Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: cepmeac@gmail.com

UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ / MEAC - UFC



Continuação do Parecer: 5.341.760

Benefícios:

Possibilidade da criação de alternativas para superar a omissão legislativa e regulamentar sobre Saúde e Segurança do Trabalhador que atinge os trabalhadores da saúde no setor público, com vistas a garantir maior isonomia no tratamento desses profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo do tipo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa-quantitativa. Os procedimentos técnicos a serem utilizados serão pesquisa bibliográfica, documental e de campo. A pesquisa de campo realizada com profissionais da saúde com vínculos empregatícios distintos alocados em três instituições hospitalares públicas em âmbito federal e municipal em Fortaleza-Ceará através de entrevista e questionário. O período será de fevereiro a julho de 2022. A análise dos dados qualitativos utilizará como referencial teórico a triangulação de métodos de Minayo e os dados quantitativos serão compilados e analisados por frequência simples. Os participantes do estudo serão os profissionais de saúde trabalham na assistência direta aos pacientes com Covid-19, nos setores de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e enfermarias de isolamentos. Optou-se a definição do número de sujeitos por inclusão progressiva, que será interrompida pelo critério de saturação (Número de participantes incluídos -200 participantes). A pesquisa realizada será critério para obtenção do título de Mestrado Acadêmico em Avaliação e Políticas Públicas da UFC.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide conclusões ou pendências.

Recomendações:

Vide conclusões ou pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No TCLE, deve constar referência e contato do CEP/MEAC.

O cronograma deverá ser atualizado para adequar-se à análise e aprovação do protocolo pelo CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável, encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciados no CEP, conforme Norma Operacional CNS Nº 001/13, item XI.2.d.

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 Fax: (85)3366-8528 E-mail: cepmeac@gmail.com

**UFC - MATERNIDADE ESCOLA
ASSIS CHATEAUBRIAND DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ / MEAC - UFC**



Continuação do Parecer: 5.341.769

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1841787.pdf	17/02/2022 07:27:42		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_PREFEITURA_.pdf	17/02/2022 07:25:30	MARCIA MARIA ARAUJO DA SILVA	Aceito
TCLE / Temos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Digitalizar_07022022_20220207141935 04.pdf	07/02/2022 14:19:52	MARCIA MARIA ARAUJO DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Digitalizar_07022022_20220207141338 01.pdf	07/02/2022 14:18:31	MARCIA MARIA ARAUJO DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Digitalizar_07022022_20220207141353 31.pdf	07/02/2022 14:18:11	MARCIA MARIA ARAUJO DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Digitalizar_07022022_20220207141409 72.pdf	07/02/2022 14:17:53	MARCIA MARIA ARAUJO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Digitalizar_07022022_20220207141521 54.pdf	07/02/2022 14:17:36	MARCIA MARIA ARAUJO DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Digitalizar_07022022_20220207141318 20.pdf	07/02/2022 14:16:43	MARCIA MARIA ARAUJO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 09 de Abril de 2022

**Assinado por:
Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n			
Bairro: Rodolfo Teófilo		CEP: 60.430-270	
UF: CE	Município: FORTALEZA		
Telefone: (85)3366-8569	Fax: (85)3366-8528	E-mail: cepmeac@gmail.com	

ANEXO E- DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SOB OFÍCIO Nº 69/22 – HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS



**Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais**

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que, ciente dos objetivos e dos procedimentos metodológicos do Projeto de Pesquisa “**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E SEGURANÇA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UNIDADES HOSPITALARES PÚBLICAS DO CEARÁ NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19**”, sob a responsabilidade da pesquisadora **MÁRCIA MARIA ARAÚJO DA SILVA** do **MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS** da UFC, sob a orientação do **PROFESSOR DR. FERNANDO JOSÉ PIRES DE SOUSA**, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento nas dependências da **COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CORES III** da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Fortaleza, durante o período de **FEVEREIRO A JUNHO DE 2022** não havendo qualquer despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento de todas as normas e requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde, notadamente da Resolução CNS/MS nº: 466/2012, e das disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

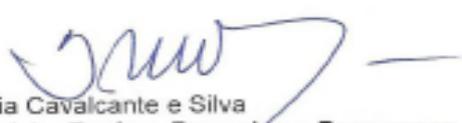
O (s) pesquisador (es) acima qualificado (s) se comprometem a obedecerem às disposições éticas de utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa exclusivamente para fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades; e a salvaguardarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição.

Informamos ainda que o projeto somente poderá ser iniciado nesta Instituição mediante apresentação do Parecer Consubstanciado, devidamente aprovado e emitido por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado pelo Sistema CEP/CONEP.

Após a defesa do estudo, o (s) pesquisador (es) deverá (ão) enviar a versão final da pesquisa (em PDF), para o e-mail: ceppes.sms@gmail.com, ficando ciente(s) de que a COEPP/SMS poderá solicitar a apresentação oral dos resultados para técnicos, gestores e/ou sujeitos da referida pesquisa.

No caso do não cumprimento, há liberdade para retirar esta anuência a qualquer momento, sem incorrer em penalização alguma.

Fortaleza, 14 de fevereiro de 2022


Anamaria Cavalcante e Silva

Coordenadora de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais



**PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ENSINO, PESQUISA E PROGRAMAS
ESPECIAIS**

Of. 69/ 2022

Fortaleza, 14 de fevereiro de 2022

À

COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE – CORES III

Informamos que a pesquisa "AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E SEGURANÇA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UNIDADES HOSPITALARES PÚBLICAS DO CEARÁ NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19" recebeu anuência da Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais (COEPP) / Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, para ser realizada nesta CORES.

Aproveitamos a oportunidade para lhes apresentar o (a) autor (a) do estudo: **MÁRCIA MARIA ARAÚJO DA SILVA**. Enfatizamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada após o (a)(s) pesquisador(a)(s) apresentar(em), a esta Instituição, o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado e emitido por Comitê de Ética em Pesquisa, para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos, credenciado pelo Sistema CEP/CONEP.

A seguir acrescentamos as informações sobre o estudo:

- 1) **Instituição Proponente:** UFC
- 2) **Curso:** MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
- 3) **Orientador (a):** PROFESSOR DR. FERNANDO JOSÉ PIRES DE SOUSA
- 4) **Local da Coleta dos Dados:** HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMANN
- 5) **Regional:** III
- 6) **Período de Coleta:** FEVEREIRO A JUNHO DE 2022

Anamaria Cavalcante da Silva

Coordenadora de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais