

Ministério da Educação Universidade Federal de Itajubá – UNIFEI
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ

PAULA ROGÉRIA DA SILVA

**ANÁLISE DAS AÇÕES E SERVIÇOS IMPLEMENTADOS DURANTE A
PANDEMIA DA COVID-19 EM UM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE SOB
OLHAR DOS ATORES SOCIAIS**

ITAJUBÁ-MG
2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ

PAULA ROGÉRIA DA SILVA

**ANÁLISE DAS AÇÕES E SERVIÇOS IMPLEMENTADOS DURANTE A
PANDEMIA DA COVID-19 EM UM HOSPITAL DE PEQUENO PORTE SOB
OLHAR DOS ATORES SOCIAIS**

Dissertação de mestrado apresentada à banca de defesa do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade; para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade da Universidade Federal de Itajubá – UNIFEI..

Orientador: Prof. Dr. Geraldo Fabiano Moraes.

Coorientador: Prof. Dr. Luiz Felipe da Silva

ITAJUBÁ- MG
2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ

PAULA ROGÉRIA DA SILVA

**ANÁLISE DAS AÇÕES E SERVIÇOS IMPLEMENTADOS EM UM HOSPITAL
DE PEQUENO PORTE SOB OLHAR DOS ATORES SOCIAIS**

Essa Dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do título de mestre, no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologias e Sociedade, na Universidade Federal de Itajubá - UNIFEI.

Itajubá 05 de 04 de 2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr. Renato Augusto Passos
Avaliador externo

Prof^ª. Dr. Davidson Passos Mendes
Avaliador interno

Prof. Dr. Geraldo Fabiano de Souza Moraes
Orientador

Prof. Dr. Luiz Felipe da Silva
Coorientador

Ebenézer

“Até aqui o senhor me ajudou”

1 Samuel 7:12

AGRADECIMENTOS

Deus, palavras não são suficientes para expressar a minha gratidão por ti, sei que o seu grande poder está trabalhando em mim, me transformando e renovando minha mente, para que eu me torne um ser humano melhor. A ti pertence minha eterna gratidão, pois o resultado deste estudo veio da sua proteção sobre mim, que me permitiu exercer a enfermagem em meio a pandemia da COVID-19 e estar viva para compartilhar toda esta experiência.

Agradeço a minha mãe Silvana Ribeiro da Silva por ter me dado o melhor conselho deste mundo: “Estude menina!” Amo muito a senhora e agradeço pelo apoio nos momentos difíceis.

Agradeço ao meu pai Paulo Faustino da Silva. Como é bom saber que posso desfrutar da vida em sua companhia, “meu papaizinho lindo”.

Agradeço, ao meu namorado e treinador Matheus Filipe dos Santos Carvalho. A vida tem sido mais feliz com a sua chegada meu amor.

Agradeço aos meus irmãos Poliana, Raul, Maria e Ravi, a vocês eu tenho o imenso prazer de agradecer por tonarem a minha caminhada divertida.

Ao meu sobrinho Pedro Hugo Gomes da Silva por me ensinar sobre Michel Foucault e sobre o Biopoder e a Biopolítica. Com a sua contribuição conseguimos “Sacudir as evidências, tornar visível o que já estava visível”.

Agradeço ao meu orientador, professor doutor Geraldo Fabiano de Souza Moraes e ao meu coorientador professor doutor Luiz Felipe da Silva por confiarem em mim o desafio de retratar a experiência de muitos profissionais da saúde atuantes durante o contexto da pandemia, que mesmo em condições precárias de trabalho, fizeram o seu melhor em prol da vida humana.

Agradeço à Universidade Federal de Itajubá pela oportunidade em realizar o mestrado e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro que tornou possível a construção desta pesquisa.

Agradeço a todos os participantes que disponibilizaram o seu tempo e seu conhecimento para a construção deste estudo. Sem a colaboração de vocês, a elaboração desta pesquisa não teria sido concretizada.

Agradeço as amigas de longa data: Rebeca, Agnes, Rafaela; e as recém chegadas: Fernanda, Priscila, Helena, Roberta. Como foi bom ter vocês comigo durante esta caminhada.

Agradeço a minha psicóloga Maria Aparecida de Carvalho, você me enxergou com o seu coração e hoje eu tenho paz interior graças ao seu trabalho.

Agradeço a minha cachorrinha Beyónce por estar comigo como um verdadeiro anjo protetor durante a escrita deste estudo.

Em especial, agradeço a memória da minha Vó Regina, Tia Bela e do meu Tio Luiz que partiram durante a construção desta pesquisa. Tenho sentido muita a falta de vocês, afinal, só quem sente saudade sabe o significado de amar!

RESUMO

Estudo qualitativo, exploratório e descritivo realizado por meio da entrevista de 16 profissionais da saúde, atuantes durante a pandemia da COVID-19. Como objetivo principal, o estudo buscou analisar sob o olhar dos atores sociais, qual a percepção destes frente às ações e serviços implementados durante a pandemia COVID-19 e suas repercussões em nível ocupacional e social. Como resultados foram elencadas as categorias resultantes da análise de conteúdo obteve-se: Conhecimentos sobre o SUS, Competências; Ações; Saúde do Trabalhador, Organização do trabalho e Relacionamento interpessoais e interprofissionais. Percebeu-se alto grau de desconhecimento entre os participantes acerca do funcionamento, estruturação do SUS e das responsabilidades governamentais que podem estar relacionados a ausência de cronograma de capacitação e treinamentos na instituição. Observou-se que ser mulher, membro da equipe de enfermagem com baixa remuneração e mais de um vínculo empregatício foram os principais elementos que impactam a saúde do trabalhador neste estudo.

Palavras-chave: COVID-19; pandemia; saúde do trabalhador; profissionais da saúde.

ABSTRACT

Qualitative, exploratory and descriptive study carried out through interviews with 16 health professionals, working during the COVID-19 pandemic. As its main objective, the study sought to analyze, from the perspective of social actors, their perception of the actions and services implemented during the COVID-19 pandemic and its repercussions at an occupational and social level. As results, the categories resulting from the content analysis were list: Knowledge about the SUS, Skills; Actions; Occupational Health, Work Organization, Interpersonal, and Interprofessional Relationships. There was a high degree of lack of knowledge among participants about the functioning, structuring of the SUS and government responsibilities, which may be related to the lack of a training and training schedule at the institution. It was observe that being a woman, a member of the nursing team with low pay and more than one employment relationship were the main elements that impact worker health in this study.

Keywords: COVID-19; pandemic; worker's health; health professionals.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.2	Justificativa e relevância.....	12
1.3	Objetivo principal.....	15
1.4	Objetivos específicos.....	15
2	REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	16
2.1	O SUS e seus antecedentes estruturais.....	16
2.2	O SUS e seus princípios no contexto da pandemia pela COVID-19.....	18
2.3	Redes de atenção à saúde e à COVID-19.....	21
2.3.1	O trabalho da Atenção Primária de Saúde na linha de frente contra a COVID-19.....	23
2.3.2	O trabalho dos serviços de alta complexidade em meio a pandemia pela COVID-19.....	25
3	TRAJETÓRA METODOLÓGICA.....	29
3.1	Cenário do estudo.....	29
3.2	Local de estudo.....	30
3.3	Delineamento do estudo.....	31
3.4	Participantes, amostra e amostragem.....	32
3.5	Critérios de inclusão e exclusão.....	33
3.6	Pré-teste.....	33
3.7	Coleta de dados.....	33
3.7.1	Instrumento de coleta de dados.....	34
3.7.2	Procedimentos para coleta de dados.....	34
3.7.3	Análise dos dados.....	35
3.8	Aspectos éticos da pesquisa.....	36
4	RESULTADOS	37
4.1	Características sociodemográficos e profissionais dos participantes	37
5	DISCUSSÃO	43
5.1	Caracterização dos profissionais da saúde atuantes na atenção hospitalar durante a pandemia pela COVID-19	43
5.2	Percepção dos atores sociais frente às ações e serviços implementados em um hospital de pequeno porte durante a pandemia pela covid-19 e implicações para saúde do trabalhador	48
5.2.1	Saberes	48
5.2.2	Competências	58
5.2.3	Ações	63
5.3	Implicações das ações e serviços implementados em um hospital de pequeno porte durante a pandemia pela covid-19 para saúde do trabalhador	67
5.3.1	Saúde do Trabalhador	67
5.3.2	Organização do trabalho	75
5.3.3	Relacionamentos interpessoais e interprofissionais	90
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
	REFERÊNCIAS.....	100
	APENDICE A- TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...	111
	APENDICE B- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	112
	APENDICE C- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	116
	APENDICE D- ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	117
	APENDICE E - CARTA DE APRESENTAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	119

1 INTRODUÇÃO

O surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) é resultante de intensas lutas políticas, ideológicas e econômicas que representam, hoje em nosso país, uma verdadeira conquista no campo dos direitos sociais. Sua construção inicial foi baseada nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade; entretanto, após trinta anos de sua estruturação e fundação, ainda há de se reconhecer que grandes dificuldades têm permeado sua plena efetivação, fato este que ficou evidente com o avanço da pandemia pela Doença do novo Coronavírus (COVID-19) (Cavagnoli *et al.*, 2021).

Segundo Paim (2009) o Sistema Único de Saúde, o SUS, foi reconhecido através da constituição de 1988, onde o direito a saúde foi garantido não só a trabalhadores contribuintes da previdência social, mas a todos os cidadãos brasileiros por ser reconhecido como um direito social. Para este autor, a institucionalização do SUS por meio da constituição resulta de um amplo movimento social que envolveu estudantes, profissionais da saúde, setores populares, professores e pesquisadores; trata-se de um movimento social importante para a sociedade civil, tendo em vista que o SUS remete a conquista dos desejos do povo, uma vez que, sua idealização não partiu do Estado, Governo ou de partido algum. O SUS representa o desejo do povo que entende que saúde é um direito de todos e que cabe ao estado disponibilizar recursos para que esse direito seja garantido a toda população.

Com o surgimento da Síndrome Respiratória Aguda Grave ocasionada pelo novo Coronavírus (SARS-Cov-2), o SUS e toda a população mundial viveu momentos considerados delicados. Este vírus, quando infecta o indivíduo, ocasiona um quadro de sinais e sintomas que podem variar em manifestações leves a graves, a depender do organismo acometido e se há presença de comorbidades que favorecem ao agravamento da doença (Cavagnoli *et al.*, 2021; Cirino *et al.*, 2021).

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a propagação do vírus pelo mundo como sendo uma situação de emergência em saúde pública, sendo que, em 11 de março de 2020, com o crescente agravamento de casos, a situação pelo mesmo órgão foi reconhecida como pandemia. Logo, observou-se, devido à situação de calamidade pública que se instalava de forma rápida e que os sistemas de saúde de todo o mundo foram convocados para elaborar, de forma considerada urgente, estratégias e políticas públicas de atenção à saúde eficazes para proteção da vida (Cavagnoli *et al.*, 2021; Cirino *et al.*, 2021).

Entende-se por políticas públicas como sendo o conjunto de ações, programas e decisões tomadas por meio das esferas governamentais que visam garantir acesso aos serviços públicos a todos os cidadãos, sem exclusão por variáveis como: escolaridade, sexo, cor, religião ou classe social (Carvalho; Miranda, 2021).

Logo, há de se considerar, que em meio a uma pandemia, como a ocasionada pela COVID-19, não se trata de uma tarefa fácil garantir acesso seguro aos serviços de saúde, com estrutura física adequada e proteção para usuários e profissionais, o que pode garantir a longitudinalidade do cuidado para indivíduos, família e comunidade (Cirino *et al.*, 2021).

Embora o SUS seja reconhecido mundialmente como um sistema de saúde pública de referência, por permitir a todos os cidadãos brasileiros acesso universal de forma equitativa, com a pandemia, ficaram evidentes problemas já enfrentados desde sua criação, como por exemplo, o difícil acesso e distribuição de insumos hospitalares e medicamentos às regiões mais distantes (Carvalho; Miranda, 2021; Santos *et al.*, 2021).

No estudo realizado por Carvalho e Miranda (2021), os autores ilustram como exemplo de situação desafiadora, evidenciada durante a pandemia, as deficiências presentes no sistema de saúde vigente no país. Segundo estes autores, em novembro de 2020, com a segunda onda de contaminação, denúncias de que havia a estocagem ou represamento de testes RT-qPCR ¹em armazém do governo federal em Guarulhos/SP, prestes a vencer em dezembro de 2020 ou início de 2021, sem a devida distribuição entre os diversos estados e que foram evidenciados em meio a noticiários e redes sociais.

Esta situação trouxe repercussões consideradas negativas, frente ao combate à pandemia, uma vez que, a realização de testes em massa para a população, visando ao controle epidemiológico, não foi realizada em muitas localidades, sob a justificativa de falta de insumos, sendo que os kits se encontravam represados (Carvalho; Miranda, 2021).

A pandemia ocasionou o afastamento de muitos profissionais da saúde por apresentarem-se vulneráveis ao novo vírus, uma vez que, muitos destes portavam comorbidades que favoreciam ao agravamento clínico ou, no caso das mulheres, por estarem gestantes. Esta medida ocasionou grandes problemas para os serviços de saúde,

¹ RT-PCR é uma técnica da biologia molecular que foi desenvolvida a partir do ano de 1983. A sigla RT-PCR significa, em português, reação da transcriptase reversa seguida pela reação em cadeia da polimerase. Trata-se de uma técnica confiável utilizada para diagnóstico do vírus SARS-Cov-2.

fragilizando a oferta de serviços e sobrecarga das equipes, pela redução de profissionais sem reposição adequada de dimensionamento de trabalhadores (Cirino *et al.*, 2021).

Outro fator exposto nesse estudo, que demonstra as dificuldades frente ao manejo de medidas de contingenciamento à pandemia, refere-se aos baixos investimentos e gastos orçamentários, tendo em vista que, cerca de apenas 4,6% de fundos financeiros para saúde foram empregados com finalidade de combate e controle à pandemia. Considerando o baixo investimento citado, ações como a abertura de novos leitos de unidades de terapia intensiva (UTI) e distribuição de respiradores foram negligenciadas durante a pandemia (Carvalho; Miranda, 2021).

Logo, com o aumento do quantitativo de pacientes a serem atendidos devido ao avanço do diagnóstico de COVID-19, muitos sistemas de saúde carecem de recursos humanos, estruturais e suprimentos para fornecerem assistência de saúde à população. Contatou-se que, com o advento da pandemia, problemas já existentes no atendimento de usuários do SUS ficaram fortemente evidentes, como por exemplo: o atraso no tratamento de pacientes com câncer e que fazem diálise para doença renal crônica. Pacientes com diabetes insulino dependentes e imunodeprimidos como os aids passaram, ainda mais, a se preocuparem com a continuidade do seu tratamento, tendo em vista que o foco do atendimento se concentrou em atender pacientes com COVID-19 e não os imunodeprimidos (Carvalho; Miranda, 2021).

Tendo em vista a importante atuação do SUS frente ao combate e controle da pandemia de COVID-19, associados às deficiências apresentadas por este sistema, que foram ressaltadas em meio ao advento pandêmico, este estudo propõe como objetivo avaliar a percepção dos profissionais da saúde sobre as ações e serviços implementados em um hospital de pequeno porte durante a pandemia da COVID-19. Sabe-se que os profissionais da saúde também se configuram como parte do SUS e por meio do conjunto de saberes dos mesmos, discussões a respeito do emprego de políticas públicas podem ser melhor conduzidas, tendo em vista que, ninguém melhor do que estes profissionais que atuaram na linha de frente no combate a pandemia para relatarem esta experiência e propor novos caminhos.

1.2 Justificativa e relevância

É notória a importância e a contribuição do SUS frente ao cuidado da população considerada com maior grau de vulnerabilidade social e econômica. Logo, ter um sistema

de saúde que permite acesso a serviços e ações de maneira universal, integral e equitativa faz com que o Brasil tenha uma das mais relevantes ferramentas para o combate das desigualdades sociais. Entretanto, com a pandemia de COVID-19, os desafios de se gerir um sistema de saúde, que garante o direito à saúde para toda população, ficaram mais evidentes com a chegada do novo Coronavírus, fazendo com que a má gestão, problemas de financiamento e insuficiência de recursos físicos e humanos viessem à tona (Macedo, 2020; Dweck; Moretti; Melo, 2021).

Para que a saúde pública seja garantida a todos os cidadãos brasileiros em meio à pandemia, fez-se necessário que elementos estruturais e ações competentes fossem dispensadas pelo setor público, viabilizando assim, o atendimento em massa durante a crise sanitária. Sabe-se que as intervenções realizadas pelos SUS possibilitaram um maior êxito frente ao controle e combate à pandemia, mesmo que realizadas de forma tardia, reduzindo seus efeitos nocivos, o que, segundo os especialistas, teria sido ainda mais catastrófico se o Brasil não se dispusesse deste serviço de saúde, com atendimento gratuito a população. Logo, defender a existência do SUS e dizer não à sua privatização, demonstra-se uma ação cada vez mais necessária (Macedo, 2020).

Entretanto, o tema com maior destaque durante estes anos de ações e medidas frente ao manejo da COVID-19, aborda, principalmente, as condutas adotadas pela gestão federativa que se mostrou questionável para o momento. Afinal, ainda que com um orçamento de “guerra” aprovado, para que ações e estratégias de saúde fossem colocadas em prática, a desorganização e o baixo empenho entre governo federal e seus entes subnacionais fizeram com que as medidas implantadas ficassem prejudicadas (Servo *et al.*, 2020).

Cogitou-se a hipótese, em meio ao cenário pandêmico, de que com o emprego do isolamento social, a crise econômica ocasionada pelo distanciamento social seria ainda mais prejudicial do que a crise sanitária. Logo, enquanto não se chegava a um consenso entre economia e saúde, muitos óbitos ocorreram no país, não só de usuários do SUS, mas também de beneficiários de planos de saúde privados e de profissionais atuantes na linha de frente do combate da COVID-19. Os impactos da pandemia puderam ser notados com o aumento não só das taxas de desemprego, mas, também, por meio da observação do crescente adoecimento mental da população de maneira geral (Macedo, 2020; Servo *et al.*, 2020).

Para Dweck, Moretti e Melo (2021) e Cardoso et al. (2021) o direcionamento por meio do Estado para a construção de um plano nacional de enfrentamento da COVID-19,

mitigando problemas decorrentes da mesma, como por exemplo a desordem econômica, política e social, era fundamental no início da pandemia, bem como em seu transcorrer. O emprego de uma gestão considerada equivocada e com medidas tardias fez com que diversas ondas de contaminação ocorressem durante estes dois anos de pandemia, assim como, o colapso dos sistemas de saúde em vários estados.

Logo, em meio a este cenário, frente aos milhares de profissionais da saúde que se dispuseram a atuar na linha de frente rumo ao combate e controle da COVID-19, destaca-se o interesse e necessidade de desenvolver e aprofundar sobre o tema abordado, a fim de avaliar a percepção dos atores sociais, os profissionais da saúde atuantes na linha de frente ao controle da COVID-19; qual a sua percepção sobre as medidas e ações adotados em um hospital de pequeno porte; com o intuito não só de descrever a experiência de muitos profissionais da saúde, que em seu dia a dia já lutam por um SUS melhor e com maior valorização e emprego de políticas públicas, bem como, evidenciar por meio da perspectiva dos mesmos se as condutas adotadas apresentaram-se efetivas ou se novos caminhos podem ser construídos a partir da experiência vivenciada.

Cabe ressaltar que ninguém melhor do que os profissionais de saúde, que atuado em todo o processo de controle e contenção da pandemia, para conduzir uma discussão frente à temática, ressaltando-se como pano de fundo desta discussão as incongruências em nível das evidências científicas e as políticas adotadas nas esferas dos governos federal, estadual e municipal; elementos estes que apenas se somam a outros problemas inerentes ao exercício profissional dos trabalhadores em saúde, o que tornou a luta ainda mais pesada para aqueles que não puderam “ficar em casa”.

Destaca-se ainda, que a realização do presente estudo contribui com a aquisição de conhecimento por parte dos envolvidos na abordagem frente à temática escolhida, uma vez que, trata-se de uma doença totalmente nova, que abarca controvérsias sobre sua origem, manejo adequado e possíveis repercussões futuras.

A abordagem científica do tema, sob o olhar interdisciplinar, destaca-se com o enfoque em estudos que abarcam a compreensão dos problemas sociais decorrentes do processo de desenvolvimento do Brasil, possibilitando aos atores envolvidos acessibilidade a conteúdos que favoreçam à compreensão frente à desigualdade social, suas origens e o porquê a chegada de um novo agravo à saúde afetou de forma drástica os considerados com maior vulnerabilidade social e econômica. Tais aspectos visam subsidiar informações e elementos imprescindíveis para elaboração de políticas públicas que possam ser efetivas frente a esta situação de emergência pública.

No que se refere à relevância profissional, a realização do presente estudo favorece o entendimento de maneira interdisciplinar, com ênfase no funcionamento do SUS, sua estruturação e possíveis adaptações frente à contenção da pandemia; principais desafios e como este agravo de saúde pública impacta na saúde dos profissionais. A aquisição deste conhecimento auxiliará na construção e elaboração de políticas públicas que sejam eficazes para situações de emergência sanitárias, assim como foi a COVID-19, bem como, que possibilitem a proteção da saúde do trabalhador no ambiente laboral.

Como relevância social, o estudo contribui, por meio da aquisição destes conhecimentos, para o reforço da adoção de medidas que garantam à população a universalização, a equidade e a integridade propostas pela legislação que estrutura o funcionamento do SUS, fazendo com que este seja uma realidade para todos que necessitam deste sistema, assim como encontra-se descrito nos preceitos legais.

1.3 Objetivo principal

Avaliar sob o olhar dos atores sociais, os profissionais da saúde, qual a percepção deles frente às ações e serviços implementados durante a pandemia COVID-19 e suas repercussões em nível ocupacional e social.

1.4 Objetivos específicos

Descrever as características sociodemográficas e ocupacionais dos participantes do estudo, a fim de se obter informações dos atores sociais envolvidos no processo e sua relação com o fenômeno estudado.

Identificar as circunstâncias associadas ao cotidiano social e de trabalho dos participantes, para melhor compreensão de seus impactos para saúde do trabalhador durante o contexto pandêmico.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O SUS e seus antecedentes estruturais

Nem sempre a saúde foi vista como um direito de todos e dever do estado. Inicia-se esta discussão a partir dos aspectos históricos e legais envolvidos na construção e fundação do sistema único de saúde o SUS, pautados em registros da saúde no chamado Brasil Colônia. Nesta época, a saúde era considerada como um bem precioso, tendo em vista que, o acesso a serviços de saúde era considerado quase inexistente. Os atendimentos em saúde eram prestados pelos chamados “boticários”, que hoje são representados por farmacêuticos e, também, por “curandeiros” (Santos; Gabriel; Mello, 2020).

Com a vinda da Família Real portuguesa para o Brasil, o acesso a médicos começou a se tornar uma realidade para uma pequena parcela da população. Inicia-se o emprego de ações de saúde coletiva, como por exemplo, o controle dos portos como medidas sanitárias, entretanto o objetivo principal por trás da implementação de tais estratégias não se referia, neste momento, a proteger as pessoas, mas sim, a garantir o livre comércio (Santos; Gabriel; Mello, 2020).

Com a Proclamação da República e em meio ao crescimento do regime capitalista, a necessidade de mão de obra fica cada vez maior, logo, associado ao crescimento das cidades, evidencia-se o aparecimento de modo proporcional de epidemias, fazendo com que os trabalhadores passassem a pensar em direitos a saúde, já que até então, estes não tinham direito algum (Santos; Gabriel; Mello, 2020).

Fernandes (2021) refere em seu estudo que a história das pandemias está profundamente ligada ao desenvolvimento da humanidade. Com o passar dos anos, pode-se observar registros de epidemias ocasionadas por agentes patogênicos zoonóticos que se propagavam entre seres humanos e animais, muitas vezes, ligadas ao crescimento populacional, uma vez que, sua dispersão pelo planeta promove condições favoráveis a proliferação de doenças transmissíveis com efeito significativo para os povos.

Em 1923, por meio da Lei Elói Chaves, a assistência à saúde para os trabalhadores foi possibilitada, entretanto, apenas para aqueles que exerciam atividade laboral com carteira assinada. Os trabalhadores com este perfil contribuem com a previdência social, as chamadas Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), e a partir deste pagamento eram liberados para fazer uso de serviços de saúde pública como se fosse um convênio de saúde. O referido modelo perdurou entre os anos de 1923 a 1988, entretanto, com a

ditadura militar ocorrida entre 1930 a 1945, algumas modificações foram evidenciadas neste modelo (Santos; Gabriel; Mello, 2020; Menicicc, 2014).

No ano de 1930, o CAP que era um modelo único para o recolhimento de contribuições para a saúde do trabalhador sofre sua primeira alteração. A CAP passa a ser dividida por categorias profissionais, passando a ser nominada como Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP), logo, cada profissão contribuía com o seu IAP, sendo que antes desta mudança o serviço mantinha caráter unificado (Menicicc, 2014).

Não exista nesta época o Ministério da Saúde como atualmente descrito. Este órgão foi criado apenas no ano de 1953, e com sua criação o IAP, que era um órgão separado por categorias, volta a ser unificado, porém novamente com a mudança de sua nomenclatura, passando a se chamar Instituto Nacional de Previdência Social, o INPS (Santos; Gabriel; Mello, 2020).

Uma nova divisão é observada no ano de 1978, quando o INPS passa a ser nomeado como Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS. É importante ressaltar que durante todas estas modificações dos serviços de previdência social, criados para garantir saúde dos trabalhadores da época, eram disponibilizados apenas para contribuintes, logo, pessoas doentes que não pagavam o valor estipulado por estes serviços ficavam dependentes do atendimento prestado pelas Santas Casas de Misericórdia, que eram dirigidas por membros da igreja católica e prestavam assistência de saúde aos enfermos como um ato de caridade (Santos; Gabriel; Mello, 2020; Menicicc, 2014).

O SUS só passou a ser idealizado com o fim da ditadura (1964-1985), onde seus princípios norteadores para o seu funcionamento foram esculpido. Sua construção como política pública, com direito universal e igualitário para todos, é resultante de um importante movimento histórico denominado Reforma Sanitária, ocorrida por meio da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada no ano de 1986, evento este onde as primeiras questões envolvendo a saúde coletiva foram discutidos (Carvalho; Miranda, 2021).

Este movimento possibilitou que a saúde fosse vista como fenômeno que ultrapassa as questões técnicas e foi defendida por meio da participação popular de estudantes, pesquisadores, sindicatos e entidades comunitárias da época (Santos; Gabriel; Mello, 2020).

O SUS nasce deste movimento social organizado por diferentes atores na sociedade, a categoria médica, as associações médicas, academias por meio dos

departamentos de medicina preventiva; movimentos populares em saúde, os partidos de esquerda, então na clandestinidade, o apoio da Igreja por meio das comunidades eclesiais de base e vários parlamentares, que tiveram participação significativa no Congresso (Menicicc, 2014).

A VIII Conferência Nacional de Saúde é apontada, por muitos estudiosos, como o principal marco para a organização da sociedade, no que se refere a instituição e implantação de políticas públicas. Foi por meio das discussões apresentadas neste evento, que a base da saúde presente no documento constitucional do ano de 1988 foi possível ser escrita, dando base para a criação do SUS. A Constituição Federal de 1988 apresenta um segmento entre seus artigos 196 ao 200, que descrevem como este sistema deverá ser implantado, a fim de garantir inclusão social para o atendimento de saúde em todo território nacional (Santos; Gabriel; Mello, 2020).

As Leis Orgânicas nº 8080/90 e a Lei nº 8142/90 destacam-se como principais normas que regem a articulação e funcionamento dos serviços de saúde ofertados pelo SUS. São consideradas como os principais documentos jurídicos que estipulam informações importantes frente a que se destinam os serviços ofertados pelo SUS, seu financiamento, participação de incentivo privado, organização e funcionamento do sistema, dentre outros aspectos (Menicicc, 2014).

Ressalta-se, ainda, a necessidade da compreensão da aplicabilidade e estruturação de ambos documentos para o pleno entendimento do processo de estruturação do SUS.

2.2 O SUS E SEUS PRINCÍPIOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA PELA COVID-19

O SUS é resultante de um arranjo organizativo que envolve as três esferas de governo com responsabilidades compartilhadas. A gestão é tripartite e orienta-se pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade, bem como a participação e controle social, além de descentralização político-administrativa para as unidades subnacionais, cabendo à esfera estadual o papel de coordenação e regulação e, aos municípios, a operacionalização das ações (Barros, 2021).

Logo, compreende-se como exemplo de instituições e serviços que compõem o SUS os centros e unidades de saúde, os hospitais públicos e universitários, os laboratórios e hemocentros (bancos de sangue), os serviços de vigilância sanitária, vigilância

epidemiológica, vigilância ambiental, além de fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica (Abreu, 2020).

Para a organização e bom funcionamento de todos estes serviços e demais componentes do SUS, a estruturação deste grande sistema de saúde é pautada por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, para que os princípios do SUS sejam aplicados na íntegra, garantido assim, o direito à saúde para toda população (Santos; Gabriel; Mello, 2020).

Segundo Garcia (2020) e Macedo (2020) com a promulgação da Constituição Federal de 1988, o Brasil passou a ser visto, em toda esfera mundial, como o país que tem o maior sistema de saúde público de caráter universal, além de fornecer políticas públicas baseadas na integralidade, equidade e na participação do controle social. Com pouco mais de três décadas de existência, o SUS é considerado o principal provedor de saúde para a população brasileira por estar presente em todos os entes federativos e dispor de parceria com os setores privados de saúde, quando necessário.

Durante a pandemia de COVID-19, ficou evidente, frente a este cenário de emergência em saúde, o quão importante foi para comunidade, a possibilidade de acesso a um sistema público de saúde gratuito e com cobertura universal, tendo em vista que por meio dos serviços dispostos pelo SUS, durante combate e controle da pandemia, pode-se observar uma sociedade mais igualitária e democrática (Macedo, 2020).

Sabe-se que o SUS é pautado em três princípios fundamentais estruturantes que contribuem com o seu funcionamento, sendo estes: a universalidade, a integralidade e a equidade. Entende-se por universalidade, como sendo equivalente ao acesso à saúde para toda população, ou seja, o acesso aos serviços e ações de saúde devem ser garantidos para todas as pessoas independente de fatores socioeconômicos como: sexo, raça, classe social, ocupação, renda entre outras (Abreu, 2020; Santos; Gabriel; Mello, 2020; Cotrim Junior; Cabral; Asensi, 2020).

Para Garcia (2020) o princípio da universalidade foi evidenciado durante a pandemia pela COVID-19, principalmente, pelas ações desenvolvidas na vigilância em saúde. O princípio da universalidade se fez presente por meio dos diagnósticos precoces realizados utilizando-se de recursos laboratoriais, somados à investigação de casos e contatos, a gestão dos sistemas de informação e divulgação de informações

epidemiológicas, a capacitação dos profissionais de saúde, além das ações de preparação para imunização, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Pode-se observar que a articulação entre as ações de Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde (APS) tiveram destaque frente à representatividade da universalidade do sistema de saúde para toda população brasileira durante a pandemia (Garcia, 2020). Logo, por meio do princípio da universalidade, os cidadãos puderam contar com uma gama de serviços ofertados pela rede do SUS, em especial pelos serviços de APS, que durante a pandemia proporcionaram acompanhamento das famílias cadastradas, mapeamento dos comunitários, especialmente os pacientes com agravos de saúde crônicas e idosos, fortalecendo as medidas de prevenção e estimulação da adoção dos cuidados profiláticos determinados pela OMS, para que houvesse contenção da propagação do vírus até que a vacina fosse uma realidade para todos (Macedo, 2020).

No que se refere à integralidade, este princípio corresponde ao ato de atender a todas as necessidades de um indivíduo, visto que somos seres holísticos, com necessidades previstas em várias áreas de atuação das diversas políticas públicas, mas que juntas, garantem a qualidade de vida de um indivíduo. Portanto, a integralidade remete a ideia de dispensação de ações de cuidado que transcendem a saúde física do indivíduo e para isso, faz-se necessário a utilização não somente de ações de tratamento e cura para os problemas evidenciados, mas também, aplicar ações e serviços que garantam prevenção, promoção e reabilitação da saúde para o indivíduo (Santos; Gabriel; Mello, 2020).

Observou-se durante o controle e combate a pandemia o emprego de estratégias socioeconômicas emergenciais, como por exemplo, a implementação de um auxílio emergencial no valor de seiscentos reais por indivíduo, inicialmente, com o intuito de garantir o mínimo de recursos à população considerada em situação de vulnerabilidade. Sabe-se que a maior parte da população brasileira sofreu impacto socioeconômico potencial com a implementação das medidas de distanciamento social, logo, visando garantir não só a redução da exposição de pessoas infectadas pelo vírus, bem como diminuir a incidência de casos, evitando a crise dos sistemas de saúde e estruturação dos mesmos para contenção das novas ondas ocasionadas pela COVID-19. Acredita-se que, embora seja uma renda considerada simbólica, o auxílio emergencial foi uma medida de contenção que permitiu a aplicabilidade do princípio da equidade durante a pandemia (Gleriano *et al.*, 2020).

Em relação ao terceiro princípio doutrinário do SUS, a equidade, este se refere à diminuição das desigualdades, dando em real proporção atenção à saúde aos que mais necessitam, tendo em vista que os indivíduos são seres diferentes e por sua vez, apresentam necessidades diferentes (Santos; Gabriel; Mello, 2020). O princípio da equidade está fortemente relacionado à ideia de justiça, uma vez que de acordo com este princípio, deve-se alocar mais recursos para as áreas que apresentam maior grau de vulnerabilidade, logo, equidade na prática difere de igualdade (Cotrim Junior; Cabral; Asensi, 2020).

No estudo realizado por Barbosa et al. (2022), os autores descrevem que, durante a pandemia de COVID-19, pacientes acometidos por doenças crônicas e idosos representaram significativamente a população mais vulnerável ao referido agravo, haja vista a alta taxa de mortalidade evidenciada entre esta classe. Logo, a fim de evitar maior incidência de mortalidade, investimentos e reorganização dos serviços de saúde foram implementados, em todo o Brasil e, principalmente, em regiões consideradas de maior vulnerabilidade social, visando minimizar o impacto da COVID-19 para estas populações.

Em resposta à emergência ocasionada pela COVID-19, observou-se não só no Brasil, mas nos demais países do mundo, adaptações em seus sistemas de saúde, com a ampliação das redes hospitalares, dando-se ênfase no aumento de leitos de unidades de terapia intensiva (UTI), instalações de hospitais de campanha entre outras ações, com o intuito de preservar a vida de milhares de pessoas acometidas pela COVID-19, independentemente de sua classe social e gravidade de quadro clínico (Garcia, 2020).

Logo, pode-se concluir que os princípios norteadores dos SUS advêm de intensa luta do movimento denominado como reforma sanitária, cujos debates em torno da saúde como um direito de todos possibilitou a inclusão de uma nova visão acerca da saúde pública no país. Sendo assim, a universalidade, a integralidade e a equidade tornam-se princípios essenciais para que o SUS seja consolidado e, portanto, estes devem ser defendidos como verdadeiros valores éticos e humanos (Macedo, 2020).

2.3 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E COVID-19

Na ocorrência de pandemias, como a da COVID-19, na qual o impacto para a saúde pública é considerado elevado, tendo em vista o número de casos diagnosticados, transmissibilidade do agente em curtos prazos de tempo e aumento significativo de

infectados, serviços de saúde de todo mundo necessitam reorganizar suas práticas em saúde, visando atender e promover, de forma rápida, assistência à população, proporcionando sem distinção de classe ações de prevenção, promoção, tratamento, controle, cura e reabilitação de modo universal, integral e equitativo (Abreu, 2020; Vale et al., 2020; Barros, 2021).

Com o advento da pandemia de COVID-19, a fragmentação dos serviços de saúde ficou ainda mais evidente, embora o SUS seja organizado como um sistema de saúde de atendimento em redes que interagem entre si visando sanar as necessidades do usuário. As críticas relacionadas ao processo de fragmentação dos serviços e ações de saúde é antiga, sendo que suas origens estão diretamente ligadas à própria estruturação da política de saúde brasileira nos anos 90. A pandemia ressalta uma atenção em saúde focada em ações curativas, hospitalares e médico-centradas, o que contrapõe ao conceito de assistência em saúde organizado por meio de redes de atenção à saúde (Barros, 2021). Segundo o Decreto nº 7508, de Junho de 2011, define-se como redes de atenção em saúde o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (Brasil, 2011).

A organização do SUS por meio de redes foi normativamente reconhecida por meio da publicação da Portaria nº 4279, de 30 Dezembro de 2010, que apresenta as possíveis diretrizes para que o SUS seja organizado com a finalidade de proporcionar aos seus usuários atendimento estruturado em Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2010).

Fazem parte da estruturação do SUS em RAS a Rede Cegonha (Portaria nº 1.459/11), a Rede de Urgência e Emergência (Portaria GM/MS nº 1.600/11); a Rede de Atenção Psicossocial (Portaria GM/MS nº 3.088/11); a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Portaria GM/MS nº 793/12) e a Rede de Atenção à Pessoa com Doenças Crônicas (Portaria GM/MS nº 438/14) (Brasil, 2016).

Entretanto, durante a atual pandemia, a rede que apresentou maior destaque frente ao combate e controle do novo Coronavírus foi a Rede de Urgências e Emergências, que apresentou importante destaque por meio da dispensação de ações de prevenção (distanciamento social, higienização), no atendimento da Síndrome Gripal nas unidades de Atenção Primária de Saúde e no fluxo de assistência à Síndrome Respiratória Aguda Grave até a internação em leitos de UTI, para as situações consideradas de maior gravidade (Brasil, 2021).

Nota-se que o funcionamento da assistência em saúde baseado em redes não se configura como uma tarefa fácil de ser efetuada. No atendimento em redes, o fluxo do

usuário é efetuado por meio da comunicação entre os estabelecimentos de saúde, por meio da referência e da contrarreferência, sendo que as unidades de atenção primária e serviços de urgência e emergência são caracterizados como as portas de entrada do indivíduo aos serviços de saúde (Cotrim Junior; Cabral; Asensi, 2020).

Logo, levando em consideração a grande desigualdade social que se faz presente em nosso país, organizar os serviços de saúde em redes, principalmente quando o mundo todo encontra-se abalado por uma pandemia, torna-se uma tarefa considerada complexa, haja vista que sua estrutura é gerida por representantes municipais, estaduais e federativos, onde evidencia-se grande disputa entre poderes, além de ser composta por milhares de unidades de diferentes tipos, tamanhos e complexidades técnicas, sejam filantrópicas ou privadas (Cotrim Júnior; Cabral; Asensi, 2020; Portela; Grabois; Travassos, 2020).

2.3.1 O trabalho da atenção primária na linha de frente contra a COVID-19

Os serviços de atenção primária e terciária em saúde apresentaram importante destaque frente ao cenário pandêmico. A atuação como porta de entrada para o SUS atrelado aos serviços de saúde, conhecidos como Atenção Primária de Saúde (APS), tiveram importante destaque durante a pandemia. O trabalho da APS durante a pandemia pode ser evidenciado por meio da dispensação de atendimento resolutivo de casos leves, associados a ações de monitoramento constante para a identificação de casos com potencial para agravamento e encaminhamento destes para os serviços especializados, visando sempre manter a coordenação do cuidado entre os diferentes níveis de atenção em saúde (Vale *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2020).

De acordo com informes publicados pelo Ministério da Saúde, as ações disponibilizadas pela APS, durante a pandemia de COVID-19, foram realizadas visando alcançar os seguintes objetivos: disponibilizar instrumentos, orientações, manejo e controle das condições de saúde de cada RAS, observando a coordenação do cuidado pela APS, exigência do trabalho sistêmico, organizado e uniforme durante a fase epidêmica (Brasil, 2021).

De maneira geral, pensa-se que a APS exerce papel reduzido em se tratando dos casos graves ocasionados pela COVID-19, haja vista que, este serviço se comparado com os outros níveis de atenção, dispõe de poucos recursos para restabelecer a saúde dos pacientes em risco iminente de morte. Entretanto, uma APS forte, bem organizada e

composta por profissionais qualificados, promove, frente à sua atuação, redução significativa de infecção entre a população adscrita, fato este que contribui para a diminuição das taxas de transmissão e infecção entre as famílias acompanhadas, garantindo assim, menores índices de morbimortalidade (Daumas et al., 2020).

Segundo Fernandes, Lotta e Correa (2021), a APS, durante a atual pandemia, configurou-se como espaço eficaz e eficiente em todos os países que contam com uns sistemas de saúde voltados para a atenção à saúde de maneira preventiva. Esta afirmativa é válida principalmente pelas ações de baixo custo implementadas que foram desenvolvidas pela APS como por exemplo: o cuidado dos assintomáticos leves; dispensação de ações de vigilância epidemiológica; estar localizada nas proximidades dos usuários, podendo assim, realizar a identificação, por meio da busca ativa, de indivíduos contaminados e de seus contactantes, entre outros.

A APS tem como característica principal a articulação de ações de saúde realizadas por meio do trabalho territorializado, o que faz com que este serviço apresenta grande potencialidade para ofertar atendimento assistencial a problemas sociais de saúde, visando promover ações de prevenção e cuidados necessários às questões epidemiológicas. Entretanto, suas ações não podem ser realizadas desacompanhadas de outros setores das políticas públicas, tendo em vista que o bem-estar da população, de maneira geral, depende muito de sua relação com o acesso aos direitos sociais básicos (Cavagnoli et al., 2021).

Sabe-se que o local onde a APS está instalada favorece o alcance de demandas sociais de saúde, principalmente da população considerada discriminada pela pobreza e por outros determinantes e condicionantes de vulnerabilidade social, portanto, pode-se afirmar que os serviços de APS são elementos cruciais frente ao atendimento e acompanhamento de pessoas não só acometidos pela COVID-19, mas também, que apresentam outros agravos de saúde e que se configuram como fatores de risco para o agravamento da doença como por exemplo: as deficiências físicas, doenças crônicas, doenças negligenciadas, idosos, crianças, comunidades tradicionais e mulheres grávidas (Fernandes; Lotta; Correa, 2021).

Para Daumas et al. (2020), durante a pandemia, a APS com sua capacidade de promover ações comunitárias, ampliou as respostas locais, não só com o intuito de diminuir a disseminação da infecção pelo novo Coronavírus. Por meio do trabalho dos serviços de APS, observou-se um impacto positivo dos efeitos sociais e econômicos ocasionados pelo distanciamento social. Foi por meio de ações como a dispensação de

orientações e criação de canais de teleatendimento que muitas dúvidas, frente às formas de contágio e cuidados aos infectados, foram transmitidas para os usuários dos serviços de saúde por meio de mídias sociais e rádios comunitárias.

A APS no Brasil desenvolve diversas ações para os municípios aos quais estão instaladas, entretanto, todas as ações colocadas em pauta necessitam estar alinhadas a uma coordenação federal. Dentro da APS, as Estratégias de Saúde da Família (ESF) configuram-se como a principal estrutura de política pública para a promoção do cuidado integral aos indivíduos considerados com maior grau de vulnerabilidade. Geralmente, uma ESF é formada por uma equipe multiprofissional composta por: enfermeiras, médicos, técnicas ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Nas ESF consideradas mais completas, observa-se em sua estrutura equipes de Saúde Bucal e do Núcleo Apoio à Saúde da Família (NASF), grupo composto por fisioterapeutas, psicólogas, assistentes sociais, entre outros (Fernandes; Lotta; Correa, 2021).

Durante a atual pandemia, os agentes comunitários de saúde, profissionais atuantes nos serviços de APS, foram peças fundamentais frente às ações de acolhimento ao paciente acometidas pela COVID-19. Estes profissionais que compõem as ESF atuaram diretamente na identificação de casos em maior vulnerabilidade, auxiliando na entrega de alimentos e outros itens essenciais para aqueles que apresentavam estas demandas, além de realizar, de forma geral, mobilização de recursos da própria comunidade para aqueles com maiores agravos ocasionados pela COVID-19 (Daumas *et al.*, 2020).

Ressalta-se que o trabalho desenvolvido pela APS durante a pandemia foi de fato, uma atuação considerada abrangente, tendo em vista sua localização em todos os municípios do Brasil, visando sempre atuar por meio de ações voltadas para a prevenção dos agravos à saúde. Com a estruturação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para ESF, observa-se que o direito à saúde foi ampliado, modificando o modelo assistencial de saúde vigente no Brasil, que antes era centrado em ações curativas e na figura médica, e com a implementação destes serviços, passa a assumir uma postura voltada para a prevenção por meio de ações multiprofissionais. Sabe-se que ainda existem fragilidades no processo de coordenação do cuidado ofertado pela APS, entretanto, com a implementação de melhorias, frente a articulação das RAS, o cuidado de maneira integral para aqueles que necessitam, torna-se uma realidade mais próxima (Macedo, 2020).

2.3.2 O trabalho dos serviços de alta complexidade em meio à pandemia de COVID-19.

Durante a pandemia de COVID-19, observou-se uma forte pressão sobre os serviços de saúde mundialmente, frente à necessidade rápida de se adequar os serviços de alta complexidade para atender a grande demanda de pacientes infectados. A primeira ação adotada, inicialmente, foi aumentar o quantitativo de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), uma vez que a preocupação principal, no início, centrou-se em dispor de espaço físico, equipamentos e profissionais capazes de atender casos graves da nova infecção que viessem a necessitar de cuidados complexos (Silva *et al.*, 2020; Cardoso *et al.*, 2021).

A COVID-19 é uma infecção que apresenta capacidade de transmissão e letalidade 14 vezes maior do que a Influenza, haja vista que um indivíduo infectado pode transmitir o vírus de forma rápida para uma média de duas a três pessoas. Com o intuito de evitar o colapso dos serviços que prestam assistência hospitalar, principalmente aqueles que dispõem de leitos de UTI, as principais medidas implementadas, inicialmente, para contenção e redução da transmissão do vírus, basearam-se no distanciamento social, lavagem das mãos e a campanha “fique em casa” (Daumas *et al.*, 2020).

Embora estas abordagens comunitárias sejam consideradas apropriadas para a contenção de pandemias, infelizmente, o que se vê retratado em noticiários e demais meios de comunicação e transmissão de informações é que, sua adoção foi efetuada de forma tardia, priorizando a resposta dos serviços hospitalares aos casos mais graves da doença e, deixando para um segundo momento, os casos considerados leves e moderados (Fernandes; Lotta; Correa, 2021).

Entretanto, somente a apresentação inicial da COVID-19 pode ser comparada a um quadro gripal. Sabe-se que cerca de 80% dos pacientes que contraíram a doença apresentaram sintomas clínicos leves como: febre, tosse, perda do olfato e paladar, dor de garganta e coriza. Destes, aproximadamente 80% receberam alta e se recuperaram sem sequelas significativas. Os 20% restantes evoluíram de forma negativa, apresentando quadros de dispnéia e hipoxemia decorrentes de pneumonias ocasionadas pelo vírus, necessitando de internação hospitalar. Os autores ressaltam que, 5% destes evoluíram para quadros mais críticos de insuficiência respiratória, coagulação intravascular disseminada, choque circulatório ou disfunção orgânica múltipla, quadros que só poderiam ser cuidados por meio de terapia intensiva (Daumas *et al.*, 2020).

Logo, evidencia-se que a alta demanda de leitos de UTI para acolher aqueles que necessitam de assistência intensiva revela um problema já existente entre os serviços de saúde, a insuficiência de leitos de UTI, bem como a sua divisão desproporcional entre serviços públicos e privados. Dados de estudos visando analisar a expansão de leitos durante a pandemia mostram que embora tenham sido crescentes os investimentos para aumentar o número de leitos de UTI no Brasil, sua distribuição foi realizada de forma desigual entre as regiões do país (Cotrim Júnior; Cabral; Asensi, 2020).

Em março de 2020, quando se oficializou a situação de pandemia mundialmente, a principal estratégia utilizada pelos governantes foi a construção de hospitais de campanha ou similares. Entretanto, até maio de 2020, menos da metade dos hospitais programados estavam de fato prontos para atender a grande demanda de casos de COVID-19 que só aumentavam (Cotrim Júnior; Cabral; Asensi, 2020).

Marquetti *et al.* (2021), Cotrim Júnior, Cabral e Asensi, (2020) referem, em seus estudos, que o impacto da desigualdade e da má distribuição de leitos de UTI em nosso país, afetou durante o auge da pandemia, várias regiões do Brasil, em especial a região Norte, onde foi noticiado o colapso da infraestrutura hospitalar na cidade de Manaus, chegando a faltar oxigênio para pacientes internados em leitos de UTI que vieram a falecer pela falta deste recurso.

A desigualdade de leitos de UTI entre sistemas públicos e privados é notoriamente exacerbada, sendo a proporção de leitos para internações SUS equivalente a 15,22 leitos para cada 100 mil habitantes, enquanto a proporção de leitos de UTI privado é nove vezes maior que a rede pública, apresentando uma proporção de 141,91 para 100 mil habitantes. Cabe ressaltar que os usuários de planos de saúde privados se beneficiam de uma grande parcela dos leitos destinados ao atendimento público, o que faz com que a desigualdade entre a distribuição de leitos seja ainda maior (Cotrim Júnior; Cabral; Asensi, 2020).

Sabe-se que a resposta do Brasil à pandemia, assim como a mundial, foi considerada por muitos especialistas, como tímida e tardia. Nos países em que o uso de políticas de rastreamento, diminuição da circulação e isolamento foram realizados de forma efetiva, observou-se uma pressão muito menor aos serviços de saúde se comparados aos países que implementaram condutas contrárias ou que negligenciaram os cuidados. Infelizmente, o foco da contenção da COVID-19, de maneira geral, voltou-se para o aumento da capacidade hospitalar, ao invés de se investir na adoção de medidas coletivas de contenção, fato este que evidenciou o quão nossos serviços de saúde

apresentam-se claramente despreparados para o atendimento a situações de emergência de saúde pública (Bousquat *et al.*, 2021).

Entretanto, ressalta-se que, mesmo tímida e tardia, o SUS demonstrou importante participação frente ao combate da pandemia, visto que sem o emprego de políticas públicas, principalmente direcionadas à população considerada vulnerável, o impacto da COVID-19 teria sido muito maior, não só pelo aumento do número de óbitos, mas também pela repercussão em outros segmentos como os econômicos e sociais, já que com o advento da pandemia nem todos os brasileiros mantiveram isolamento social visando a subsistência familiar (Macedo, 2020).

3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Neste segmento serão abordados os seguintes tópicos: cenário do estudo, local de estudo e seu delineamento, participantes, amostra e amostragem, coleta de dados, procedimentos para coleta, pré-teste, análise dos dados e os aspectos éticos da pesquisa.

3.1 Cenário do Estudo

Este estudo foi realizado em uma cidade, situada no extremo sul de Minas Gerais. A referida cidade foi escolhida pelos pesquisadores devido a facilidade de acesso, já que um dos pesquisadores reside nela e possui vínculo empregatício na instituição escolhida.

O município escolhido localiza-se no alto da Serra da Mantiqueira, com uma distância entre a capital do Estado, Belo Horizonte, de 510 km, sendo sua população estimada entre 14.019 habitantes. No que diz respeito ao trabalho assalariado, a cidade apresenta uma média de 10,7% de pessoas que se declaram empregadas recebendo o salário médio de 1,9 salários mínimos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021).

Do ponto de vista da educação, a taxa de escolarização entre 6 a 14 anos é de 98,9% dos moradores da cidade. A população do presente município conta com estabelecimentos de ensino público e privado que contemplam toda trajetória educacional desde a educação básica até nível superior, sendo este por meio de polo de educação a distância (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021).

No campo econômico, a cidade escolhida apresenta Produto Interno Bruto (PIB) 13.040,00 per capita e Índice de Desenvolvimento Humanos Municipal (IDHM) de 0,702. O município possui vocação agrícola, com destaque para a produção de batata inglesa, tomate de mesa e milho. Outra característica marcante da cidade é o inverno rigoroso, em que as temperaturas mínimas podem alcançar valores negativos, e por isso, este município tem o título de cidade mais fria do estado de Minas Gerais (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021).

Um campo que tem apresentado um grande avanço na contribuição do crescimento econômico da cidade, refere-se à produção de azeite de oliva e seus demais subprodutos, o que tem feito com que esta cidade seja conhecida como cidade das Oliveiras (Epamig, 2022).

De maneira geral, pode-se afirmar que a cidade vive da agricultura, do artesanato, do plantio da batata, frutas de clima temperado e verduras, cuja produção, em boa parte, destina-se para as centrais de abastecimento de Minas Gerais, os CEASAS, sendo que a maior parte dos trabalhadores da cidade prestam serviços a empresa uma empresa metalúrgica multinacional, situada nas cidades circunvizinhas (Santos, 2018).

Embora este município seja considerado uma cidade turística, a indústria do turismo na referida localidade ainda é considerada incipiente, mas existem possibilidades de passeios rurais, hospedagens e culinária local. A cidade sempre teve uma tradição forte na área cultural e movimentada moradores de toda região, por meio da realização do tradicional festival de inverno, com atrações de caráter gastronômico e preservação de tradições religiosas (Santos, 2018).

No campo saúde, a cidade escolhida apresenta taxa de mortalidade infantil 5.56 por 1000 nascidos vivos, sendo as internações por diarreia 0,1 para cada 1000 habitantes. No que diz respeito ao atendimento prestado à saúde, relativo à rede básica, articula-se por meio de seis Unidades Básicas de Saúde (UBS). A Rede Básica de Saúde funciona de segunda a sexta-feira, no horário das 7 às 17 horas. A atenção secundária e terciária é desenvolvida pelo Hospital ao qual o estudo foi desenvolvido (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021).

3.2 Local do Estudo

O Hospital Municipal onde o estudo foi realizado, foi criada em 28 de Fevereiro de 1974, pela Lei nº 419/74. O terreno onde a referida instituição se localiza atualmente, foi doado pelo Senhor Rogério Lamedo Torres. O prédio desta instituição foi construído com doações advindas não só da Prefeitura Municipal da cidade, bem como de contribuições por parte da comunidade. Seu mobiliário e a rouparia foram arrecadados com a realização de movimentos e doações da comunidade (Dados retirados de documentos municipais, 2022).

Atualmente, este hospital sobrevive com recursos repassados pela Prefeitura e pelo SUS, sendo assim, consegue ofertar para a população residente na cidade e, também, para moradores circunvizinhos, serviços de pronto atendimento, clínica médica, área respiratória e pediátrica (Dados retirados de documentos municipais, 2022).

Devido a pandemia ocasionada pelo novo Coronavírus, a gestão de leitos encontra-se dividida da seguinte forma: dez leitos para internação por COVID-19, um

leito de emergência para COVID-19, um leito de emergências para atendimento geral; quatro leitos para Clínica Médica e seis leitos para Clínica Médica com sintomas respiratórios, porém, com teste para COVID-19 negativo; um leito de observação pediátrico; 10 leitos para Pediatria e uma sala de pré-parto. Logo, evidencia-se que se trata de um hospital de pequeno porte, mas que disponibiliza atendimento ininterrupto para aqueles que necessitam (Dados retirados de documentos municipais, 2022).

O hospital conta com o serviço de médicos 24 horas, enfermeiros em todos os turnos, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes administrativos, farmacêutico, radiologista, motorista, contador, funcionários de limpeza geral e cozinha; Biomédicos que atuam no laboratório entre outros (Dados retirados de documentos municipais, 2022).

No que se refere ao atendimento móvel, a instituição referida conta com duas ambulâncias, sendo uma para atendimento a pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19 e a outra para atendimentos de maneira geral. Trata-se de ambulâncias básicas que são utilizadas para transportar pacientes tanto dentro da cidade como fora do mesmo, se necessário. A Maternidade e o Centro Cirúrgico estão desativados por ordem da vigilância sanitária estadual para fins de reforma. Os pacientes que necessitam desses atendimentos são encaminhados para outras cidades capacitadas (Dados retirados de documentos municipais, 2022).

3.3 Delineamento do Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso, com abordagem descritiva e exploratória. Segundo Creswell (2010), estudos denominados qualitativos, são estudos que mostram abordagens diferentes, quando comparados a pesquisas quantitativas. Uma pesquisa qualitativa apresenta diferentes concepções e conceitos filosóficos, associados ao emprego de estratégias de investigação, com métodos de coleta e análise de dados baseado na interpretação de conteúdo. Logo, pode-se dizer que as pesquisas qualitativas dão enfoque a textos, discursos, documentos e imagens, o que não se caracteriza como elementos de investigação uniformes.

Os estudos caracterizados como descritivos compreendem análises com foco em efetuar uma descrição sobre determinado fenômeno. Nestes estudos pode-se evidenciar a descrição de elementos como as características gerais de uma doença e sua relação com o indivíduo, por exemplo. É comum que estes estudos apresentem a descrição de variáveis,

sociais como: sexo, raça, idade, estado civil, classe social, aspecto nutricional e outras serão encontradas como enfoque nesse tipo de estudo (Rouquayrol; Gurgel, 2013).

No que concerne às pesquisas exploratórias, estes tipos de estudo são realizados quando não se tem muitas informações sobre o assunto em que se deseja aprofundar, logo, estas pesquisas são utilizadas para familiarizar e situar o pesquisador com o tema estudado, que até então, configura-se como algo desconhecido (Sampieri; Collado; Lucio, 2013).

Para Gil (2010), os estudos exploratórios objetivam proporcionar fundamentação científica sobre determinado fenômeno com o intuito de fazer com que o pesquisador esteja apto a construir e validar hipóteses. Trata-se de um estudo que apresenta um planejamento flexível, tendo em vista seu objetivo ser focado em considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado.

3.4 Amostra: Participantes do Estudo

Os participantes deste estudo são profissionais da saúde, ativos, atuantes na instituição escolhida, durante a pandemia, que comporão uma amostra de conveniência.

Segundo Pereira (2007), a amostra pode ser compreendida como parte da população envolvida na temática de um determinado estudo. A população por sua vez, trata-se de todos os indivíduos que possuem características necessárias para inclusão no estudo a ser realizado, entretanto, como existem estudos ao quais não se considera viável para o pesquisador efetuar a inclusão do total de participantes, o mesmo opta por selecionar uma amostra que possibilita representar o fenômeno estudado, propiciando assim, alcançar o objetivo do pesquisador.

Desta forma, neste estudo, o tamanho da amostra foi constituído pela população total de profissionais da saúde atuantes na instituição escolhida, que atenderem os critérios de elegibilidade estipulados pelos participantes. Em pesquisas qualitativas o número da amostra não é previamente determinado por meio de cálculo amostral, como é feito em estudos quantitativos (Polit; Beck, 2011).

Neste local, a população de profissionais da saúde é compreendida por: cinco enfermeiras, sendo quatro assistenciais e uma responsável técnica; 12 técnicos de enfermagem; uma farmacêutica, cinco médicos que atendem por meio de serviço terceirizado; dois técnicos de radiologia e dois biomédicos, totalizando 27 profissionais da área da saúde.

No entanto, considerando os critérios de inclusão e sob a recusa de dois participantes em participar do presente estudo, compuseram a amostra final dezesseis participantes.

3.4.1 Critérios de Inclusão e de Exclusão

Neste estudo serão adotados os seguintes critérios de inclusão:

- Ser profissional, ativo, da área da saúde;
- Ter sido efetivado no local a partir de março de 2020.

Como critérios de exclusão serão adotados os seguintes critérios:

- Estar afastado do quadro de profissionais do local por qualquer motivo.

3.5 Pré-Teste

A etapa denominada pré-teste, segundo Gil (2010), é aplicada em estudos de campo que utilizam um ou mais instrumentos para coleta de dados. O intuito é verificar se os instrumentos, no referido estudo qualitativo, atenderam ao objetivo inicial proposto. Desta forma, faz-se necessário testá-los antes de se efetuar a coleta de dados propriamente dita, tendo em vista que, a realização do pré-teste garante que o vocabulário empregado durante a aplicação dos instrumentos a serem utilizados, esteja adequado para a compreensão dos participantes. Outro aspecto que favorece a utilização do pré-teste é que a realização do mesmo permite que o pesquisador certifique que o instrumento escolhido contemple de fato o objetivo proposto e seja capaz de mensurar as variáveis que se deseja mensurar.

3.6 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de dezembro do ano de 2022 a janeiro de 2023 na instituição escolhida pelos pesquisadores.

3.6.1 Instrumentos de Coleta de Dados

Gil (2010) define como instrumentos de pesquisa como sendo qualquer material ou recurso utilizado em pesquisas de campo que possibilitam ao pesquisador coletar e registrar dados. Logo, são exemplos de instrumento de pesquisa o uso de questionários, escalas, entrevistas e formulários aos quais os participantes da pesquisa podem expor a sua opinião sobre determinado assunto ou situação vivenciada.

Neste estudo, serão utilizados dois instrumentos elaborados pelos pesquisadores responsáveis, sendo o primeiro instrumento um questionário que contém questões referentes às características sociodemográficas dos participantes (APÊNDICE C). Serão coletadas informações para caracterização da amostra obtendo-se a identificação pessoal, idade, sexo, renda pessoal e familiar, estado civil, número de filhos, escolaridade, entre outras informações.

Quanto ao segundo instrumento, este contempla uma entrevista aberta, com um roteiro de perguntas sequenciais (APÊNDICE D) para nortear a proposta de avaliar a vivência dos participantes, na assistência durante a pandemia de COVID-19, e a percepção dos mesmos, das ações e tomadas de decisões baseadas nas políticas públicas implementadas e existentes durante a pandemia da COVID-19.

3..2 Procedimentos para Coleta

A coleta de dados teve início após a aprovação do estudo, pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP), e assinatura de cada participante do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). A abordagem dos participantes foi realizada individualmente e agendada no dia, horário e local de preferência de cada voluntário, como forma de preservar a sua privacidade e confidencialidade das informações.

Inicialmente, todos voluntários foram esclarecidos, individualmente, quanto aos objetivos e procedimentos utilizados. Após a certificação da compreensão dos mesmos, foi solicitado a assinatura do TCLE e entregue uma cópia para cada um dos envolvidos, garantindo confidencialidade das informações. Em seguida, procedeu-se com a aplicação do questionário sociodemográfico para cada participante que respondeu o instrumento conforme suas características. Após preenchimento de todas as questões, os pesquisadores realizaram a etapa intitulada entrevista aberta, por meio da gravação das respostas de perguntas realizadas visando compreender a vivência de cada voluntário no momento da pandemia da COVID-19. As entrevistas foram gravadas com auxílio de um

aparelho celular iphone 14 (Apple) e finalizando a entrevista, os dados foram armazenados em um computador para serem transcritos e analisados.

Após a realização das entrevistas, os pesquisadores realizaram a transcrição das falas dos entrevistados e apresentaram de forma presencial a estes, solicitando a verificação e aprovação da transcrição, para que os depoimentos fossem utilizados para análise como resultados da pesquisa. O relato dos participantes manterá o anonimato quando o estudo for divulgado, assim como, o sigilo em todas as fases do estudo. Todos os participantes foram codificados (P1, P2, P3) sendo que, somente os pesquisadores terão acesso aos dados arquivados. Ao finalizar o estudo e conclusão dos resultados para publicação, todo material será destruído, seguindo as recomendações para materiais digitais oriundos de pesquisa científica.

3.7 Análise dos Dados

Após a obtenção dos dados por meio da entrevista, confirmados com a validação das transcrições, por cada participante, estes foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo elaborada por Laurence Bardin. Os dados coletados foram organizados conforme as orientações dispostas por Bardin (2011), logo, todas as etapas sugeridas pela autora foram desenvolvidas na íntegra favorecendo ao alcance de resultados que serão discutidos posteriormente.

Bardin (2011) em sua obra explica que a análise de conteúdo se trata de um conjunto de instrumentos metodológicos, de caráter sutil, que é comumente aplicado em pesquisas envolvendo “discursos” diversificados. Estes discursos e informações são colhidos por meio de vários meios de comunicação, sendo os principais recursos a entrevista, documentos, jornais, revistas entre outros.

Após a organização do material colhido, as informações necessitam ser trabalhadas, porém de maneira sistematizada, logo, a autora propõe que os dados encontrados sejam analisados por meio de quatro fases distintas, sendo as mesmas: pré-análise, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados, interferência e interpretação (Bardin, 2011).

Ao realizar as referidas etapas, é possível elencar categorias que representam as principais ideias encontradas nos discursos e que contribuem para a compreensão do fenômeno estudado (Bardin, 2011).

Os dados referentes às características sociodemográficas foram apresentados de forma descritiva, a fim de estabelecer as descrições individuais para se elencar as particularidades e relacioná-las à amostra em estudo.

3.8 Aspectos Éticos da Pesquisa

Antes de se iniciar a coleta de dados, o estudo foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Itajubá (FEPI), que emitiu após sua avaliação, aprovação para realização do estudo sob o parecer consubstanciado nº 5.821.534 e CAAE 63842222.4.0000.5094. O estudo respeitou os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12, que abarca condutas referentes à ética em pesquisa envolvendo seres humanos (Brasil, 2013).

Nesta resolução são apresentadas as exigências e elementos para que o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos possam ser efetuadas. Segundo a resolução vigente, todos os preceitos presentes na realização do estudo devem ser esclarecidos aos participantes, desde de procedimentos adotados a possíveis riscos e benefícios presentes na mesma (Brasil, 2013).

Esta resolução garante que a ótica tanto individual quanto coletiva seja preservada em pesquisas. Portanto, a autonomia, o sigilo, a não maleficência, a beneficência, a justiça e a equidade estão asseguradas por meio do uso desta resolução ao participante (Brasil, 2013).

4 RESULTADOS

Nesta etapa do presente estudo, serão apresentados os resultados obtidos, por meio do instrumento aplicado para identificar as características sociodemográficas e profissionais dos participantes (APÊNDICE C), bem como a percepção dos mesmos frente às ações e serviços implementados em um hospital de pequeno porte durante a pandemia COVID-19 e suas repercussões em nível ocupacional e social, por meio das perguntas norteadoras aplicadas durante a entrevista aberta (APÊNDICE D).

4.1 Características sociodemográficas e profissionais dos participantes

Foi feita uma análise descritiva para caracterização sociodemográficas (TAB.1), sendo que dos dezesseis voluntários, dois (12,5%) eram do sexo masculino e quatorze (87,5%) do sexo feminino. A média de idade encontrada foi de 42,5 anos (\pm DP 11,6), sendo a idade mínima de 26 anos e máxima de 60 anos. Em relação à condição civil, dez participantes (62,5%) declararam viver com o(a) companheiro(a) e seis (37,5%) relataram viver sozinhos(as). A média de filhos foi de 2,9 variando de dois a cinco filhos, ressalta-se que seis declararam não ter filhos.

Com relação à renda mensal, nove (56,3%) informam renda individual entre três a quatro salários mínimos mensais. Investigou-se, também, a renda familiar dos participantes, observando que oito (50%) relataram apresentar renda familiar entre três e quatro salários mínimos, e oito (50%) renda familiar correspondente a cinco ou mais salários mínimos.

Tabela 1: Características pessoais dos participantes

Variável	Média	±DP	Min.	Máx.	FA	FR
Sexo						
Feminino					14	87,5%
Masculino					2	12,5%
Idade	42,5	11,55	26	60		
Estado Civil						
Vive com o companheiro					10	63%
Não refere companheiro					6	37%
Filhos	2,9	0,99	1	5		
Renda Individual						
Menor que um salário mínimo					0	0%
De um a dois salários mínimos.					5	31,25%
De três a quatro salários mínimos					9	56,25%
Cinco a mais salários mínimos.					2	12,50%
Renda Familiar						
De um a dois salários mínimos.					0	0%
De três a quatro salários mínimos					8	50%
Cinco a mais salários mínimos.					8	50%

Fonte: Dos pesquisadores do Estudo (2023)

No que diz respeito aos hábitos de vida, foi evidenciado que 15 participantes (93,8%) declararam nunca ter fumado e um (6,3%) declarou ser ex-tabagista há 20 anos. Em relação ao uso de bebida alcoólica, 15 participantes (93,8%) relataram nunca ter feito uso. Do total de voluntários, oito (50%) praticavam atividades físicas, sendo a mais referida a prática em academias, sendo seis (75%) com frequência de três vezes por semana.

Tabela 2: Hábitos de vida dos participantes

Variável	Média	±DP	Min.	Máx.	FA	FR
Uso cigarro						
Fumante					0	0%
Ex- Fumante					1	6,25%
Nunca Fumou					15	93,75%
Uso de bebida alcoólica?						
Etilista					0	0%
Ex-etilista					0	0%
Nunca Bebeu					15	93,75%
Socialmente					1	6,25%
Prática atividade física						
Sim					8	50%
Não					8	50%
Se sim, qual atividade? (n=8)						
Academia					6	75%
Caminhada					1	12,50%
Ciclismo					1	12,50%
Se sim, qual frequência?						
Três vezes por semana					6	75%
Duas vezes por semana					1	12,50%
Dias alternados					1	12,50%

Fonte: Dos pesquisadores do estudo (2023)

No que se refere às características profissionais (TAB.3), em nível da variável vínculo empregatício, oito participantes (50%) referem possuir outro emprego, sendo que dois (12,5%) relataram trabalhar em outra instituição hospitalar, situada em cidades circunvizinhas ao hospital de referência neste estudo. No que diz respeito à atuação profissional, a maior parte dos participantes (62,6%, n=10) pertencem à classe técnica de enfermagem, sendo que nove (56,3%) relataram nível escolaridade maior sendo o curso técnico de enfermagem.

Complementarmente às características profissionais, os(as) participantes foram indagados(as) quanto ao seu local de atuação profissional na instituição, observou-se que seis (31,3%) relataram atuar no pronto socorro do hospital, com média de atuação profissional igual a 10,7 anos (\pm DP 11,5), sendo o mínimo de um ano e máximo 33 anos. No que se refere à situação trabalhista, cinco (37,5%) relataram atuar como servidores públicos municipais concursados, seis (37,5%) eram terceirizados por uma empresa que fornece profissionais de saúde para vários municípios, sendo estes trabalhadores reconhecidos como microempreendedor individual (MEI), quatro (25%) possuíam

vínculo de celetistas com uma fundação, sendo remunerados pela Prefeitura e um (6,3%) era servidor estadual concursado alocado no hospital de referência deste estudo.

Quanto ao período de trabalho dos dezesseis participantes, dois participantes (12,5%) relataram trabalhar em esquema de plantão de 12H, com folgas por decisão própria mediante a banco de horas, e três participantes (18,8%) relataram trabalhar em esquema de 8H diárias, com folgas regulamentares aos finais de semana e feriados. Complementarmente, onze profissionais, todos da enfermagem (68,8%) relataram trabalhar em esquema de 12H/36H, sendo quatro (25%) no turno diurno e a sete (43,8%) no noturno. Ressalta-se que não foi relatada escala de reserva para estes(as) funcionários(as) e declaram ter folga apenas mediante a banco de horas, ou seja, se tiver horas extra trabalhadas, podem folgar, tendo em vista que a instituição não remunera horas realizadas a mais que o período de trabalho acordado.

Em relação à organização do trabalho, o esquema de folga compreendia, a cada 12H de trabalho, uma folga de 36H. Além disso, havia um dia de folga mensal para cada trabalhador da saúde e possibilidade de a cada 6H trabalhadas, de hora extra no banco de horas, que correspondiam a um dia de folga e em alguns casos, por decisão administrativa, as horas de folga poderiam ser convertidas em benefícios financeiros salariais. Vale ressaltar que o esquema de folga foi modificado, por decisão administrativa, em agosto de 2021, extinguindo o dia de folga mensal, que era um acordo não regulamentado, mantendo-se o banco de horas e o esquema de trabalho 12H/36H, que a partir desse momento, as horas acumuladas só poderiam ser convertidas em dias de folga. Em relação à classe médica, observou-se que havia uma flexibilidade quanto ao esquema de folga, visto que trabalham por contrato terceirizado, sendo que têm direito à folga a cada 12H trabalhadas. Ressalta-se, porém, que muitas vezes este esquema não é respeitado, visto que, a remuneração dessa classe se faz por horas trabalhadas, ou seja, se o(a) médico(a) tirar folga, este período não é remunerado.

Tabela 3: Características profissionais dos participantes

(continua)

Variável	Média	±DP	Min.	Máx.	FA	FR
Possui outro vínculo empregatício						
Sim					8	50%
Não					8	50%
Se sim, qual?						
Pizzaria					1	6,25%
Empregada doméstica					1	6,25%
Santa Casa de Itajubá					2	12,5%
Consultório Particular					1	6,25%
Lar da Providencia em Maria da Fé					1	6,25%
Home Care						
Consultório e Posto de Saúde					1	6,25%
Não					1	6,25%
					8	50%
Profissão						
Auxiliar de enfermagem					0	0%
Técnico de enfermagem					10	62,55
Médico					2	12,5%
Enfermeira					3	18,75%
Farmacêutico					1	6,25%
Escolaridade						
Curso Técnico					9	56,25%
Graduação					2	12,50%
Especialização					5	31,25%
Mestrado					0	0%
Doutorado					0	0%
Pós Doutorado					0	0%
Local de atuação profissional						
Clínica Médica					4	25%
Pronto Socorro					6	37,50%
Farmácia Hospitalar					1	6,25%
Gestão					1	6,25%
Enfermagem Assistencial					2	12,50%
Pediatria					2	12,50%
Tempo de atuação na instituição	10,68	11,48	1	33		
Regime de trabalho						
Contrato com a Prefeitura.					4	25%
Servidor Público					5	31,25%
Terceirizado					6	37,50%
Servidor público alocado					1	6,25%

Tabela 3: Características profissionais dos participantes

	(conclusão)	
Turno de trabalho		
Diurno	8	50%
Noturno	6	37,50%
Diurno e Noturno	2	12,50%
Possui folga		
Sim	3	18,75%
Não	2	12,50%
Mediante a banco de Horas	11	68,75%

Fonte: Dos pesquisadores do estudo

4.2 Categorias elencadas por meio da entrevista aberta

Em relação à análise de dados qualitativa das entrevistas abertas, realizadas com os participantes, foi possível evidenciar as seguintes categorias como resultado da percepção dos participantes quanto as ações e serviços implementados em um hospital de pequeno porte durante o contexto pandêmico: 1^a) Conhecimento sobre o SUS 2^a) Competências 3^a) Ações 4^a) Saúde do Trabalhador 5^a) Organização do Trabalho e 6^a) Relações interpessoais e interprofissionais.

Ressalta-se que as categorias apresentadas foram construídas a partir da análise das falas dos participantes, seguindo de forma rigorosa as etapas de avaliação propostas por Bardin, sendo que ao final da análise, as ideias semelhantes foram agrupadas e representadas por meio das categorias apresentadas no contexto acima.

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos profissionais da saúde atuantes na atenção hospitalar durante a pandemia pela COVID-19

Desde a chegada da COVID-19, as mídias sociais têm divulgado o intenso trabalho exercido pelos profissionais da saúde atuantes na linha de frente por meio de uma visão “romantizada”. Os “heróis” e “heroínas” que tem trabalhado dia após dia em prol da vida humana contra a COVID-19, são profissionais que necessitam sim, de reconhecimento frente ao trabalho exercido. No entanto, é importante destacar a real situação de trabalho destes profissionais, enxergando que estes também estão sujeitos ao adoecimento pela COVID-19 por apresentarem características e fragilidades tanto pessoais quanto profissionais que impactam na sua saúde (Lima; Trindade, 2021).

Ao investigar as características sociodemográficas dos participantes pode se perceber uma prevalência de profissionais do sexo feminino, jovens, que em sua maioria declaram viver com um companheiro, média de filhos 2,9 mantendo renda individual entre três a quatro salários mínimos; em alguns casos, renda familiar superior a cinco salários mínimos.

Estes resultados são compreendidos pelos pesquisadores do estudo como decorrentes da classe trabalhadora neste estudo, a equipe de enfermagem, que no universo do trabalho representam uma categoria profissional com predomínio de atuação de profissionais do sexo feminino e com baixa remuneração, sendo muitas vezes necessário sua dedicação a outras atividades laborais para manter padrão de vida digno para seus familiares e filhos.

Nossos resultados se assemelham ao evidenciados por Souza *et al.*, (2021) que ao descrever o perfil epidemiológico de profissionais da saúde atuantes em uma UTI durante a pandemia da COVID-19, observaram entre a amostra estudada, a predominância de trabalhadores jovens, com média de idade entre 31 a 40 anos de idades; tempo de atuação profissional em média 13 anos e pertencentes a classe técnica de enfermagem.

Nos serviços de atenção primária em saúde, o perfil epidemiológico também se assemelha aos achados do presente estudo. Marinho *et al.*, (2022) realizou um estudo buscando evidenciar o perfil de profissionais da saúde atuantes nos serviços de APS durante a pandemia, observando que dentre os 259 entrevistados, a maior parte declara-se pertencente ao sexo feminino, com média de idade de 39,1 anos e atuantes na equipe

de enfermagem. Para estes autores, a profissão da enfermagem tem sido composta cada dia mais por profissionais considerados jovens que se iniciam no mercado de trabalho através da enfermagem por ser uma categoria que contempla grande parte do dimensionamento de pessoas dentro dos serviços de saúde.

Segundo Santos *et al.*, (2023) a predominância de profissionais pertencentes a equipe de enfermagem observada nos resultados deste estudo estão intimamente ligadas a importância do trabalho desenvolvido por esta categoria profissional no sistema de saúde público. Cerca de 59% dos profissionais atuantes nos serviços de saúde pertencem à equipe de enfermagem, logo, fica evidente que a enfermagem é uma profissão essencial para o bom funcionamento de instituições não só públicas, mas também para as privadas e filantrópicas.

Para Gomes *et al.*, (2020) estudos realizados durante a pandemia buscando evidenciar o perfil epidemiológico dos profissionais atuantes neste cenário tendem a evidenciar a prevalência de profissionais considerados jovens, tendo em vista que, muitos trabalhadores com idade mais avançada e presença de comorbidades foram afastados do exercício profissional em meio a pandemia por serem classificados como possíveis trabalhadores em situação de risco, logo, profissionais jovens e sem doenças crônicas assumiram o protagonismo da luta contra a COVID-19, enquanto que os com maior idade foram remanejados para atividades administrativas, ou foram afastados com o intuito de proteger a saúde do trabalhador durante a pandemia.

No que se refere a busca por uma remuneração digna, sabe-se que o contexto laboral dos trabalhadores pertencentes a equipe da enfermagem está condicionado a maior produtividade e baixa remuneração, fato este que justifica a busca por melhorias de renda individual e familiar através da exposição a duplas jornadas de serviço, com o intuito de alcançar valores salariais que proporcione conforto para o profissional e seus familiares (Santos et al., 2023).

Para estes autores, estar submetido a baixa remuneração é o principal fator que impulsiona os profissionais da enfermagem a buscar novas fontes de renda, em sua maioria caracterizadas como informais. Entre os trabalhadores da equipe de enfermagem, é comum o desenvolvimento de atividades fora de sua competência técnica como por exemplo: serviços de babá, cuidador de idosos, salão de beleza, diaristas de serviços domésticos, serviços na construção civil, seguranças privados, office boy entre outros. Tais atividades nomeadas pelos mesmos como “bicos” são reconhecidas como as

principais tentativas para adquirir uma melhor remuneração salarial, fato este evidenciado também, no presente estudo (Santos *et al.*, 2023).

No que diz respeito aos hábitos de vida, a amostra de profissionais da saúde participante neste estudo refere em sua maioria não fumar, não fazer uso de bebidas alcóolicas e praticar atividade física pelo menos três vezes por semana, sendo as atividades físicas desenvolvidas em academias as mais procuradas pelos integrantes de nossa amostra.

Embora o número de profissionais da saúde que referem praticar atividades físicas evidenciado no presente estudo seja considerado satisfatório pelos pesquisadores, estudos tem apontado que cerca de 59% de trabalhadores da saúde deixaram de praticar atividades físicas durante a pandemia, sendo a enfermagem a classe de profissionais considerada a mais sedentária entre os demais componentes da equipe multidisciplinar (Froes *et al.*, 2022).

Marcucci *et al.*; (2023) realizou um estudo, buscando analisar a associação entre a prática de atividade física, saúde mental e a percepção da qualidade de vida em profissionais de enfermagem de Ribeirão Preto, SP durante a pandemia da COVID-19; segundo os autores, dentre os 125 participantes do estudo, mais da metade dos participantes apresentou nível de atividade física considerado baixo e dois terços dos participantes ou estavam em condição de sobrepeso ou de obesidade.

Segundo Santos *et al.*, (2023) o sedentarismo observado em estudos que visam avaliar qualidade de vida da equipe de enfermagem está intimamente ligado as condições precárias ao qual estes trabalhadores encontram-se submetidos associado ao convívio com a dor e o sofrimento durante o trabalho. Essas duas variáveis fazem com que o trabalhador embora busque levar uma vida melhor através de boa alimentação e prática de atividades físicas, seja impedido por fatores decorrentes do exercício profissional por apresentar-se constantemente esgotado fisicamente e psicologicamente.

No presente estudo, observou-se baixa adesão há maus hábitos de vida como o tabagismo e o alcoolismo, no entanto estudos buscando identificar comportamentos autodestrutivos entre profissionais da saúde tem evidenciado a pressão dos serviços de saúde durante a pandemia influenciou significativamente o aumento do uso de substancias psicoativas entre os profissionais da saúde, em especial, entre os trabalhadores da equipe de enfermagem, que tem visivelmente aumentado o consumo de álcool; tabaco, benzodiazepínicos, maconha, ansiolíticos e opióides (Silva; Menegalli; Oliveira, 2022).

Segundo estes estudos, os possíveis fatores que justificam o comportamento mencionado estão intimamente ligados as condições de trabalho ao qual estes profissionais estão submetidos diariamente e que se ampliaram com a chegada da COVID-19. Para os autores, a sobrecarga de trabalho, estresse, ansiedade, depressão, medo de se infectar e infectar os seus familiares foram os principais elementos causadores de sofrimento psicológico entre a equipe de enfermagem que justificam a busca de alívio da tensão vivenciada no cigarro, bebidas alcoólicas e outras drogas (Silva; Menegalli; Oliveira, 2022).

No que diz respeito às características profissionais, observou-se que os participantes em sua maioria afirmam apresentar mais de um vínculo empregatício, atuando em outras atividades laborais ligadas ou não a área da saúde. A maior parte dos entrevistados pertence à classe técnica de enfermagem, com escolaridade equivalente ao curso técnico de enfermagem; exercendo suas habilidades e competências no pronto socorro da instituição investigada, média de tempo de atuação equivalente a 10, 68 anos.

Santos *et al.*, (2023) refere em seu estudo que o duplo e até triplo vínculo empregatício é uma realidade imposta aos trabalhadores de saúde, em especial a enfermagem, devido aos baixos salários destinados a esta área de atuação profissional. Desta forma, exercer atividades em duas ou mais unidades acaba sendo a alternativa para obter remuneração descente que proporcione melhores condições de vida. Uma pesquisa buscando retratar o perfil de trabalhadores de enfermagem no Brasil aponta que cerca de 25% destes trabalhadores atuam em dois empregos.

No estudo realizado por Fernandez *et al.*, (2021) com o objetivo de analisar as condições de trabalho e a percepção dos profissionais de enfermagem sobre sua atuação no contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil; os pesquisadores também evidenciaram uma amostra de trabalhadores que refere ter mais de um vínculo empregatício, pertencer a categoria profissional de técnicos de enfermagem e experiência profissional em média de dez anos.

Para Santos *et al.*, (2023) a classe técnica de enfermagem corresponde a mão de obra institucional e portanto, espera-se um número maior destes profissionais atuantes nos serviços hospitalares e demais serviços de saúde se comparado a profissionais de nível superior. A escolaridade mencionada também não é vista pelos pesquisadores deste estudo como novidade, tendo em vista que, por trabalharem sob extensas jornadas devido à baixa remuneração, há de se esperar que o profissional técnico de enfermagem entre no mercado de trabalho e apresente pouco tempo para investir em aprimoramento

profissional, haja vista que conciliar várias fontes de renda e cuidado com família e filhos, faz com que os estudos fiquem em segundo plano.

Neste estudo pode-se observar grande variedade de tipos de contratação, no entanto, prevaleceu profissionais que se declaram concursados e profissionais que referem atuar na instituição de forma terceirizada. Outras pontuações observadas dentre as características profissionais dos participantes foi o relato de folga apenas mediante a banco de horas, período de trabalho predominante diurno, sendo que a maior parte dos participantes declara exercer suas atividades no pronto socorro da instituição investigada.

As jornadas extensivas de trabalho, com pouco horário para descanso, associado a múltiplos vínculos empregatícios são características da precarização do trabalho em saúde que ocasionam cansaço físico e estresse ocupacional nos trabalhadores. Estes apontamentos são preocupantes, tendo em vista que durante a pandemia pela COVID-19, tais fatores são configurados como facilitadores da contaminação dos profissionais de saúde pelo novo Coronavírus no ambiente de trabalho (Fernandez *et al.*, 2021).

A desvalorização do trabalho evidenciado no campo da saúde é reflexo da política neoliberalista aplicada no contexto de brasileiros e brasileiras. Este modelo de gestão vende a ideia de tornar os trabalhadores livres e capazes de desenvolver atividades consideradas empreendedoras, no entanto, o que tem-se visto até o presente momento é a flexibilização dos direitos trabalhistas construído ao longo dos anos, com intensa redução dos salários e aumento da carga horária produtiva (Oliveira *et al.*, 2021; Marinho *et al.*, 2022).

No âmbito da enfermagem, os efeitos do neoliberalismo tem sido observados através da terceirização do trabalho, aumento das taxas de demissões, alta rotatividade de empregados; contratação de vinculação ao trabalho cada vez mais desprotegida retirando os direitos trabalhistas e constante sobrecarga de trabalho, elementos estes que contribuem com o adoecimento do profissional de saúde (Oliveira *et al.*, 2021).

Uma solução apresentada visando melhorar essa problemática que rodeia a equipe de enfermagem é abordada por Fernandez *et al.*, (2021). Em seu estudo, os autores sugerem que sejam realizados concursos públicos com o intuito de melhorar as condições trabalhistas para esta classe de trabalhadores, tal ação se implementada, visa promover não só a segurança para o profissional quanto aos seus direitos trabalhistas; bem como amenizar a relação submissa existente no trabalho da enfermagem, que pendura a anos.

5.2 Percepção dos atores sociais frente às ações e serviços implementados em um hospital de pequeno porte durante a pandemia pela COVID-19.

No que se refere às categorias elencadas, foram determinadas três categorias para retratar a percepção dos profissionais da saúde quanto ao seu trabalho na instituição no período pré-pandemia, bem como durante a pandemia, dando ênfase ao olhar do profissional no tocante, ações e serviços implementados na instituição durante a pandemia da COVID-19 e possíveis projeções futuras para a melhorias dos serviços de saúde após a vivência desta experiência.

5.2.1 Conhecimento sobre o SUS

A referida categoria foi elencada buscando verificar o conhecimento dos participantes acerca do SUS, seu funcionamento, responsabilidades de cada esfera governamental e qual o impacto das ações e medidas adotadas durante o controle da COVID-19. Percebeu-se por meio da entrevista aberta um desconhecimento de forma geral entre os entrevistados, quanto ao que vem a ser o SUS, sua organização, estruturação e aspectos importantes para a compreensão dos pros e contras sobre a atuação deste sistema de saúde, divulgados durante a pandemia.

No entanto, embora não tenha sido identificado nas falas dos participantes a determinação do SUS conforme descrito nos preceitos constitucionais e demais documentos legais, observou-se que características importantes deste sistema são reconhecidos pelos entrevistados como a gratuidade, acessibilidade, universalidade e a gama de serviços ofertados. As falas a seguir ilustram os apontamentos mencionados:

“É sistema único de saúde. Ele oferece muitos exames, muitas consultas, pois às vezes as pessoas não tem condições de pagar particular”. (P2)

“É um programa né, estratégia da família, ele presta serviço para toda população (P5)

As pessoas não precisam, assim, não tem essa dificuldade de acesso à saúde. As pessoas têm o acesso livre e não precisa assim, pagar. Ele é um sistema ótimo! Todos têm acesso”. (P9)

“Todo mundo tem direito ao SUS né, independente, de ser de outro município. Sempre quando vem gente de outro lugar, sempre é atendido” (P11)

“Dá toda assistência de saúde gratuitamente, tanto aqui no hospital como no posto de saúde” (P12)

“O SUS é o hospital, o pronto socorro, a enfermagem que cuida dos pacientes, a farmácia popular né, que dá remédio” (P14)

“SUS é um sistema universal de saúde né, isso ai é oferecido para a população” (P16)

Segundo Silva; Machado (2020) falar sobre o SUS significa colocar em pauta a maior e mais eficiente instituição de saúde do mundo, uma vez que, o SUS garante atendimento a todos os brasileiros e brasileiras de maneira universal, integral, descentralizada, equitativa e sem distinção. A criação do SUS em 1980 é considerada um passo decisivo para o modelo de atendimento à saúde no Brasil. Antes do SUS, o atendimento era seletivo e centralizado, porém, graças aos idealizadores desse sistema, hoje qualquer cidadão tem direito a recorrer aos serviços de saúde que compõem o SUS, principalmente os mais pobres e vulneráveis.

Para lidar com toda abrangência territorial e a gama de serviços ofertados pelo SUS, fica evidente a necessidade da integração de profissionais da saúde capacitados para gerir o funcionamento de todos os recursos disponibilizados pela rede. Atualmente, o foco da formação técnica e de ensino superior do nosso país tem sido voltado para o desenvolvimento de habilidades técnicas e assistenciais, visando garantir melhor abordagem ao paciente, deixando de lado a aquisição de conhecimentos frente a subjetividade e diversidade cultural das pessoas (Almeida *et al.*, 2016).

Esta deficiência implica de forma negativa no atendimento dispensado pelo profissional de saúde, que ingressa cada vez mais de forma precoce no mercado de trabalho, despreparado e com lacunas do saber que o impedem de atuar de forma multidisciplinar com os outros profissionais da rede, além de impedir que o mesmo coloque em prática os princípios e norteadores do SUS (Almeida *et al.*, 2016).

Para Oliveira *et al.*; (2023); Carvalho; Almeida; Bezerra (2016) a base do desconhecimento evidenciada neste estudo está relacionada com o modelo tradicional de ensino no Brasil, que se caracteriza por acúmulo de conteúdo e carga horária excessiva; sem associação entre as matérias e assuntos trabalhados. Este modelo de ensino faz com que haja desinteresse entre os alunos durante a sua formação, não motivando os mesmos a se aprofundar na temática após o término da graduação.

Geralmente os conteúdos destinados ao ensino do SUS são ministrados nos primeiros anos letivos, como matérias bases. Com o passar dos anos, o acadêmico tende a esquecer o conteúdo ministrado e não busca reforço de aprendizado por já ter sido aprovado na disciplina que abarca estes conteúdos. Logo, a não continuidade do aprendizado gera lacunas no conhecimento frente a temática SUS (Oliveira *et al.* 2023).

Neste estudo, observou-se a comparação do SUS com serviços do tipo convênios e planos de saúde. Esta equiparação é interpretada pelos pesquisadores como sendo decorrente da ampla cobertura de serviços prestados por esta rede, que tem buscado ao longo dos anos a resolubilidade de problemas de saúde, socioeconômicos e culturais. Este apontamento positivo sobre o SUS pode ser observado através das falas a seguir:

“Para mim o SUS é a melhor coisa. É um, é um convênio para todos e não tenho que reclamar nada nada do SUS” (P7)

“Eu sei que é um convênio né!” (P13)

A rede que compõe os SUS é ampla e abrangente, engloba não só a prestação de serviços de prevenção e promoção da saúde dispensados pela atenção primária, mas também serviços de média e alta complexidade como a atenção às urgências e emergências, a atenção hospitalar, as ações de vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e farmacêutica (Brasil, 2023).

A eficiência do SUS é comprovada por meio da análise da prestação de serviços que este sistema opera em todo o país. O SUS atende mais de 11 milhões de pessoas por dia, efetuando cerca de 127 procedimentos por segundo. A população por meio dos serviços que fazem parte dessa rede, tem acesso a ações e procedimentos que vão dos níveis mais simples aos mais completos, buscando manter a inclusão em todas as áreas no Brasil (Silva; Machado, 2020).

Para Krieger (2023) o SUS é reconhecido como a política social de maior complexidade dentre todas as políticas públicas que visam garantir o direito social e cidadania ao brasileiro, tendo em vista que, a saúde é um direito coletivo, um bem de todos e responsabilidade não só do Estado, mas também da própria sociedade.

Alguns dos participantes apresentaram uma visão negativa sobre o SUS. Para estes participantes o SUS representa um serviço de saúde que deveria ser para todos, mas que na prática não funciona. As falas a seguir demonstram esta evidência:

“Tem várias falhas né! Não é perfeito, porque nenhum sistema perfeito realmente. Mas o atendimento a essas pessoas mais carências, mais pobres elas têm essa vantagem de ter esse atendimento pelo menos primário” (P3).

“Conhecer o SUS como funciona eu não conheço. Ele é o melhor plano de saúde que existe, porém não funciona como deveria funcionar né” (P15)

Segundo Flauzino; Angelini (2022) o Brasil foi um dos primeiros países a promover por meio de legislação o acesso universal a saúde, entretanto, nenhum governo se propôs a deixar claro como o direito a saúde explicito no artigo 196 da CF de 1988, seria financiado. Atualmente, o financiamento do SUS é apontado como um dos principais desafios para que este sistema de saúde funcione conforme o esperado pelos seus usuários. Ao invés de cidadãos satisfeitos, o que tem-se observado ao longo de 30 anos de sua existência são longas filas de espera para atendimento e em muitas situações, observa-se mau atendimento ofertado a população.

Tentativas de correção para este problema tem sido elaboradas por meio da implantação de emendas constitucionais que visam organizar a contribuição por meio da aquisição de tributos pela União, estados e municípios. No entanto, a situação do desfinanciamento do SUS apresentou uma piora significativa com a implementação da emenda constitucional nº 95 que congela o valor de repasse dos recursos destinados a saúde por 20 anos. Esta emenda é conhecida também como a do teto de gastos, que tem reajustes anuais baseados na inflação (Servo *et al.*, 2020).

O impacto da referida emenda constitucional que fortalece o desfinanciamento do SUS ficou evidente durante a pandemia por meio de inúmeras vertentes. O decréscimo de investimentos em pesquisa representa um importante exemplo de impacto econômico para os serviços de saúde, tendo em vista que, o repasse de verbas que fazem a manutenção de laboratórios de pesquisas presentes em universidades públicas, que foi congelado, ocasionou prejuízo frente à finalização de pesquisas e novos protocolos já delineados, que poderiam ter auxiliado no contexto pandêmico (Abreu, 2020).

O subfinanciamento do SUS impactou, também, na distribuição e gestão de leitos de UTI. Segundo estudos, a cobertura de leitos de UTI no Brasil antes da pandemia, já era de fato considerada insuficiente, uma vez que é preconizado 10 leitos de UTI para cada 100 mil habitantes. De um modo geral, mesmo antes da pandemia, 64% das regiões de saúde ²do Brasil já se encontravam com número deficiente de leitos de UTI tanto públicos quanto privados. Com a instalação da mesma, 30% destas regiões de saúde ficaram ainda mais vulneráveis (Gleriano *et al.*, 2020).

² Região de Saúde o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Silva *et al.* (2020) refere, em seu estudo, que no Brasil, a pandemia consegue deixar claro a existência da desigualdade social, tendo em vista que, com a chegada da COVID-19, problemas já existentes como a escassez de equipamentos de proteção individual para os trabalhadores, a pouca informação e incertezas sobre o novo vírus entre outros, ficaram escancarados.

Alguns pontos que justificam a visão dos SUS como negativa se voltam para questões como: falta de equidade, conflito de interesses envolvendo a classe política e principalmente o subfinanciamento que assombra o SUS desde sua criação até os dias atuais. As falas a seguir, representam a referida evidencia:

“É um sistema universal né, onde deveria haver a equidade né; e geralmente não existe” (P1).

É muito deficitário, aqui nesta cidade não funciona bem, essa condição de equidade e tudo mais que são os pilares do SUS não funciona tá. Aqui tem muito que quem conhece, quem conhece Prefeito, quem conhece o diretor, quem conhece não sei que; acaba tendo alguns privilégios (P4)

*Os município ficam à mingua, muitos deles esperando que o estado repasse esse dinheiro aí fazendo com que os serviços fiquem deficitários
Infelizmente por falta de preparação técnica e conhecimento de muitas instituições municipais estaduais eles acabam não conseguindo ter acesso para o melhoramento financeiro (P6)*

O SUS é para todos né, só que não funciona, por quê, porque tem muito desvio de verba, médico ganhando pouco, profissional da área de saúde insatisfeito (P8)

Na prática ele é um pouco falho né, na maioria das vezes falta recursos. Ele tá, em questão de valores bem desatualizado, não recebe tanta verba Federal (P10).

O subfinanciamento é uma característica presente no SUS desde sua criação e seus impactos para a saúde do brasileiro são observadas de forma desigual entre os estados. Estes paradigmas estão relacionados com a implantação do SUS que não ocorreu de forma uniforme entre os estados e municípios, logo o que se vê são áreas com extrema vulnerabilidade social em que a população depende exclusivamente dos serviços disponibilizados por um sistema de saúde que não consegue atender as demandas populacionais de maneira equitativa (Sales *et al.*, 2019).

Para estes autores, o quadro político e econômico tem afetado de forma direta o funcionamento do SUS. Com o aumento da taxa de desemprego, cada vez mais brasileiros tem migrado de planos particulares de saúde para os serviços públicos, ocasionando assim, sobrecarga para o sistema. Logo, o SUS que já sofre com subfinanciamento, equipamentos em péssimas condições de conservação, infraestrutura física deficiente e recursos humanos insuficientes; fica mal visto aos olhos da comunidade (Sales *et al.*, 2019).

Infelizmente, embora o Brasil disponibilize a população um sistema de saúde que busca a prestação de serviços de saúde de forma gratuita, não conseguido na prática, viabilizar esta política para que o cuidado individual e coletivo seja ofertado a população como o esperado (Mendes; Abreu, 2022).

O desconhecimento sobre o SUS observado, pode estar intimamente ligado ao cronograma de capacitações profissionais e treinamentos realizados na instituição. Não ficou claro para os pesquisadores se existe na instituição investigada um cronograma de treinamentos e capacitações ofertados aos profissionais da saúde, apenas que elas acontecem. As falas a seguir representam a evidencia mencionada:

“Sim, eu tive capacitação” (P5).

“Eu fiz uma capacitação e as outras eu ficava dando apoio na instituição, nos atendimentos enquanto as pessoas ficavam lá fazendo as suas capacitações” (P6).

“Sim, sempre a gente tem curso de capacitação com a enfermeira RT” (P7).

“No hospital eu já fiz” (P11).

“Sim, recebemos sim!” (P13)

“Sim, tive sim” (P14)

“Sim, fiz. Eu posso até não saber falar direito quais foram as capacitações que eu fiz, mas a gente fez a capacitação” (P15)

“Teve sim, teve sim, várias enfermeiras que passou aqui, então a medida que elas foram adquirindo seu conhecimento elas foram passando pra gente” (P16)

Carvalho; Almeida; Bezerra (2016) referem em seu estudo que dentro das instituições de saúde, a realização de capacitações e treinamentos com o intuito de padronização do atendimento de saúde é comumente conhecido como educação permanente (EP). A EP trata-se de um método utilizado objetivando proporcionar o aperfeiçoamentos dos profissionais de saúde para que os serviços prestados sejam realizados com segurança e qualidade para o paciente, família e comunidade.

No estudo realizado por Barbosa *et al.*, (2023) os autores afirmam que a realização de treinamento adequado para os profissionais da saúde tem se configurado como uma importante ferramenta para a prevenção e controle da disseminação de doenças infecciosas no ambiente hospitalar. Profissionais devidamente capacitados apresentam maiores níveis de segurança frente as atividades a serem realizadas e baixo risco para o adoecimento profissional.

Sabe-se que as informações hoje em dia estão em constante processo de atualização, logo, para que os profissionais atuantes na área da saúde mantenham-se devidamente atualizados, a EP torna-se uma importante ferramenta para a transformação do cuidado, promovendo não só o desenvolvimento técnico, bem como crítico e reflexivo dos colaboradores (Carvalho; Almeida; Bezerra, 2016; Lima *et al.*, 2023).

Um ponto importante a ser ressaltado é a frequência em que estas capacitações e treinamentos ocorrem. Foi possível identificar neste estudo que os treinamentos e capacitações ocorrem com baixa frequência segundo alguns participantes, fato este que pode impactar de maneira negativa nas atividades desempenhadas dentro da instituição. As falas a seguir ilustram este apontamento:

“Se foi oferecido cursos para a gente né, foram oferecidos mas muito pouco” (P1).

“Ó! a gente, a gente aprendeu umas uns cursos que eles davam sim, na época do pastor ele começou a dar uns cursos para a gente depois parou” (P2).

“Sim! Sim! Fizemos curso, não agora! Fizemos antes” (P8).

“Sim, a gente participa de treinamento né para atualização de protocolos que na Instituição não é de forma frequente. Foram raros, mas teve sim” (P10).

Segundo Carvalho; Almeida; Bezerra (2016); Oliveira *et al.*; (2021) a realização de EP deve ocorrer mediante a observação de situações durante a execução dos serviços, que na visão dos gestores, precisam ser transformadas para um melhor alinhamento do processo de trabalho.

No entanto, o cenário profissional tem-se apresentado com níveis defasados de aprendizado por parte dos profissionais da saúde, tal realidade é justificada pela realização de EP que não estão articuladas com a realidade profissional vivenciada no ambiente de trabalho, sendo ministradas apenas para contemplar o cronograma institucional e não com o real intuito de melhorar o ambiente de trabalho (Lopes *et al.*, 2020).

Neste estudo, observou-se que alguns dos entrevistados declaram não haver a realização de treinamentos e capacitações no hospital investigado, tal afirmativa configura-se preocupante sob o olhar dos pesquisadores, tendo em vista a grande importância que a realização de treinamentos e capacitações agrega para o funcionamento das equipes de saúde, principalmente no que tange a padronização das ações de saúde entre os membros da equipe multidisciplinar. As falas a seguir ilustram esta evidência:

“Aqui especificamente não. As capacitações a gente faz por fora né! Cursos, são congressos que nós profissionais corremos atrás” (P3).

“Não aqui dentro da instituição eu nunca fiz nenhuma” (P4).

“Aqui no hospital não” (P9).

“Aqui dentro da instituição não tem capacitação, aí eu procuro através do CRF meu conselho de classe” (P12).

Oliveira *et al.*; (2021) aponta possíveis justificativas em seu estudo que contribuem para a reflexão sobre os possíveis desafios para que a EP não seja realizada no ambiente de trabalho. Segundo estes autores a própria rotina da unidade faz com que os profissionais apresentem pouco tempo para planejar e reunir a equipe para realizar as discussões multiprofissionais. No entanto outros pontos como a falta de interesse pelos profissionais envolvidos tanto na elaboração, quanto na aquisição de conhecimento; outrossim a falta de compreensão dos profissionais acerca da importância dessa metodologia.

Silva; Candido (2018) revela em seu estudo que as altas demandas de atendimento fazem com que os profissionais priorizem o cuidado ao paciente e deixem a realização da EP para um segundo momento. Outro fator em destaque que justifica ausência de realização de capacitações e treinamentos por meio da EP se refere a falta de aparato tecnológico para auxiliar a elaborar reuniões mais criativas e com uso de metodologias diferenciadas.

Sabe-se que a responsabilidade para a realização de EP nos ambientes hospitalares e demais serviços de saúde tem sido atrelada a figura do enfermeiro, por este profissional ser o gestor dos serviços de saúde, no entanto, a responsabilidades para elaboração, planejamento e realização das EPs nas unidades de saúde é a equipe multiprofissional e não apenas o enfermeiro como muitos profissionais acreditam ser (Silva; Cândido, 2018).

A não realização de capacitações profissionais e treinamentos, bem como, a sua frequência ocasiona desorganização do trabalho. Preocupados com este aspecto, principalmente levando em consideração a pandemia da COVID-19, os pesquisadores questionaram os participantes quanto a realização de capacitações e treinamentos durante a pandemia. Como resposta ao referido questionamento, observou-se uma prevalência de negativas quanto a realização de capacitações e treinamentos durante a pandemia.

A maior parte dos entrevistados informa não ter recebido capacitação profissional para lidar com a pacientes infectados pela COVID-19 como demonstram as falas a seguir:

“De forma alguma! Nós não tivemos capacitação nenhuma. A gente começou a lidar com uma coisa diferente, que a gente não tinha conhecimento. No ato da pandemia, no momento que tava aquela coisa toda a gente não teve conhecimento nenhum!” (P8)

“Aqui não” (P9).

“Não, a gente não teve capacitação não” (P11).

“Aqui na instituição eu não tive treinamento, aqui eu fui fazendo de acordo com o meu conhecimento né, adquirido no decorrer da profissão e, fui observando os colegas né” (P13).

“Não. Não explicaram não, eles colocaram lá os EPIs e falaram que a gente tinha que usa, mas não falaram como” (P14)

“Nesta instituição que eu estou agora não tive. Não tive capacitação nenhuma, não tive instrução” (P15).

No estudo realizado por Oliveira *et al.*, (2021) com o objetivo de avaliar o conhecimento dos profissionais de enfermagem atuantes no contexto pandêmico sobre as especificidades da Covid-19; os autores evidenciaram entre os 50 profissionais entrevistados a maior parte destes apresenta conhecimento sobre aspectos relacionados a COVID-19, como: formas de transmissão, sinais e sintomas, diagnóstico e medidas de prevenção que foram em sua maioria adquiridos no ambiente de trabalho por meio de capacitações. No entanto esta realidade difere dos resultados evidenciados no presente estudo.

Segundo Santos *et al.*, (2021); Lima *et al.*, (2023) no início da pandemia, pouco se sabia sobre a COVID-19 e suas complicações; o entanto, com o ardo trabalho de pesquisadores frente a busca por informações que contribuíssem com o trabalho dos profissionais da saúde e com a minimização dos impactos da COVID-19 pelo mundo, as informações foram chegando e com elas a necessidade de elaboração de protocolos institucionais para atualizar profissionais e população de maneira geral.

Por meio da construção de protocolos, os serviços de saúde que investiram em capacitações profissionais para seus colaboradores, foram capazes de diversificar a assistência prestada, podendo realocar os funcionários em diversas unidades hospitalares, ampliando o cuidado prestado aos pacientes com COVID-19. Em contrapartida, as instituições hospitalares que apresentaram falta de qualificação profissional, associado a falta de informação, protocolos interdisciplinares e estrutura física deficiente, apresentaram grande dificuldade para enfrentar a COVID-19 durante a pandemia (Fernandes *et al.*, 2021).

Embora os entrevistados em sua maioria tenham apontado falhas de capacitação profissionais durante a pandemia, estes revelam não ter deixado de adquirir conhecimento

para lidar com a situação pandêmica. No que diz respeito as principais fontes de informação utilizadas pelos profissionais da saúde durante a pandemia, destaca-se à realização de cursos por meio da internet, leitura de artigos científicos; televisão e consulta aos concelhos de classe. As falas a seguir evidenciam as informações mencionadas:

“Na verdade eu não tive nenhuma capacitação tá, eu tive que recorrer né estudar entrar na internet fazer cursos, mas não foi oferecido nada pra nós” (P1).

“Aqui não! É como eu te falei a gente faz esses cursos fora daqui né, através da internet, através de outras instituições aqui especificamente não” (P3).

“A minha instrução foi questão de curso online artigo e a minha faculdade né, que eu acabei formando no Covid então tive a instrução da faculdade” (P4).

“Não, a gente não teve capacitação não. Eu adquirei foi em artigo, leitura via internet acompanhando assim em sites educativos” (P10).

“Aqui dentro da instituição não teve capacitação não. O que eu procurei foi através do meu Conselho de Classe e internet de outras instituições que eu pesquisei” (P12).

“Eu não tive esse tipo de assistência, eu vi, a gente muitas vezes assistia pela televisão e via o que estava acontecendo e a gente foi adquirindo aquilo pra gente entendeu?” (P16)

Ludwig *et al.*, (2022) relata em seu estudo que frente ao desconhecimento da COVID-19, as mídias foram as principais ferramentas para a transmissão e atualização de informações para o público em geral. Foi através de jornais, programas de televisão, revistas e redes sociais que a população e os próprios profissionais da saúde foram se familiarizando com a COVID-19, sendo possível compreender a gravidade da doença em si, bem como os principais mecanismos para se proteger do vírus.

Para Lima *et al.*, (2023) não só no contexto da pandemia da COVID-19, mas em qualquer situação que envolva doenças infecciosas, a implementação de medidas de prevenção e controle de contaminação faz-se relevante, no entanto a eficácia das ações implementadas requer treinamento adequado da equipe de trabalhadores.

Uma pequena parcela dos entrevistados refere ter recebido capacitação profissional para prestar atendimento aos pacientes infectados com a COVID-19. Esta realidade é reconhecida pelos pesquisadores do estudo como sendo decorrente da chegada de conhecimento sobre a doença, possibilitando assim a construção de protocolos institucionais e posteriormente, a realização de capacitações e treinamentos da equipe. As falas a seguir representam o dado mencionado:

“Sim, tivemos sim. Na época foi a enfermeira, ela passou para gente que a gente tinha que fazer desde do primeiro atendimento até na parte do óbito com o paciente” (P2)

“Sim, eu tive capacitação da questão do paramento né, como usar os EPIs, como separar os leitos né não misturar os pacientes né” (P5)

“Aqui foi apenas algumas, eu tive apenas uma foi sobre os testes né, em si e algumas orientações quanto isolamento realmente dos setores e tal” (P6)

“Sim. A capacitação foi dando de acordo com a necessidade” (P7).

Durante a pandemia da COVID-19, por se tratar de uma doença de caráter desconhecido, a realização de EP se tornou uma ação recorrente dentro das organizações de saúde. A medida que os conhecimentos da doença foram sendo construídos, planos de contingência estabelecidos e frequentemente atualizados, com a finalidade de evitar a contaminação pelo vírus dentro das instituições de saúde. A realização de EP foi considerada uma medida estratégica eficiente para a organização do trabalho durante a pandemia, principalmente frente ao combate das *fake news* (Vieira *et al.*, 2023).

Silva *et al.*, (2022) considera em seu estudo que a realização de treinamentos efetivos além de proteger os profissionais da saúde de se infectarem no ambiente de trabalho, promove também aperfeiçoamento das habilidades técnicas destes profissionais. Durante a pandemia pode-se observar dentre as principais dificuldades apresentadas pelos trabalhadores da saúde, relatos de como fazer o uso correto dos EPIs e qual a técnica segura para realizar a paramentação e desparamentação. Logo, o uso de intervenções educativas buscando treinar e aprimorar o conhecimento profissional possibilitou o desenvolvimento das habilidades necessárias para efetuar o manuseio dos EPIs, bem como o aprendizado do profissional quanto aos mecanismos para lidar com as restrições físicas impostas pelo uso destes equipamentos.

5.2.2 Competências

O desconhecimento observado entre os participantes do estudo sobre o SUS se estende para o campo político. Durante todo transcorrer da pandemia da COVID-19, muitas discussões acerca das ações e responsabilidades de cada esfera governamental foram colocadas em pauta. Neste estudo, os participantes apresentaram desconhecimento, no que diz respeito a atuação do governo federal, estadual e municipal durante a pandemia.

Ao analisar as falas, observa-se que os direcionamentos são atribuídos aos representantes políticos como: presidente e prefeito; sem necessariamente apontar a real responsabilidade de cada poder político. Logo, ouve divergências de opiniões baseadas na aceitação ou não dos candidatos e não como esperado, avaliando a medidas e ações implementadas.

Embora tenha ficado explícito o desconhecimento dos participantes quando ao papel do governo federal durante a pandemia, uma parcela dos participantes se posicionou quanto ao desempenho do Governo Federal relatando que estes colocaram as ações em prática de forma rígida, fazendo o que de fato podia ser feito, por se tratar de uma doença desconhecida. No entanto, de forma lenta e demorada, o que é apontado pelos participantes como um ponto negativo frente a atuação do governo federal. As falas a seguir ilustram a o relato dos participantes:

“Olha, o Federal eu acho que eles foram bem rígidos né” (P1).

“Na parte do governo federal ele fez o que ele pode” (P3).

“O governo federal nesse período não soube lidar com uma pandemia né, no meu ponto de vista foi muito mal direcionado tá!” (P4)

“O Governo Federal que deveria organizar essa diretriz de atendimento, antes de tomadas, demorou” (P6).

“O Governo Federal e Estadual, eu sou sincera, eu acho que até demorou muito para poder mandar recurso para nós!” (P7)

“O Federal é assim durante o início da pandemia ele foi assim bem devagar para tomar as atitudes. O ponto positivo do governo federal foi que a liberação do dinheiro de forma grande quantidade foram valor dos absurdo que foram liberados, mas em questão de atitudes ele foi bem lento bem defasado”. (P10)

No estudo realizado por Deos et al., (2023) os autores apontam uma crítica referente a atuação do Governo Federal durante a pandemia, principalmente no período de 2020 a 2021, anos em que as piores ondas da COVID-19 foram noticiadas. Infelizmente, para estes autores todas as ações do Governo Federal foram efetuadas priorizando a economia e não a vida da população brasileira. Os países que seguiram de forma rígida as medidas e ações de segurança implementadas pela OMS, como o uso de máscara, distanciamento social e vacinação de forma precoce, foram menos afetados pela COVID-19 economicamente.

O posicionamento pacífico do Governo Federal diante da pandemia, que dia após dia ocasionava um quantitativo maior de mortes, refletiu no campo social o conceito de

biopolítica elaborado pelo sociólogo Frances Michael Foucault. Segundo este pensador o Estado sob o ato de governar, apresenta por meio de suas ações o poder de deixar a população viver ou fazê-la morrer. O exercício deste poder foi observado durante o seguimento da pandemia pela COVID-19 quando o Governo Federal desenvolvia ações de forma lenta, sem comunicação entre os estados brasileiros, com atraso da vacinação, troca de ministros da saúde recorrente entre outras ações, logo, o atraso frente ao alinhamento das políticas públicas que poderiam ter favorecido a vida, diminuindo assim o número de óbitos, foi observado por muitos estudiosos como o uso do poder sobre os corpos, ditando que poderia viver e quem deveria morrer durante a pandemia (Araujo; Oliveira; Freitas, 2020; Bontempo, 2020; Freitas *et al.*, 2020; Foucault, 1999).

Para Foucault quando o Governo age criando ações para combater pandemia, a fome, visando a vacinação e a diminuição do desemprego, este Governo está atuando a favor da vida da população, ou seja, faz viver. No entanto, quando o mesmo Governo negligencia ações de saúde pública em meio a pandemia e age atrasando a resposta a esta emergência de saúde pública, ele faz milhares de pessoas morrerem por dependerem exclusivamente de uma sistema de saúde gratuito, que deveria atender de forma universal a população, mas que infelizmente, não dispunha de subsídios para salvar a população no momento em que a mesma mais precisou do seu direito a saúde. Logo, a atuação do governo durante a pandemia segundo Foucault fez com que muitos corpos considerados improdutivos viesse a óbito durante o contexto pandêmico (Araujo; Oliveira; Freitas, 2020; Freitas *et al.*, 2020; Foucault, 1999).

A atuação do Governo Federal foi por diversas vezes criticado em todo transcorrer da pandemia. Outro conceito frequentemente atribuído as ações tímidas e pacíficas adotadas pelo governo federal foi o conceito de necropolítica, elaborado pelo filósofo camaronês Achille Mbembe. Segundo estes filósofo, a necropolítica trata-se de uma política em que a morte é utilizada como um objeto de gestão, ou seja, o Estado faz a gestão sobre os sujeitos determinando não só quem deve viver, mas também quais corpos devem morrer e de que forma eles devem morrer (Bontempo, 2020).

Nesta perspectiva, em certos territórios a população está submetida a condições consideradas tão mínimas de sobrevivência que a morte se traduz como algo certo. Em seu estudo, o autor aponta que as populações que residem nas periferias, os negros, desempregados e refugiados são os principais alvos da necropolítica, tendo em vista que estes indivíduos não representam produtividade para o sistema capitalista e por isso podem ser descartados e excluídos (Bontempo, 2020).

Quanto as responsabilidades do Governo Estadual frente a pandemia, a maior parte dos participantes revelam não ter conhecimento das ações deste poder, o que faz com que o mesmo não seja visto como o protagonista frente a contenção da covid-19. Estes posicionamentos podem ser observados por meio das falas a seguir:

“O Estadual eu acho que poderia ter sido melhor” (P1).

“O Estadual assim eles seguiam diretrizes né, saiu a diretriz do SUS, eles liberavam alguma coisa, mas cada cidade ainda seguia de um jeito diferente da outra” (P4).

“Em relação ao governo estadual ele não foi o protagonista da Covid-19. (P10)

O Estadual desconheço” (P15).

“O Estadual eu não tenho conhecimento” (P16).

Embora a atuação da esfera estadual não tenha sido reconhecida pelos participantes, Araujo; Oliveira; Freitas, (2020) revela em seu estudo que diante da atuação pacífica do Governo Federal, coube aos Governadores e Prefeitos responsáveis pela gestão estadual e municipal colocarem em prática as recomendações da OMS para o controle da pandemia. Logo, todos os esforços realizados para equipar os serviços de saúde públicos e privados; a montagem e estruturação dos hospitais de campanha, a abertura de novos leitos de UTI, aquisição de respiradores, EPIs, incentivo ao desenvolvimento de produção científica para o desenvolvimento da vacina, foram ações mediadas por meio do governo estadual.

Alguns participantes ao manifestarem sua opinião sobre a atuação da esfera municipal, direcionando as ações e medidas colocadas em prática como sendo de responsabilidade única do prefeito e não de um corpo político formado por outras autoridades como: o presidente da câmara, vereadores entre outros. Logo, opiniões positivas e negativas foram apresentadas não só a respeito das ações e condutas colocadas em prática, mas de forma geral, avaliando como o prefeito conduziu os recursos públicos destinados a saúde durante a pandemia. As falas a seguir mencionam apontamentos positivos levantados pelos participantes:

“A parte municipal eu não tenho reclamação porque tudo que nós pedimos nós conseguimos, principalmente a parte de EPI, né!” (P3)

“O Municipal eu acho que sim eles mais ou menos o bom que o hospital conseguiu Separar uma área Covid, uma área no Covid para um hospital de uma cidade pequena muito bom isso. Tentar organizar o hospital do jeito que dava por causa de ser uma instituição pequena pra mim foi muito bom!” (P4)

“O município teve que socorrer do jeito que deu, teve adaptação para tudo, mas isso porque o município correu atrás.” (P7)

“Em relação ao Município, onde eu moro e estou atuando, a gente trabalhou da forma que deu né, o prefeito em si ele liberou verba da forma que deu é uma cidade pequena então não entra muito dinheiro não dá para fazer milagre a gente precisava de muito mais recurso a gente tivesse muito mais recursos de materiais financeiro dava ter salvo muito mais vidas” (P10).

“Eu posso falar mais pelo Municipal, porque aqui teve muita participação da prefeitura, tudo que podia ser feito foi feito” (P11).

“O nosso Municipal também trabalhou bem, fez o que ele pode fazer” (P15).

Com a ausência de liderança do Ministério da Saúde durante a pandemia, os municípios se viram na tarefa de assumir a responsabilidade frente a contenção a COVID-19 que se espalhou com extrema rapidez por todos os municípios do país. A pandemia coloca em visibilidade a vulnerabilidade econômica, social, ambiental e institucional; que os municípios brasileiros vem enfrentando desde antes da COVID-19 e que só agravaram com a chegada deste novo vírus (Sousa *et al.*, 2021).

Como o ente federativo mais próximo da população em meio a pandemia era a gestão municipal, estes passaram a ter protagonismo sobre as ações desenvolvidas durante a pandemia para resolver as principais demandas sociais apresentadas, enquanto os demais órgãos políticos estavam em desacordo (Matta *et al.*, 2021).

Alguns entrevistados apresentaram em suas falas a ideia de discordância acerca das estratégias adotadas no município visando controle da pandemia. Para os pesquisadores, a referida discordância é baseada na aceitação pessoal do prefeito da cidade, de modo que, aqueles que apoiam outros candidatos políticos se manifestaram de forma crítica perante as ações adotadas no hospital investigado. Esta realidade era esperada pelos pesquisadores, tendo em vista que o posicionamento político em cidades pequenas é de fato, mais perceptível. As falas a seguir representam esses apontamentos:

“Agora o pior de todos eu acho que foi o Municipal pior de todos, porque eles deixaram as coisas chegarem no limite para tomar atitude. Entendeu?” (P1)

“Os municípios e estados, secretário de saúde, fizeram manipulações da verbas sem efetivamente cuidar das doenças. É uma guerra de política misturada com a saúde do povo infelizmente.” (P6)

Tasca *et al.*, (2022) realizou um estudo observacional, exploratório, que utilizou metodologia qualitativa, com apoio de dados quantitativos, para analisar a resposta do Sistema Único de Saúde (SUS) à Covid-19 em três municípios brasileiros. Neste estudo pode-se observar que as medidas adotadas em cada município foram diferenciadas, se adequando a realidade epidemiológica, política e social de cada município. Para estes autores, a desorganização intergovernamental ocasionada pela atitude omissa do Governo Federal, fez com que a desigualdade socioeconômica definisse o curso da pandemia em nosso país, tendo em vista que, estados e municípios com alto nível de vulnerabilidade foram os mais afetados pela pandemia.

A realidade brasileira se opõe ao impacto da COVID-19 em países com baixo índice de vulnerabilidade, nesses países os mais afetados foram idoso e a população portadora de comorbidades; ao qual já se esperava uma resposta negativa por serem estas enfermidades, os principais fatores de risco para o agravamento da COVID-19 (Tasca *et al.*, 2022).

5.2.3 Ações

Observa-se que os participantes são capazes de identificar as medidas e ações colocadas em prática como, uso de máscaras, o distanciamento social e a vacina; todavia, não são capazes de apontar quem, ou quais representantes governamentais foram os responsáveis por colocá-las em prática. As falas a seguir possibilitam a visualização desta evidência:

“Foi bom graças a Deus assim deu para gente controlar né, eles terem paralisado tudo, o uso de EPIs continuo, gostei também, não deixar o povo ficar viajando, o povo ficar mais dentro da cidade dentro de casa foi muito bom!” (P2)

“A parte estadual acompanhou a parte do governo federal distribuindo as vacinas distribuindo os as EPIs né que todo mundo precisou né “(P3).

“Foi uma coisa bem planejada. Foi bem separado né, o uso de máscara foi muito importante, o distanciamento dentro da instituição, os leitos. O municipal, o prefeito assim, tomou muita providencia muito rápido, não deixou acontecer muito, separou, abriu outra ala no hospital, foi dois médicos, contrataram mais profissionais de saúde né, o médico atendia uma parte e o outro atendia outra né, pra não, aumentou mais os leitos né”. (P5)

“Eu não tenho que reclamar porque na hora de chegar a vacina para nós que é um município bem distante. No momento de chegar a vacina chegou, não faltou EPI pra gente. Não faltou, em momento algum, de entidade nenhuma, de governo nenhum, porque um mandava pro outro e chegava até a gente” (P8).

“Poderia ter sido melhor. Poderia ter investido mais em tecnologia Mas até que foi bom em relação a vacina” (P9).

“Então na época que surgiu a pandemia teve vários protocolos, sempre saía protocolos novos de tratamento medicamentoso, de prevenção, de uso de máscara, né de EPIs. Então teve divergência muita divergência de opiniões” (P12).

“Eu achei uma medida boa né. É um meio de conscientizar a população a ter mais cuidado né. Porque é um vírus que é, pelo contato né, então a gente tem que manter o distanciamento, uso de máscara né, se precisar sair só no último caso” (P13).

“Foi bem difícil pra todos né usar a máscara continua, mas era pra, pro bem da população usar máscara, ficar isolado, não ter festa, não ter, não poder ir no supermercado muita gente, foi difícil, foi muito difícil” (P14).

“O Federal ele, na época, eu achei necessário o fechamento de alguns comércios, o distanciamento em lotéricas, o uso de máscaras, o pessoal ficando dentro de casa, evitando fazer visita, evitando de sair de casa. Isso ai salvou muitas vidas” (P15).

“Pelo governo Federal houve muito aquele lockdown né, lavagem das mãos, uso de máscara. Isso foi em geral para todo mundo né. O municipal que foi o nosso aqui foi o uso de luva, avental, máscara né” (P16).

Segundo Araujo; Oliveira; Freitas, (2020) buscando evitar o colapso dos sistemas de saúde mundialmente, ao evidenciar que a COVID-19 espalhava-se rapidamente por todos os continentes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tomou a iniciativa frente ao combate da pandemia solicitando que diversos países adotassem medidas de isolamento social. Essas medidas consideradas simples, foram implementada buscando-se reduzir a disseminação do vírus pelo mundo, até que novas ações de caráter sanitário pudessem ser estabelecidas com o intuito de achatar a curva epidemiológica.

No Brasil, a implementação do distanciamento social, uma prática milenar simples porém, eficaz; gerou conflitos entre as esferas governamentais. Observou-se que a adoção das medida orientadas pela OMS gerou discordância entre representantes políticos e gestores dos serviços de saúde, fazendo com que o Brasil ficasse sem liderança em meio a pandemia. Muitas informações sobre a natureza do vírus foram divulgadas nesse período, provocando sentimento de urgência entre as demais esferas governamentais, no entanto, sem a atuação do Ministérios da Saúde para nortear as tomadas de decisão frente a contenção da COVID-19, estados e municípios se viram na

responsabilidade de conduzir suas próprias ações de forma isolada afim de evitar o aumento de mortes pela doenças (Feliciano *et al.*, 2020).

Em meio a toda confusão ocasionada por falta de liderança, as relações de poder existentes nas hierarquias presentes nos serviços de saúde usaram de sua autonomia para elaborar protocolos e estabelecer condutas de contenção a pandemia sem diretrizes claras. Neste enredo, foi possível observar a influência que o poder político exerce sobre a gestão de saúde, assim como, o poder que médicos e enfermeiros exercem sob a equipe de saúde. Com a divulgação de protocolos de saúde sem uma padronização prévia, profissionais da saúde e a própria população se viu desprotegida em meio a pandemia, onde as únicas armas a serem usadas contra o vírus foram: manter o distanciamento social, fazer a lavagem das mãos e manter o uso de máscaras de forma contínua (Feliciano *et al.*, 2020).

Finalizando esta etapa do presente estudo, os participantes apontar as ações e medidas implementadas no hospital investigado, demonstrando conhecimento sobre o que de fato contribuiu para o controle da pandemia. A separação dos setores, de ambulâncias e de equipes, visando evitar a infecção cruzada, por meio da criação da ala COVID-19 foram as ações com maior frequência de citações. Abaixo, segue as falas que aprovam o trabalho realizado no hospital onde o estudo aconteceu:

“Quando foi implantar a área do Covid. Nós fizemos uma reunião, que aí veio o prefeito, veio a secretária de saúde né, veio inclusive a coordenadora dos PSFs, a enfermeira responsável pela epidemiologia tá. E nós fizemos uma reunião onde nós chegamos à conclusão que deveria ser aberto uma ala para COVID porque se não os nossos pacientes iam acabar morrendo na rua, né” (P1)

“Achei muito bom atitude que eles tomaram porque assim, não tava misturado. Cada paciente teve seu tratamento no devido setor que ele tinha que ficar. Essas estratégia foi boa, ajudou um pouco” (P2).

“Aqui foi muito bem feito na minha opinião, houve divisão de setor né! Tudo que foi pedido pelos médicos eles providenciaram, né. Os médicos também foram ajudados aqui, outros colegas vieram para ajudar, foi dividido também a ala de internação, foi separado” (P3)

“Então, foi tudo certinho, foi tudo bem separado né a gente não misturava nenhum alimento, era tudo certinho. A gente teve bastante capacitação, a gente foi bem orientado quanto a isso, então não tinha perigo de ser infectado, tanto que na minha equipe ninguém foi infectado” (P5)

“Então, a nossa unidade ela contratou mais funcionários, que eram poucos. Enfim, igual eu te falei anteriormente, separaram as alas, tudo muito bem organizado” (P8).

“As adaptações foram as mudanças das estruturas né, os quartos, eles mudaram. Antes eram quartos menores, mudaram a estrutura. A estrutura física ampliou bastante” (P9).

“Teve que abrir aqui duas alas diferente. Aprendemos muita coisa diferente, foi muito estudo. Fomos adaptando tudo” (P11).

“Então, nesta instituição no começo da pandemia foi separado. Fizemos duas áreas né, uma área só para Covid e a outra para pacientes com outras doenças né. Teve dois médicos, tivemos uma equipe separada só para Covid e a outra pra outra área, duas ambulâncias, foi tudo separado” (P13).

“Aqui foi separado as alas né, a ala Covid ficou bem separada da ala de internação normal. Então, aqui foram separados em dois setores né, de um lado atendia só o Covid e do outro as internações normais. Embora a agente não tenha tido tanto treinamento assim, certo? Mas, foi instalado, foi feito tudo na medida do possível pra poder receber o paciente que estava contaminado” (P15).

“Então, os testes, foram, começaram a ser feitos tudo aqui né, as ambulâncias também foram separado, tinha ambulância só do Covid então ia buscar as pessoas em casa e levava em casa né. Se fosse caso de internação eles também eles trariam pra cá” (P16)

Segundo Garcia *et al.*, (2021), visando promover atendimento as vítimas da COVID-19 de maneira rápida afim de evitar suas complicações, o ambiente hospitalar precisou ser reestruturado. Logo, ações como a elaboração de protocolos, treinamento de profissionais, uso de EPIs e lavagem correta das mão que já faziam parte da rotina dos profissionais da saúde tiveram que ser intensificadas. O grande desafio inicialmente, foi a separação dos atendimentos, afim de garantir que todos pudessem se prevenir do vírus enquanto cuidavam dos infectados.

A descoberta do Sars-Cov-2 exige empenho de médicos, epidemiologistas e de todos os profissionais da saúde em identificar pacientes com sinais e sintomas de COVID-19, visando um melhor acompanhamento dos casos diagnosticados como positivo, evitando a ocorrência de novos casos. Na ausência da vacina, as principais medidas adotadas com o intuito de parar a transmissão do vírus foram a adoção de medidas classificadas como não farmacológicas. A utilização do isolamento, foi uma importante estratégia adotada durante a pandemia, pois trata-se da ação de separar pessoas doentes de pessoas não doentes, com o objetivo de reduzir a transmissão viral (Aquino *et al.*, 2022; Cardoso *et al.*, 2021).

Além do isolamento outras estratégias foram empregadas buscando prevenir a transmissão da COVID-19 enquanto a vacina não era produzida. Dentre as principais medidas preventivas estabelecidas, destaca-se: lavagem das mãos frequente com água e sabão ou álcool 70%; evitar tocar na boca, nariz ou olhos; limpeza de superfícies com etanol 70% ou hipoclorito (0,1%); usar máscaras faciais, cobrir nariz e boca como cotovelo dobrado ou um lenço de papel ao tossir ou espirrar; manter o distanciamento físico entre os indivíduos através de métodos que incluem quarentenas, restrições de viagem, fechamento de escolas e locais de aglomeração (Macedo, 2020).

Percebeu-se por meio das falas de uma das participantes que algumas ações não existentes no hospital investigado antes da pandemia necessitaram ser implementadas a

fim de garantir segurança e qualidade de assistência aos pacientes infectados pela COVID-19 como um serviço de triagem; controle adequado de insumos e a contratação de um fisioterapeuta para auxiliar nos atendimentos de emergência e reabilitação do participantes. A cobrança de todas as ações de forma rígida e estratégica também é vista pelos colaboradores como uma medida eficaz frente ao combate e controle da pandemia. As falas a seguir ilustram essa evidencia:

“Eu acho que uma coisa que ajudou bastante foi, tinha uma triagem pequena da enfermagem. Questão de medicação aqui era muito boa tá, medicação aqui eu acho que nunca chegou a faltar nada. Uma coisa boa foi eles contratarem um fisioterapeuta que vinha aqui todo dia quando tinha intubação ele vinha correndo” (P4)

“Assim, eu acho que teve bastante mudança bem significativo, sabe? Conforme teve aquele auge da pandemia, estava tudo assim bem rigoroso. Teve normas, teve mudanças nas rotinas” (P7)

Entretanto, estudos realizados buscando descrever a percepção dos profissionais de saúde sobre a assistência no contexto da pandemia por Covid-19, tem mostrado em sua maioria, uma realidade assustadora vivenciada pela maior parte das instituições de saúde, não só no Brasil, mas em vários países da Europa. O que tem sido divulgado são ambientes lotados de pacientes, com estruturas inadequadas para o atendimento, escassez de insumos e falta de funcionários devido as altas taxas de absenteísmo, gerando assim, sobrecarga de trabalho (Oliveira *et al.*, 2021).

Para Souto (2020) as ações adotadas frente ao controle da disseminação do vírus seguiram três etapas distintas, mas que unidas, foram eficazes no combate a COVID-19, para muitos países que seguiram à risca, as estratégias recomendadas pela OMS. Num primeiro momento foi sugerido realizar a contenção do vírus, por meio da identificação e isolamento de pessoas que vinham de regiões onde os surtos da doença estavam sendo noticiados. A referida estratégia foi adotada buscando evitar que uma possível epidemia viesse a se tornar uma pandemia.

Com o avanço da COVID-19 e aumento de casos, estratégias denominadas mitigação foram colocadas em prática, como a paralisar o calendário educacional e proibir a realização de eventos e demais formas de aglomeração buscando diminuir o pico da epidemia através da diminuição da circulação do vírus. Buscando auxiliar na contenção do vírus, foram colocadas as estratégias de supressão dos casos identificados como positivos por meio da implementação da quarentena e da fiscalização rigorosa por parte das esferas governamentais (Souto, 2020).

Logo, observa-se que a contratação de mais profissionais, implantação do serviço de triagem; controle adequado de insumos e a contratação de um fisioterapeuta para auxiliar nos atendimentos de emergência e reabilitação do participantes foram medidas adotadas, baseadas em condutas já utilizadas de forma tradicional frente ao combate de pandemias, que ao olhar dos atores sociais, foram adequadas para o momento vivenciado.

5.3 Implicações das ações e serviços implementados em um hospital de pequeno porte durante a pandemia pela covid-19 para saúde do trabalhador

Por meio das análises das falas dos participantes frente a sua percepção sobre as ações e serviços implementados em um hospital de pequeno porte durante a pandemia da COVID-19 foi possível a construção de três categorias distintas que auxiliaram os pesquisadores a compreender a relação entre as ações implementadas buscando controlar a pandemia e a repercussão das mesmas para a saúde dos atores sociais, os trabalhadores que colaboraram com a realização do presente estudo.

5.3.1 Saúde do trabalhador

A preocupação com a saúde do trabalhador nunca foi tão divulgada como em tempos de pandemia. Ainda não está bem definido quais os reais impactos a COVID-19 trará para aqueles que a contraíram, bem como para aqueles que se disponibilizaram a cuidar das vítimas da COVID-19. Buscando uma melhor compreensão sobre como este agravo repercutiu na vida dos participantes, seja nos campos físicos ou psicológicos, questionou-se os entrevistados quanto sua exposição ao vírus durante a pandemia. Em sua maioria, estes referem não ter contraído o vírus da COVID-19, como apontam as falas a seguir:

“Não! graças a Deus até no momento não”. (P2)

“Não! fiz vários exames, todas as vezes que eu ficava resfriada eu fazia, mas sempre deu negativo” (P3).

“Não! fiz vários exames, todas as vezes que eu ficava resfriada eu fazia mas sempre deu negativo” (P4)

“Não”. (P5)

“Não. Lá em casa felizmente ninguém pegou” (P6).

“Eu fazendo o teste nunca. Todas as vezes que eu fiz deu negativo, mas eu tive sintomas sim!” (P7)

“Não” (P9)

“Não” (P12).

“Não, eu não tive Covid. Nenhuma vez”. (P16)

Embora neste estudo tenha-se observado baixo índice de infecção pela COVID-19 entre a classe de trabalhadores da saúde, esta realidade difere de estudos voltados para a casuística de casos de infecção entre profissionais de saúde. Em países asiáticos, europeus e norte-americanos, até meados de abril de 2020, foram registrados cerca de 3019 casos de profissionais infectados, com um total de 10 óbitos durante este período. Segundo a Anistia Internacional, até setembro de 2020, cerca de sete mil trabalhadores de saúde foram a óbito vítimas da COVID-19, sendo o México o país com maior número de mortes, um total de 1320 óbitos registrados (Cardoso *et al.*, 2021).

Nos Estados Unidos da América, o cenário não foi diferente, o número de óbitos entre profissionais da saúde durante a pandemia alcançou a margem de 1077 óbitos no ano de 2020. No Brasil, os índices de morbidade e mortalidade pelo vírus também se mostraram elevados, desde o início da pandemia, foram registrados 639 óbitos entre profissionais da saúde, tendo como causa da morte a infecção pela COVID-19 (Cardoso *et al.*, 2021).

Segundo Oliveira *et al.*, (2021) analisando somente a área da enfermagem, os registrados apontam prevalência de 79,38% de casos nesta classe trabalhadora, identificados entre os meses de março e dezembro de 2020. No ano subsequente, 2021, entre janeiro a julho, a estimativa de casos confirmados na equipe de enfermagem foi de 11.878, com um total de óbitos de aproximadamente 838 profissionais no País.

Considerando que a maior parte dos participantes mencionou não ter se infectado com a COVID-19, cabe ressaltar que nem todos os profissionais entrevistados tiveram a mesma sorte. Aos que se infectaram com o vírus, observa-se o relato de infecção por mais de uma vez, esta realidade pode ser observada por meio das falas a seguir:

“Sim, duas vezes. Mas não precisei ficar internada” (P8).

“Fui pegar agora no fim da pandemia né. Tive Covid agora recentemente, mas graças a Deus estou bem” (P13).

“Sim, eu tive a Covid. Peguei uma vez só. Fiquei em casa isolada, com meu marido, meus filhos, mas não precisei ficar internada” (P14).

“Sim. Uma vez” (P15).

Os profissionais de saúde que atuaram durante a pandemia da COVID-19 representam o principal grupo de risco para a infecção com o vírus. Durante o exercício profissional, estes se encontram diretamente expostos por efetuar ações de saúde aos pacientes infectados, o que faz com que recebam, durante o trabalho prestado, uma alta carga viral (milhões de partículas de vírus). Além disso, outros fatores inerentes a execução do trabalho podem favorecer o risco de infecção profissional, como o estresse ocasionado pela grande demanda de pacientes a serem atendidos, o atendimento prestado a muitos pacientes em situação grave e a exposição de sua saúde por desempenhar atividades em condições de trabalho inadequadas (Teixeira *et al.*, 2020).

Pretto *et al.* (2022) aponta em seu estudo um importante elemento que favorece a contaminação no ambiente de trabalho, o tempo de contato entre profissional e paciente, tendo em vista que, quanto maior o tempo de exposição durante os cuidados, maior a chance de infecção pelo vírus, mesmo estando fazendo uso dos EPIs de forma adequada. Outros elementos que favorecem o contato com o Sars-cov-2 se refere ao compartilhamento do mesmo ambiente de trabalho, o desrespeito as medidas de prevenção a infecção e a participação em procedimentos como a intubação orotraqueal.

Segundo a literatura científica, situações de negligencia presentes no trabalho também colocam o profissional de saúde em risco como: escassez de EPIs associada a sobrecarga de trabalho. A falta de equipamentos adequados e o número exacerbado de pacientes a serem atendidos, faz com que muitos profissionais “improvisarem” ações de saúde durante a assistência, logo, ao quebrarem as regras em prol do cuidado, estes se colocam em risco a favor da vida humana (Ludwig *et al.*, 2021).

Outro aspecto importante que pode ser observado por meio das falas dos participantes que referem ter se infectado com o Coronavírus, está intimamente relacionado a gravidade e agressividade em que a doença se manifesta, fato este que justifica o quantitativo de mortes ocasionado pela COVID-19. Esses aspectos vivenciados pelos participantes que tiveram esta experiência pode ser visualizadas através das seguintes falas:

*“Tive, tive duas vezes.
A primeira vez que eu peguei foi em 2020, que foi no auge do COVID né. É, não tinha vacina tá; e eu
achei que eu fosse morrer de verdade! Porque assim, eu fiquei mal né, eu não conseguia levantar da
cama sabe!” (P1)*

“Tive, tive duas vezes Covid-19. Na primeira vez quase que eu fiquei internado” (P10).

“Tive duas vezes testado. Sem internação, mas a primeira vez que eu peguei eu fiquei bem ruim” (P11).

A COVID-19 se mostrou como um agravo de saúde imprevisível. Sua apresentação clínica apresentou variações, desde casos leves considerados assintomáticos, a casos graves que evoluíram para síndrome respiratória aguda grave e morte. Até o presente momento, o que se sabe é que a presença de comorbidades como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares, agravam a progressão da doença (Anghebem; Rego; Picheth; 2020).

Embora não seja possível identificar ao certo quais são os reais impactos da infecção ocasionada pela COVID-19, bem como quais danos o agravo pode ocasionar, observou-se por meio da realização do presente estudo que os participantes conseguem identificar alterações significativas em sua saúde física, cognitiva e mental pós pandemia. As falas a seguir ilustram as principais alterações observadas de âmbito físico citada pelos participantes do estudo:

“Olha, depois que eu tive COVID eu, afetou muito meu problema pulmonar e até hoje eu sinto isso tá, eu tive que fazer a fisioterapia respiratória” (P1).

“É, até que tá boa, a única coisa que eu adquiri nessa correria foi diabetes, porque a gente não come direito, a gente trabalha que nem louco” (P2).

“Depois disso, eu sinto não tô assim, com diabetes não, mas eu tô atenta, eu tô atenta porque o meu açúcar deu uma alteradinha sim!” (P7).

“Hoje em dia eu tenho colegas que ficaram com pressão alta, com diabetes. Aflorou o meu diabetes, que eu tinha um pré-diabetes e hoje eu sou diabética” (P8).

“Quando começou a Covid, eu comecei com crise de vesícula” (P14).

“Uns três a quatro meses eu vim a descobrir que eu desenvolvi o diabetes. Eu tive que sair da unidade que eu trabalhava, da UTI do Covid por causa disso. Eu ficava muito abalada, a pressão subia, mas agora eu tô bem, tá tudo controlado” (P15).

No estudo realizado por Merz; Gholizadeh, (2022), os autores relatam que embora muitos pacientes com diagnóstico de COVID-19 apresentem boa evolução clínica, tem sido comum entre as vítimas da COVID-19, o relato de sensação de fadiga e falta de ar persistente em cerca de 87% destes. Outras queixas mencionadas entre os pacientes no período pós-COVID-19 se refere a dor de cabeça, tontura, distúrbios do sono e perda ou distorção do paladar e do olfato.

O excesso de medidas de proteção também ocasionou agravos físicos aos profissionais da saúde. Devido as grandes exigências frente ao uso de máscara N95 e a

lavagem das mãos exigidos pelas instituições, muitos profissionais apresentaram como danos físicos lesões cutâneas, dores de cabeça, dermatites e eczemas decorrentes do uso de EPIs (Pretto *et al.*, 2022).

No que diz respeito a ocorrência de diabetes entre profissionais de saúde, bem como o agravamento dos casos já pré-existentes, Anghebem; Rego; Picheth (2020) relatam em seu estudo que o principal mecanismo de entrada do Sars-Cov-2 nas células humanas é através da proteína transmembrana ACE-2 (enzima conversora de angiotensina 2). Esses receptores encontram-se principalmente situados em células pulmonares, porém, podem ser observados em outros órgãos como: no intestino, fígado, rins e pâncreas. Logo, é possível acreditar que a COVID-19 ocasione não só a complicação de quadros já pré-existentes de diabetes, bem como o desencadear esse agravo, tendo em vista a desregulação do metabolismo da glicose ocasionado pelo vírus ao invadir o organismo humano.

A ocorrência de diabetes e hipertensão segundo Galon *et al.*, (2022) pode estar relacionada também a mudança de rotina profissional, uma vez que, em virtude da grande demanda de atendimentos, os profissionais da saúde tiveram inúmeros prejuízos durante a pandemia, afetando horários destinados a alimentação e descanso dos mesmos, recursos importantes para manter a saúde do trabalhador durante o exercício profissional.

Logo, os sintomas experimentados por aqueles que se infectaram com a COVID-19 são preocupantes por se manterem persistentes e por contribuírem com o agravamento de doenças como ansiedade, depressão, sentimento de medo e solidão entre outros. A incerteza quanto a duração da pandemia pode provocar sentimento de sofrimento não só de pacientes que encontram-se com a infecção ativa, mas também naqueles que convivem com os efeitos prolongados da COVID-19 (Merz; Gholizadeh, 2022).

No entanto, quando se deseja retratar a saúde do trabalhador, em especial o da equipe de enfermagem, que foi a classe de trabalhadores prevalente neste estudo, a literatura demonstram como principais agravos para a saúde do trabalhados, os transtornos psicológicos. O entrevistados foram questionados quanto a sua percepção da sua saúde mental, sendo possível observar como comorbidades relatadas pelos mesmos a ansiedade, o estresse, crises de pânico, o cansaço e depressão. Esses aspectos podem ser melhor visualizados na falas a seguir:

“O fim do ano mesmo, eu já estava exausta. Tem dia que eu chego estressada em casa, final do ano passado mesmo, minha saúde mental era quase zero tá, até briga em casa já tive por estresse” (P4).

“O mental está destruído. Porque a gente vivenciou muita coisa, a gente teve perdas, nós perdemos colegas de trabalho, pessoas conhecidas” (P8)

“No meu caso, a minha ansiedade aflorou! Só ansiedade mesmo, a gente fica ansiosa. Ah! um pouco de pânico” (P9).

“A mental assim, eu fiquei meio assustado assim, porque a gente perdeu pessoas muito conhecido; muito próximo. Muita gente que, a gente tinha contato antes da pandemia e assim, eu vi morrer na minha frente.

A mental eu vi que ficou mais ansiosa. Eu já sou um pouco ansiosa e fiquei mais ansiosa e também, perda de memória. Eu peguei o Covid e depois eu fiquei com a cabeça muito ruim, eu to muito ruim de cabeça, tudo eu tenho que anotar” (P11)

“Eu sinto que eu estou mais cansada né, devido ao estresse né, muita morte né. Muitos pacientes que você achava que tava bom do nada o paciente falecia né, vinha á óbito. Foi um tempo muito complicado e eu acho que eu sinto até hoje, um cansaço” (P13)

“Mexeu muito com a minha cabeça. Ah! de ficar vendo aqueles pacientes tudo chegando, com falta de ar, precisando usar oxigênio, teve paciente que foi a óbito então, isso mexeu muito com a minha cabeça” (P14).

“Muita gente que teve, está tendo sequelas né, muita gente que teve vem aqui ainda com pânico, com medo ainda dessa doença. Eles ainda, ficaram com depressão, com medo entendeu?” (P16)

Com a pandemia, inicialmente acreditava-se que o maior fator de adoecimento psíquico para a população de maneira geral se relacionava ao distanciamento social e a quarentena imposta para indivíduos infectados. Entretanto, analisando as relações de trabalho, e em especial o trabalho dos profissionais da saúde que atuaram na linha de frente, observou-se que com a chegada da COVID-19, fatores de adoecimento inerentes ao trabalho em saúde foram ainda mais ressaltados (Costa; Griep; Rotenberg, 2022; Ferrari; Brust-Renck, 2021).

Costa, Griep e Rotenberg, (2022) realizou um estudo com o objetivo de analisar as associações entre a percepção de risco de adoecimento por COVID-19 e os sintomas de depressão, ansiedade e estresse em profissionais atuantes em unidades de saúde. Os autores evidenciaram que 59,2% dos trabalhadores, que participaram da pesquisa, referiram medo relacionado ao risco de ser infectado pelo vírus como o principal fator desencadeador de adoecimento psíquico durante a pandemia.

Para Fernandes; Lotta; Correa, (2021); Mendes *et al.*, (2021) o medo de ser infectado ou de transmitir o vírus para seus familiares e pessoas próximas é real. Portanto, para os profissionais da saúde, o impacto na saúde mental é ainda maior, por estarem lidando cara a cara com o vírus.

Um dos participantes apresenta um desabafo durante a entrevista, referindo como principal fator de adoecimento mental a pressão trabalhista sofrida e a falta de valorização profissional da equipe de enfermagem. As falas a seguir ilustram este apontamento:

“A gente ficou cansado, fadigado; principalmente a pressão trabalhista. A enfermagem é uma área que não é valorizada, nem depois da pandemia está sendo valorizado. A gente foi usado, fomos considerados heróis e depois a gente foi descartado, praticamente isso!” (P10).

O reconhecimento profissional da equipe de enfermagem foi efetuado mundialmente por meio de aplausos e homenagens. No Brasil, a valorização do trabalho de enfermagem foi ilustrado por meio da escolha de uma enfermeira brasileira para ser a primeira cidadã a receber a dose da vacina contra COVID-19. Todavia, essas singelas homenagens não podem ocultar situações de violência e precarização do trabalho sofridas ao longo dos anos pela referida classe trabalhadora. Ao mesmo tempo em que a sociedade aplaude esses trabalhadores, milhões de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares aguardam a valorização profissional não somente através de remuneração digna, mas por meio de melhores condições de trabalho (Ribeiro *et al.*, 2022).

Os pesquisadores do presente estudo também se preocuparam em investigar se os participantes conseguem avaliar a sua saúde cognitiva visando identificar aspectos de agravamento ocasionados pela COVID-19. Nas falas a seguir é possível observar que o esquecimento e diminuição da capacidade de memorizar informações, são os principais danos relacionados a COVID-19 apontados pelos participantes:

“Depois da Covid eu fiquei muito esquecida. E tive muita perda de cabelo. Eu fiquei mais abalada, mais esquecida sabe e com um pouco de energia de acho que a minha energia caiu bastante” (P3).

“As vezes eu esqueço das coisas, não sei se já é por causa da Covid mesmo, mexeu de mais com a cabeça de todo mundo né” (P14)

No que diz respeito a relação entre saúde cognitiva e a COVID-19, Guessier *et al.*, (2022) em sua revisão sistemática, buscando verificar as alterações cognitivas em indivíduos diagnosticados com a COVID-19, observou entre os 11 artigos selecionados, uma relação positiva entre COVID-19 e déficit cognitivo. Segundo estes autores, a inflamação sistêmica ocasionada pelo vírus causa declínio das funções cerebrais cognitivas em indivíduos recuperados das doenças por tempo indeterminado.

A tempestade de citocinas pró-inflamatórias ocasionada pela COVID-19 é capaz de desencadear complicações neurocognitivas, independente da fase da doença. As principais funções cognitivas alteradas em pacientes vítimas da COVID-19 são: memória,

atenção; concentração; linguagem, funções executivas e velocidade de processamento (Guesser *et al.*, 2022).

Para Santos *et al.*, (2023) as sequelas neurológicas e o comprometimento cognitivo ocasionado pela COVID-19 são decorrentes de múltiplos fatores. Em pessoas que desenvolveram a forma mais grave da doença, observa-se impacto cognitivo ainda maior do que em pacientes que adquiriram este agravo nas formas consideradas leve. A estatística aponta uma prevalência de 20% de pacientes graves com comprometimento das funções cognitivas a longo prazo.

Teoricamente, o Sars- Cov- 2 tem capacidade para invadir os neurônios, inibindo a produção de proteínas e mitocôndrias, o que faz com que quadros de degeneração e atrofia de estruturas cerebrais possam ser observados entre os pacientes meses e até anos após o contato com o vírus (Guesser *et al.*, 2022).

Neste estudo ficou evidente que a maioria dos entrevistados reconhecem os impactos em sua saúde ocasionada pela COVID-19. No entanto, cabe ressaltar que nem todos os participantes relatam ter comprometimentos de saúde relacionados a pandemia. Essa afirmativa pode ser acompanhada através das falas a seguir:

Eu não sou hipertenso, não tenho diabetes, não tenho transtorno; não tem nada graças a Deus! (P5)

A física está gasta! Mas ta bem, tô bem. A cabeça está bem está tranquila tô conseguindo controlar as coisas tranquilo a cognitiva também não vejo nenhuma, nenhuma alteração. Assim, é lógico né, bem cansado mas, não tô sentindo nada de mais não (P6).

Ah! de saúde física tô bem e também emocional. Eu não tenho nenhum problema (P12)

No campo da saúde ocupacional, algumas atitudes, quando colocadas em prática em situações críticas, podem atuar como medidas protetoras para a saúde do trabalhador. No estudo realizado por Barros *et al.* (2023) os autores destacam algumas estratégias individuais, organizacionais e da própria cultura do ambiente trabalho como ações protetoras para o adoecimento físico e mental. Para estes autores, buscar ser uma pessoa extrovertida, construir bons vínculos com os colegas de trabalho e manter níveis elevados de espiritualidade, foram ações que possibilitaram a sobrevivência de muitos profissionais da saúde durante a pandemia.

No estudo realizado por Ribeiro *et al.*, (2022) os autores ressaltam como pontos positivos adquiridos durante a pandemia da COVID-19 entre a classe profissional, a motivação para o aperfeiçoamento técnico e científico e o aumento dos níveis de resiliência e da criatividade para lidar com experiências consideradas críticas.

5.3.2 Organização do trabalho

No que diz respeito a categoria organização do trabalho, como esperado, a maior parte dos profissionais que participaram do estudo pertencem a classe de trabalhadores da enfermagem, no entanto, as rotinas se diferenciam quando questionamos técnicos e enfermeiros. A rotina do técnico de enfermagem é direcionada aos cuidados realizados diretamente ao paciente, independente do setor em que o colaborador esteja, como mostram as falas a seguir:

“Atuo em todos os setor, aí o enfermeiro que fala pra gente, sempre tá orientando a gente qual setor a gente vai fazer!” (P2)

Hoje eu chego, minha rotina de trabalho é assim, hoje eu chego, se tem algum paciente internado na clínica eu assumo a clínica né. Se não tiver nenhuma paciente na clínica médica a gente ajuda no pronto-socorro, a gente ajuda o outro colega no pronto-socorro né (P5)

Setor fixo nós não temos. Eu respondo pela Pediatria se tiver alguma intercorrência, mas assumo a clínica, pronto-socorro, um ajuda o outro não tem setor fixo não (P7).

O meu setor é a clínica médica, mas eu não fico só na clínica médica. Precisou na Pediatria eu ajudo, precisou no Pronto Socorro eu ajudo precisou transferir paciente vou para pronto-socorro se eu tiver disponível eu vou e enfim, a gente trabalha em todos os setores (P8).

Bom, eu no momento eu estou aqui na clínica médica, é, ajudo também no pronto socorro e quando há crianças aqui na pediatria, é, eu sou solicitada também para pediatria (P15).

Eu trabalho no setor do pronto atendimento né. Ai quando não tem serviço aqui no pronto atendimento eu vou na clínica, eu ajudo na clínica o modo que precisa lá do serviço. As vezes faço serviço na pediatria (P16).

Para compreendermos a organização do trabalho em saúde e principalmente, a organização do trabalho da enfermagem, é preciso que aspectos históricos envolvidos na institucionalização da enfermagem como profissão sejam recordados. A enfermagem tem seu primeiro reconhecimento como arte do cuidar por volta do século XIX, quando Florence Nightingale, através de saberes práticos e administrativos executa ações de cuidado no ambiente hospitalar em meio a uma guerra (Lorenzetti *et al.*, 2014; Figueiredo *et al.*, 2022).

A partir desse momento histórico, a enfermagem passa a ser reconhecida como profissão e necessita ser organizada em categorias, tendo em vista que o seu exercício profissional abarca tanto competências técnicas, quando administrativas, visando como objetivo único, promover o cuidado ao paciente. O trabalho de gestão dos serviços de saúde é destinado ao enfermeiro, que por meio de suas habilidades e competências, faz a administração dos recursos disponibilizados para saúde, executando ações sistematizadas

para que todas as ações do processo de enfermagem seja colocado em prática. Aos técnicos, estes promovem todas as atividades de caráter manual, realizando as técnicas e procedimentos de saúde necessárias ao cuidado do paciente (Lorenzetti *et al.*, 2014).

A organização do trabalho, ou seja, a divisão das tarefas é realizada respeitando aspectos importantes intrínsecos onde a enfermagem executa sua atividade principal, o cuidado. As escalas de serviço, ou conteúdo da tarefa a ser realizado, são elaboradas considerando o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder existentes entre a categoria e o grau de responsabilidade e preparação técnico-científica do profissional. Logo, a divisão do trabalho entre os membros da equipe de enfermagem é realizada de acordo com a necessidade de atendimento presentes na organização, onde os profissionais atuam conforme a demanda apresentada, visando sempre o cuidado do paciente (Figueiredo *et al.*, 2022).

No entanto, sabe-se que a responsabilidade de elaboração da escala de trabalho, bem como todo o direcionamento da equipe de enfermagem é uma competência profissional dos enfermeiros. Os enfermeiros, assim como os técnicos são profissionais capacitados para desenvolver atividades de cuidado tanto assistenciais quanto de gerenciamento, logo, estes profissionais acabam por desenvolver suas atividades em todos os setores, assim como os técnicos, como demonstram as falas a seguir:

“Sou responsável por tudo. Eu sou responsável pelo paciente que foi mal atendido né até o profissional que fica doente para poder solucionar todos esses problemas” (P1).

“Organizo tudo que tem que ser feito né a gente programa certinho como que vai ser o trabalho aqui. Aqui tem Clínica Médica, Pronto Socorro, Pediatria, eu atuo em todas as partes” (P9).

“Sou enfermeira assistencial. Ah! a gente faz de tudo lá” (P11).

O enfermeiro no contexto hierárquico da enfermagem é o coordenador da equipe de enfermagem e abarca como principais atividades a realização da organização e planejamento do trabalho. Dentre as funções com maior grau de relevância desenvolvidas por este profissional, cabe ao mesmo gerenciar e executar ações de saúde tanto em âmbito individual quanto coletivo; supervisionar a assistência direta realizada ao paciente; realizar ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação; articular ações intersetoriais; desenvolver atividades de educação em saúde entre outras (Lopes *et al.*, 2020).

O exercício profissional da enfermagem é permeado por atividades gerenciais e assistenciais. O desenvolvimento de ambas competências citadas perpassa o ensino e a

pesquisa, fazendo com que o enfermeiro perante a equipe multiprofissional exerça o papel de gerenciador do cuidado (Treviso *et al.*, 2017).

Embora a práxis da enfermagem abarque a ideia de que gerenciamento e assistência sejam realizados de forma separada, ao analisar a dimensão do trabalho desta categoria, percebe-se que há ligação entre o ato de gerenciar e o ato de assistir o paciente, logo, ambas ações sempre são executadas de forma conjunta, desconstruindo este olhar de divisão entre enfermeiro gestor e enfermeiro da assistência (Mendes *et al.*, 2022).

O estudo foi realizado em um hospital de pequeno porte onde a unidade do pronto socorro ganha destaque entre a fala de alguns dos participantes quando questionados sobre a sua rotina de trabalho. Este setor exerce grande importância para o hospital por representar a porta de entrada do paciente para o serviço de saúde quando a atenção primária de saúde encontra-se fora do horário de funcionamento. Portanto, é esperado que as demandas de atendimento sejam maior nesta unidade e necessite de maior atuação profissional. As falas a seguir, destacam as evidências encontradas:

Aqui no hospital só o serviço de pronto socorro né! Então a gente faz o serviço de 12 horas por dia (P3)

Bom, minha rotina de trabalho basicamente é plantão de pronto-socorro. Minha rotina basicamente é 12 ou 24 horas de plantão (P4).

Eu trabalho direto na área de atendimento de enfermagem, na emergência do hospital (P6).

Hoje eu tô trabalhando na escala 12/36 diurno, estou atualmente no pronto-socorro (P10)

Ah! no pronto socorro eu chego, vou conferir a caixa de psicotrópico com a minha companheira de serviço e depois fico nas medicações, os pacientes passam com a doutora, depois ela passa medicações e eu faço, e, e assim vai indo (I4).

O SUS no Brasil é organizado em três níveis de atenção à saúde, sendo dividido em: atenção básica, atenção média e atenção de alta complexidade. A referida divisão é realizada para atender os diferentes demandas de saúde apresentados pelos usuários do SUS, sendo que, esses componentes da rede devem atuar de forma individual, buscando ser resolutivos frente aos problemas apresentados; bem como de forma conjunta, integrando a rede de Atenção às Urgências e Emergências (Oliveira *et al.*, 2015).

Segundo Paiz *et al.*, (2021) o pronto socorro dentro da rede de atenção às Urgências e Emergências é considerado como porta de entrada para que o usuário tenha atendimento pelo SUS, em situações de risco eminente de morte. Estas unidades são estruturadas com o objetivo de prestar atendimento imediato aos pacientes que

apresentam situações de saúde consideradas graves e que necessitam de atendimento com agilidade profissional e de forma humanizada.

Por ser visto como porta de entrada quando os serviços de atenção primária a saúde encontram-se fechados, é grande a procura destes serviços pelo usuário, o que faz com que o pronto socorro esteja em constante super lotação. Estas unidades são organizadas para atender situações agudizadas 24 horas por dia, no entanto, seu funcionamento tem se apresentado defasado devido à grande procura de pacientes por atendimento imediato, o que caracteriza o uso inapropriado destes serviços pelo usuário (Aparecida; Henrique, 2020).

Um dos participantes retrata a sua rotina de trabalho conforme o período em que o mesmo atua na instituição investigada. Sabe-se que a rotina diurna difere da rotina noturna, tanto em perfil de atendimentos, quanto em relação as atividades desenvolvidas na instituição, ainda que o colaborador pertença a mesma classe profissional. As falas a seguir revelam o dado encontrado:

“Então, o meu plantão é noturno. Eu entro aqui as dezenove. Eu entro, pego o plantão, vou no leito do paciente fazer os sinais vitais, verificar pressão, saturação, temperatura, tudo certinho” (P13)

O trabalho noturno aplicado nos serviços de saúde é uma estratégia frente a organização do trabalho para que a população de maneira geral tenha acesso a assistência de saúde de forma contínua, há qualquer hora do dia e da noite. No entanto, o trabalho noturno não abarca apenas benefícios para os usuários dos serviços de saúde; muitos trabalhadores por necessitarem de aumento em seus rendimentos ou mesmo por não disporem de condições para exercer atividades laborais em período diurno, optam em trabalhar no período noturno afim de conciliar o trabalho com outras atividades cotidianas, como: estudos, lar e uma segunda fonte de renda (Silva; Carvalho; Cardim, 2017; Araujo *et al.*, 2023).

As atividades laborais realizadas durante o período noturno são embasadas juridicamente pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Através desta legislação, fica estabelecido que o empregador pode organizar a rotina de trabalho com carga horaria de 12 horas de atividade labora, seguidas de 36 horas de descanso, além de garantir uma remuneração superior para o empregado que se dispõe a trabalhar no período noturno, se comparado ao diurno (Seabra *et al.*, 2020).

Infelizmente o trabalho noturno não apresenta apenas implicações benéficas ao trabalhador. Para a equipe de enfermagem, que representa a categoria profissional que

mais se dedica a realização de atividades laborais durante período noturno, a privação do sono diante da realização do trabalho tem ocasionado repercussões significativas para a saúde deste trabalhador, como por exemplo: agravos cardiovasculares, psicossociais e diminuição da qualidade de vida (Assunção *et al.*; 2020).

O presente estudo foi realizado com vários participantes que integram a equipe multidisciplinar. A rotina de um dos participantes que atua como farmacêutico na unidade pode ser melhor visualizada nas falas a seguir:

“Então a função aqui do farmacêutico né, a minha rotina é; vamos supor, desde aquisição da compra, eu faço o pedido da compra, a padronização de medicamentos e materiais juntamente com a equipe” (P12)

Segundo Gonsalves; Silva; Trevisan; (2021) o profissional farmacêutico exerce importante representatividade no contexto hospitalar, atuando dentre as diversas demandas apresentadas pela equipe multidisciplinar, seja por meio do acompanhamento das prescrições médicas a serem atendidas, seja a realizando o gerenciamento frente ao uso racional dos medicamento pelos profissionais da saúde.

No ambiente hospitalar, a rotina de trabalho do farmacêutico busca atender toda a comunidade hospitalar, no que diz respeito a entrega de insumos necessários para o desenvolvimento das atividades hospitalares. Dentre as principais funções do farmacêutico clínico, destaca-se produzir, armazenar, controlar, dispensar e distribuir os medicamentos correlatos às unidades hospitalares (Melo; Oliveira, 2021).

Além da distribuição dos insumos no ambiente hospitalar, cabe ao farmacêutico a responsabilidades de orientar pacientes e equipe multidisciplinar quanto ao uso da medicação de forma segura, garantindo assim, a eficácia do tratamento estipulado (Melo; Oliveira, 2021).

Com a chegada da COVID-19 a instituição investigada teve que ser adaptada para atender a alta demanda de paciente infectados pela COVID-19. Não só a equipe de enfermagem, que representa o maior quantitativo de participantes entrevistados, mas todos os integrantes do corpo de trabalho do hospital investigado tiveram que se adaptar à nova realidade imposta pela COVID-19. Dentre as principais mudanças mencionadas pelos entrevistados, destaca-se as mudanças de rotina de trabalho:

“Em relação aos protocolos né, então assim infecção cruzada infecção hospitalar, o uso dos EPIs. Após a pandemia teve que aumentar isso daí” (P1).

“Então, antes da pandemia a gente atendia coisas do dia a dia. Então, depois, quando chegou a pandemia, quase que essas coisas a gente deixava um pouco de lado, aí era só a pandemia. Tanto que o nosso hospital teve que se adaptar né, foi tudo adaptado” (P8)

“Então, é antes da pandemia a saúde trabalhava de uma forma diferente, principalmente nessa instituição a gente não seguia tantos protocolos fluxo não era tão padronizado algumas ações a gente não usava máscara né, que agora a rotina nossas máscaras” (P10).

“Ah! Com a pandemia a gente teve que se adaptar, foi tudo novo, tudo diferente, o hospital não tinha recursos. Teve que ir adaptando todo dia, cada dia uma adaptação diferente” (P11).

“Então, quando surgiu a pandemia foi tudo assim, muito novo. Então aqui dentro, como é um hospital muito pequeno a gente teve que adequar a realidade nossa. A dificuldade que a gente teve é essa! Da parte física mesmo e depois a parte técnica, de funcionário, tudo!” (P12)

Diante do cenário ocasionado pela COVID-19, os serviços de saúde tiveram que se adaptar para que o cuidado aos infectados pela COVID-19 pudesse ser realizado, com a redução da disseminação do vírus. A pandemia ocasionou mudanças inesperadas na vida social e privada de toda população mundial, por exigir a adoção de medidas imediatas, sem plena compreensão da doença e da aplicação das medidas de contenção para diminuição da contaminação na comunidade (Couto *et al.*, 2022; Oliveira *et al.*, 2021).

Mediante a rapidez em que o vírus se disseminava, urge a necessidade de readaptação e reorganização dos serviços de saúde e em especial do ambiente hospitalar; visando garantir a assistencial segura ao paciente e aos profissionais de saúde. Nesta perspectiva, muitos hospitais investiram na construção e no fortalecimento de suas estruturas físicas, com o intuito de combater a pandemia que avançava cada dia mais; integrando diferentes escopos para prática em saúde (Fernandes *et al.*, 2021).

Uma das implementações marcantes frente a organização do trabalho durante a pandemia da COVID-19 se refere a implementação de novos fluxos de atendimento ao paciente, que constantemente eram atualizados, associado ao uso dos EPIs. Ambas as práticas afetaram de forma significativa a saúde dos trabalhadores durante a pandemia, tendo em vista que a ausência de protocolos e de saberes, bem como a sua elaboração de forma recorrente associado ao uso dos EPIs na rotina de trabalho, sem prévio treinamento para paramentação e desparamentação, foram fatores que atuaram significativamente frente ao adoecimento profissional durante a pandemia (Monteiro *et al.*, 2023; Mendes; Abreu, 2022).

Um outro ponto forte mencionado pelos participantes do estudo como sendo desafiador para os colaboradores e que mudou de forma radical a organização do trabalho no hospital se refere ao fato de lidar com o desconhecido. Como pouco se sabia sobre a

doença e por ser uma cidade pequena em que as atualizações demoram a chegar, lidar com um vírus desconhecido foi de fato um grande desafio para todos os profissionais em meio a pandemia. Esses apontamentos podem ser melhor visualizados através das falas a seguir:

“Olha antes da pandemia, toda a turma a gente trabalhava, a gente não usava máscara, a gente conversava sentava ali ficava no local, a gente ficava despreocupado após a pandemia, hoje a gente como diz a gente vive num mundo que a gente tem que tomar cuidado com tudo” (P2).

“Então como eu te falei a pandemia foi um susto porque uma doença nova completamente estranha pra todos né, pra profissionais de saúde e pros pacientes, pra todo mundo!” (P3)

“Antes da pandemia, eu até costumo dizer o seguinte: que a gente sabia com que que a gente estava trabalhando, você sabia com que você estava lidando. Hoje você não sabe mais” (P7).

“Antes da pandemia a gente tinha que se cuidar mais com precaução de contato, com alguma doença, alguma outra coisa como uma tuberculose, uma outra coisa que a gente já conhece o sistema, já conhece a rotina. Quando chegou a pandemia a gente não, a gente encontrou muita dificuldade, não só nesta instituição como em qualquer outra instituição porque a gente foi pego meio que assim, de surpresa” (P15).

No âmbito da saúde pública, deixar o lar para lutar contra um vírus novo e desconhecido se configurou como o principal desafio para os profissionais de saúde e em especial para equipe de enfermagem. Estudos tem destacado de forma recorrente que embora os profissionais da saúde tenham se empenhado diariamente buscando o controle da pandemia, há de se esperar que o impacto da COVID-19 seja negativo para o campo econômico e social, tendo em vista o pouco tempo de adaptação e de preparação para o enfrentamento do novo vírus, bem como considerando as dificuldades já existentes na rede, como poucos funcionários, falta de insumos e de orientação para o trabalho em saúde (Mendes; Abreu, 2022).

No estudo realizado por Sousa *et al.*, (2022) objetivando avaliar o conhecimento, atitudes e práticas em relação à COVID-19 entre profissionais de saúde atuantes em países da América Latina durante o primeiro surto da pandemia; foi possível identificar entre os 251 profissionais participantes, 43% dos participantes, ou seja, quase metade da amostra apresentou pouco conhecimento a acerca da COVID-19. O baixo escore evidenciado foi associado a frequência de treinamentos em equipe, tipo de instituição ao qual o profissional trabalha (Pública ou privada) e o tipo de fontes de informação.

Logo, não só a frequência em que os treinamentos ocorrem nas instituições, bem como a qualidade das informações ofertadas durante os treinamentos e capacitações,

podem afetar de forma negativa o cuidado ao paciente com COVID-19 (Sousa *et al.*, 2022).

Para Lima *et al.*; (2023) o conhecimento acerca da COVID-19 é fundamental não só para os profissionais da saúde, mas sim, para toda população por melhorar os mecanismos de controle da disseminação do vírus no ambiente de trabalho e na comunidade. Por meio do conhecimento atualizado, é possível reforçar o agir profissional do trabalhador em saúde, tornando-o apto a desenvolver sua prática laboral de forma segura para si, para o paciente e para toda sociedade.

A COVID-19 ocasionou super lotação dos serviços de saúde em todo país e no mundo. No hospital onde o estudo foi realizado a realidade não foi diferente. Segundo o relato dos participantes, havia nas piores ondas da COVID-19 muitos pacientes para poucos funcionários preparados. A superlotação como um importante fator de mudança da organização do trabalho foi apontado nas respectivas falas a seguir:

“Não tinha espaço. Aqui estava lotado, em todo lugar estava lotado então assim, você basicamente tinha que escolher quem que ia viver né aqui a gente só tinha uma sala de urgência para Covid uma sala de urgência para não Covid. Você tinha que salvar quem tinha mais chance” (P4).

“Agora tá mais tranquilo em vista de antigamente né, há uns meses atrás. Era bastante viú, tinha dias que acho que era mais de vinte pacientes, porque tinha duas alas de Covid né, aonde é o pronto socorro recente agora e aqui dentro tinha uma área só para Covid, era bastante paciente” (P13).

“Antes era menos pacientes né. Ai quando começou a pandemia era bastante paciente, tinha paciente sentado na cadeira, no corredor, não tinha leito para todos os pacientes e tive bastante dificuldades porque era muito paciente, muito mesmo e pouco funcionário” (P14).

“Bom, antes da pandemia era normal, mas depois que surgiu a pandemia nossa! Aqui vinha muita gente com Covid, nossa! Internou muita gente e morreu muita gente” (P16).

Alguns elementos contribuíram para que a COVID-19 tenha sido considerada uma emergência de saúde pública em todo o mundo. Embora seja um vírus com baixa taxa de letalidade, cerca de 80% dos casos de pessoas infectadas não apresentam complicações significativas. Um elemento indispensável para que a super lotação dos serviços de saúde seja compreendido se baseia na sua alta taxa de transmissibilidade (Aquino *et al.*, 2020).

O Sars-Cov-2 é um vírus transmitido pelas vias orofaríngeas de uma pessoa infectada para outra não contaminada, através do contato com gotículas e partículas aerossóis; presentes no ar e também em superfícies contaminadas. Seu período de incubação em média é de 5 a 6 dias, com variação de 0-24 dias, sendo que, tanto pessoas assintomáticas, quanto indivíduos com sintomas leves da doença, podem transmitir o vírus ocasionando a doença em indivíduos não contaminados (Conceição *et al.*; 2023).

Segundo Araújo; Oliveira; Freitas, (2020) inicialmente, acreditava-se que apenas pessoas idosas e com comorbidades poderiam evoluir para as formas graves da doença, necessitando de acompanhamento hospitalar e em alguns casos, do emprego de medidas intensivas. No entanto, pela falta de instrução da população, o não uso das medidas de etiqueta social conforme recomendado pela OMS, associado as informações equivocadas e a disseminação de fake News; uma grande onda pressão psicológica se espalhou no território brasileiro, fazendo com que a busca pelo por apoio nos serviços de saúde fosse muito maior do que o esperado.

Para Santos *et al.*, (2021); Couto *et al.*, (2022) a divulgação exacerbada de informações sobre a doença e do número de óbitos pelas mídias sociais fez com que profissionais da saúde e pacientes apresentassem sensação de fragilidade mediante a crise sanitária ocasionada pela COVID-19, logo, em muitos casos observou-se manifestações psicossomáticas similares aos sinais e sintomas da doença entre a população, gerando crises de ansiedade e grande procura pelos serviços de saúde.

Alguns dos participantes relataram não apresentar dificuldades frente a organização do trabalho durante a pandemia por dois motivos distintos: pela separação dos setores, o que implica em pouco contato com o paciente infectado com o vírus; e pela oportunidade de trabalho que a pandemia representa para alguns trabalhadores. Essas evidências podem ser visualizadas a partir das falas a seguir:

“Não tive nenhum problema. Acompanhava para fazer os atendimentos iniciais no hospital mais o setor era um separados então quando eles viram isolamento só para Covid eu não atuava nesse setor” (P6).

“Entrei na pandemia” (P5).

“Entre na pandemia” (P9).

O ambiente hospitalar apresenta alto risco de contaminação para os trabalhadores de saúde, pois estes profissionais ficam expostos durante a execução da assistência a saúde não só a de pacientes sintomáticos, mas também a pacientes assintomáticos, o que aumenta o risco de contaminação no ambiente laboral. Sem o emprego das medidas preventivas adequadas como uso de máscara, lavagem das mãos, uso de EPIs e separação dos setores em alas, os profissionais passam a se configurar como os principais vetores da doença tanto para outros membros da equipe, quanto para pacientes considerados susceptível a doença (Cunha *et al.*, 2023).

Embora se perceba uma ideia de tranquilidade nas falas dos participantes, os resultados do presente estudo se contrapõem aos encontrados por Barbosa *et al.*, (2023),

segundo estes autores nem todos os profissionais da saúde tiveram o privilégio de trabalhar em unidades específicas, em sua maioria, o atendimento realizado durante a pandemia foi destinado a pacientes suspeitos e confirmados, muitas vezes sem capacitação e recursos de proteção adequados.

Encarar a pandemia como uma oportunidade de inserção ao trabalho também se mostrou como uma forma de lidar com a COVID-19 e os desafios ligados a esta doença, principalmente quando esta fez com que muitos trabalhadores vivenciassem a realidade do desemprego em nosso país. No entanto, muitos trabalhadores da saúde inseridos no mercado de trabalho durante a pandemia, sem experiência e treinamento adequados passaram de heróis a vítimas da doença (Barros et al.; 2023).

Perante a experiência vivenciada durante a pandemia, os participantes do estudo foram indagados quanto as estratégias de melhorias a serem implementadas nos serviços de saúde caso uma nova situação de emergência de saúde pública, como foi a pandemia da COVID-19, venha a acontecer. A realização de capacitações profissionais e espaço para discussões profissionais foi a sugestão mais citada entre os participantes. As falas a seguir ilustra esta evidencia:

“Se você não conhece o que você está fazendo, você não faz bem, não faz bem feito! E hoje já existe esse conhecimento” (P8).

“Procuraria assim, se informar mais sobre o vírus, estudar, buscar mais conhecimento sobre o que você pode melhorar na assistência tudo do paciente todos os aspectos” (P9).

“Tria reforçar bastante na educação permanente. Eu acho que com estudo, com treinamentos, protocolos, seguir de forma rígida o que você preconiza. A gente trabalha de forma bem melhor né!” (P10)

“E, como que eu falo, dá um treinamento, muitos funcionários pegaram Covid na hora de desparamentar, né, porque a gente não teve um treinamento” (P13).

“Ensinando, certinho como usar os EPIs”. (P14)

“Ah! a gente teria que ter muito treinamento.” (P15)

“Procurar mais assim, conhecimento sobre a doença. Acho que se tivesse mais conhecimento não teria sido esse caos” (P16)

Um estudo realizado no Canadá revela que a atualização constante das informações e de protocolos dentro das instituições ocasionou sofrimento psicológico entre os profissionais atuantes. Neste estudo observou-se que a troca de informações de forma rápida e muitas vezes com conflito de informações, ocasionou extremo estresse nos trabalhadores que mal se adaptavam a um protocolo institucional, já se deparavam com

novos protocolos a seguir. Essa troca constante mediada pelo equívoco de informações, gerou extremo cansaço psicológico nos trabalhadores que não se sentiam seguros para cuidar das vítimas da COVID-19 (Cunha *et al.*, 2023).

Logo, a edificação do conhecimento profissional através da implementação de protocolos simples e acessíveis torna-se uma importante medida protetiva para que o trabalhador desenvolva suas atividades, garantindo não só a segurança do paciente que pé tão cobrado dentro das instituições hospitalares, bem como a sua própria segurança física e mental durante o exercício profissional (Cunha *et al.*, 2023).

Uma das sugestões de melhorias relatada pelos entrevistados e por sua vez, já esperada pelos pesquisadores se refere ao aumento do dimensionamento de pessoal; uma vez que, com a pandemia da COVID-19, a principal preocupação dos gestores de saúde foi a superlotação dos serviços de saúde. As falas a seguir comprovam a visão dos pacientes frente a contratação de mais profissionais da saúde para promover melhor atendimento aos pacientes:

“Mais funcionários, mas funcionário porque falta os funcionários, mas funcionários para trabalhar porque tem vez que a gente trabalha em dois, três setores!” (P2)

“Eu acho que devia começar com o básico e outro, básico é pessoal não tem pessoal suficiente para trabalhar aqui tá. Eu acho que o principal é aumentar a enfermagem, aqui não tem o suficiente, não dá conta do fluxo que tem aqui.” (P4)

“Os servidores daqui são pouquíssimos deveria ter um concurso público para efetivar mais servidores públicos para melhoria do serviço.” (P6)

“Eu acho que teria que contratar mais funcionários né, que a demanda foi muito alta, poucos funcionários sobrecarrega a equipe” (P13).

“Ah! eu acho que podia melhorar mais né, é colocando mais funcionários.” (P14)

“Mais profissionais de saúde atuando”. (P15)

Durante situações de emergência pública, como foi classificada a pandemia da COVID-19, é esperado que os profissionais da saúde que em dias normais estão submetidos a condições de trabalho insalubres; fiquem ainda mais expostos ao desgaste profissional, eleve o grau de exposição a riscos ocupacionais. Alguns elementos que contribuem para que este risco se eleve são: aumento da carga horaria trabalhada; aumento da pressão trabalhista; redução das horas de descanso e aumento da exposição ocupacional (Cunha *et al.*, 2023).

Na pandemia, muitos profissionais da saúde adoeceram em decorrência do seu exercício profissional o que afetou diretamente o quadro de funcionários atuantes nos

serviços de saúde. Situações como presença de comorbidades, estar gestante, se infectar com o vírus dentro e fora das instituições foram consideradas as principais causas de afastamento profissional no campo da saúde, sem a devida reposição de dimensionamento de pessoal, logo a sobrecarga de trabalho durante a pandemia foi de fato, um elemento noticiado de forma recorrente por trabalhadores do mundo todo (Mendes *et al.*, 2021).

A contratação de número adequado de profissionais é sugerida por vários estudos como fator protetor para que os trabalhadores da saúde não adoeçam no ambiente de trabalho, no entanto, os serviços de saúde necessitam não só de adicional de profissionais, mas de mão de obra qualificada para o trabalho em saúde. Segundo os estudos, o ato de ensinar pode se tornar um elemento desgastante em meio a pandemia, tanto para quem ensina, quanto para o profissional que necessita de auxílio durante o período de inserção na instituição (Barros *et al.*, 2023).

Muitas instituições não estavam preparadas para receber a gama de pacientes com infectados pela COVID-19. O hospital investigado não fugiu desta realidade. Conforme foi observado em outros tópicos do presente estudo, adaptações foram necessárias para atender a gama de pacientes infectados pela COVID-19, logo, os participantes mencionaram como futuras melhorias repensar nas estruturas físicas dos serviços de saúde. Sabe-se que o SUS foi estruturado para que o trabalho e os serviços de saúde prestados por esse sistema fossem desenvolvidos em rede, fazendo com que o paciente seja atendido conforme a sua necessidade, logo não só melhorar a estrutura física, mas também a interação e comunicação entre os serviços de atenção primária de saúde e o hospital foram sugeridos pelos participantes como possíveis melhorias. As falas a seguir demonstram o desejo de melhora desta interação:

“Estrutura física graças a Deus, mas pode melhor um pouco também né. Dar um jeito de ampliar, colocar mais coisa aqui para o povo não precisar ficar procurando para fora né” (P2).

“Eu acho que o que dava para melhorar a estrutura física, tá eu acho que por exemplo: piso tá errado, janela, até janela tá errado aqui.” (P4)

“Eu acho que tinha que ter mais participação da rede do SUS, o básico da unidade básica com hospitalar. Ter mais conversa, mais dialogo” (P11).

“Medidas do Municipal né, que envolve tanto a prefeitura como a Secretaria Municipal de Saúde” (P12).

“Dividir né os pacientes para o PSF, eles não esperavam em casa o enfermeiro, o PSF ir em casa e eles vinham para o pronto socorro” (P14).

“Então, hoje o certo é as pessoas procurarem o posto de saúde. Procurar o PSF.” (P16)

Com o agravamento da pandemia da COVID-19, a APS teve que reorganizar o seu processo de trabalho, visando atender casos de COVID-19 classificados como leves e assintomáticos. Para realizar o referido atendimento, algumas comorbidades cotidianas atendidas tiveram que ser colocadas como segunda prioridade, uma vez que, reduzir a transmissão do vírus e evitar o agravamento daqueles que já se encontravam infectados tornou-se a prioridade de atendimento destas unidades (Lima *et al.*, 2023).

Entretanto, devido a complexidade de casos e a grande procura pelos serviços de urgência e hospitais, o trabalho realizado pela APS durante a pandemia pode não ter ficado visível aos olhos dos profissionais da saúde atuantes no ambiente hospitalar. Segundo Silva *et al.*, (2023) no Brasil, os serviços de atenção primária em saúde desenvolveram papel importante durante a pandemia principalmente por meio de ações de vigilância em saúde, através dos setores de vigilância epidemiológica.

Para que o trabalho fosse realizado de forma efetiva, foi primordial a utilização do conhecimento dos agentes comunitários de saúde e demais membros atuantes na atenção primária no que diz respeito a identificação de áreas de maior vulnerabilidade social, promoção da saúde por meio de ações de educação em saúde; realização de testagem como forma de busca ativa, manejo clínico e apoio psicossocial e realização da gestão compartilhada do cuidado objetivando a integração com os outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (Silva *et al.*, 2023).

Para Fernandes *et al.*, (2021) a escassez de estudos validando a atuação da APS durante a pandemia oculta a importância e o protagonismo deste serviço durante a pandemia, tendo em vista que a maior parte dos casos foram manejados através destes serviços. Ressalta-se que embora a APS não esteja relacionada diretamente ao cuidado intensivo de pacientes com COVID-19, a mesma se mostra potente na prevenção da contaminação, redução dos índices de incidência, acompanhamento de casos suspeitos e/ou confirmados, incentivo à adesão ao distanciamento social, entre diversas atribuições necessárias ao enfrentamento da pandemia.

Um dos elementos positivos implementados durante a pandemia e que segundo os participantes deveria permanecer na instituição investigada se refere ao serviço de triagem e classificação de risco executado pela equipe de enfermagem que antecipa a consulta médica. No entanto, para que haja a implementação de todas essas sugestões dos participantes, ressalta-se que é preciso ter recursos financeiros para compra de materiais e contratação de mais profissionais de saúde que exerçam as funções apontadas pelos

participantes. Essa visão que reforça a importância da classificação de risco, bem como um melhor financiamento para os serviços de saúde pode ser observada nas falas a seguir:

“Falta aqui e é prioritário, é uma pré-consulta desses pacientes. Colocar uma pessoa pra fazer uma pré-consulta pra que essas pessoas possam usar os serviços de saúde do município que é o PSF, o posto de saúde. Eles confundem muito o atendimento do PSF com o serviço urgência e emergência, então acaba que fica super lotado aqui!” (P3)

“Eu acho que assim, tendo pandemia ou não a primeira coisa que teria que ter que seria uma triagem” (P4).

O salário é muito baixo entendeu pouco mais de um salário e meio e a vida social tá muito difícil e financeira as pessoas como sempre a enfermagem desvalorizada (P6).

Um recurso maior financeiro. Não tem como eu querer aplicar, fazer materiais né com pouco dinheiro (P10).

Sem dúvidas melhorar e organizar os recursos financeiro destinados aos serviços de saúde público podem de fato, auxiliar a organizar os serviços presentes na rede e no processo de trabalho de inúmeros equipes de trabalho, auxiliando na padronização do fluxo de atendimento dos serviços de saúde, bem como favorecendo o uso de ferramentas tecnológicas no âmbito da saúde; o que repercute em assegurar condições dignas de trabalho e adequar e manter a força de trabalho qualificada. Logo, a implementação de recursos financeiros proporciona não só melhores condições de trabalho, como, melhor atendimento ao usuário do sistema (Fernandez *et al.*; 2021).

Dois participantes mencionaram sugestões que se fazem necessárias e que podem ser implementadas independentemente da quantidade de recursos financeiros disponibilizados. Atuar de forma humana, demonstrando carinho e amor ao paciente e respeito aos colegas de trabalho e funcionários, foi apontado pelos participantes como ação de extrema importância para o bom funcionamento dos serviços de saúde. As falas a seguir apontam a reflexão mencionada:

Eu acho que tem que melhorar a preocupação com os funcionários tá. A partir do momento que o funcionário, que ele é bem tratado né, ele é bem direcionado, o trabalho anda muito né (P1).

“Carinho e ao próximo! Amor e dedicação ao próximo! aonde você tem amor aonde você tem carinho onde você pensa no próximo, com todo carinho, com todo amor que você pode oferecer tudo se torna melhor! A gente tem que deixar de pensar no meu eu e poder fazer sempre eu posso fazer melhor” (P7).

De acordo com o estudo de Aragão; Maranhão, (2020) para que os funcionários desempenhem ações de trabalho eficazes, este precisa sentir prazer ao executar suas funções, ou seja, sentir-se satisfeito com suas atividades enxergar a real importância do

trabalho desempenhado para que o paciente veja o cuidado recebido como um gesto de amor e não apenas a execução de uma tarefa estabelecida.

Logo, empregados insatisfeitos não apresentam dedicação, tendem a não buscar conhecimento e aperfeiçoamento de suas habilidades. Portanto, torna-se fundamental que a organização valorize o trabalhador, se quiser manter um lugar de destaque no mercado de trabalho hoje, uma vez que, é por meio da valorização pessoal e profissional que as organizações conseguem os objetivos traçados, garantindo assim, seu lugar no mercado, sendo a melhor forma de garantir o alcance destes resultados, fornecer ao trabalhador recursos para que este realize suas expectativas tanto profissionais, quanto pessoais dentro e fora da empresa (Aragão; Maranhão, 2020).

5.3.3 Relacionamentos Interpessoais e Interprofissionais

Compreende-se que o relacionamento interpessoal e interprofissional impactam diretamente no bem estar dos colaboradores durante a execução de suas atividades laborais. Tanto o relacionamento com os colegas de trabalho, bem como, com a própria chefia; podem ser influentes para o sucesso ou fracasso do cuidado ofertado ao paciente, gerando assim, conflitos indesejáveis no ambiente de trabalho (Dantas; Henriques; 2020).

Neste sentido, buscou-se investigar como os participantes definem o seu relacionamento de trabalho com os colegas que dividem diariamente os seus afazeres. Observou-se por meio da maior parte dos entrevistados que ambos julgam não ter problemas com os colegas de trabalho e que buscam manter equilíbrio e harmonia durante o plantão. As falas a seguir apresentam as evidências observadas:

“Graças a Deus tudo bem, não tem nenhum desentendimento não” (P2).

“Ótimo! nunca tive problema nenhum com nenhum colega graças a Deus!” (P3).

“Não tenho problema. Adoro todo mundo! Eu não tenho nenhum problema com ninguém que eu trabalho junto” (P4).

“Ah! Graças a Deus eu não tenho nenhuma queixa, todos são muito companheiros” (P5).

“Ah! Hoje é uma beleza, como que vocês mineiros falam, uma belezinha! Nós, profissionalmente nos relacionamos muito bem, socialmente também” (P6).

“Ótimo! não tenho assim problema com meus colegas, graças a Deus! Tanto faz no decorrer do meu plantão, dos outros plantão, me dou bem com todos eles” (P7).

“São bons, a gente se dá muito bem!” (P9)

“Hoje em dia é um relacionamento até que bom, tem bastante diálogo, a gente se entende bem, um ajuda o outro. Hoje em dia eu consigo trabalhar bem com todo mundo aqui sim” (P10).

“Ah! Todos os setores, todos os horários que eu já trabalhei em todos os horários, eu me dou bem com todo mundo” (P11).

“Então, eu acho que a gente se dá super bem, nós somos uma equipe unida né (13).

Ah! meu relacionamento com os meus colegas de trabalho são bons, eu trato todo mundo bem, combino com todos, a gente é uma equipe né” (P14).

“Eu não tenho problema nenhum com nenhum colega de trabalho. Já trabalhei num período no dia, agora estou no noturno e não encontrei resistência em nenhum período” (15).

“Bom, eu lido tudo bem com todo mundo. Eu procuro ser harmonia no meio de todos eles e ajudar naquilo que eu posso na matéria de serviço né” (P16).

O trabalho é um elemento estrutural importante para que o ser humano construa sua identidade. O ato de trabalhar possibilita melhorias significativas para o indivíduo, favorecendo o seu pensar, agir e até mesmo o ato de se relacionar com o próximo. No ambiente de saúde, o trabalho executados pelos profissionais ao invés de gerar bens materiais, gera cuidados ao paciente, portanto, há de se reconhecer que este tipo de atividade pode ser caracterizada como complexa, por exigir interação entre sujeitos individuais e coletivos (Caram *et al.*, 2016).

Segundo Valentim *et al.*; (2020) o bom relacionamento entre os membros da equipe multidisciplinar é considerado um importante indicador de qualidade e de segurança para o paciente. Quando existe colaboração entre os colegas de trabalho, as tarefas a serem realizadas pelos profissionais são executadas sem dificuldade, melhorando assim, a gestão do trabalho em saúde.

Para Caram *et al.*, (2016) as relações presentes no ambiente de trabalho são capazes de gerar sentimentos ambíguos. Por um lado, o bom relacionamento com os colegas de trabalho, paciente e familiares gera no colaborador sentimento de prazer e satisfação diante do trabalho realizado. Em contra partida, se este colaborador se sente por qualquer motivo desvalorizado, esta percepção pode colocar em risco a qualidade do trabalho executado, gerando sentimento de estresse, sofrimento, depressão e descontentamento com as relações pessoais do ambiente laboral.

Um dos participantes do estudo, levantou uma questão pertinente que auxilia na compreensão do bom relacionamento evidenciado. Para este participante, o tempo de experiência se mostrou uma variável significativa para o bom relacionamento interpessoal e interprofissional, tendo em vista que, colaboradores com maior tempo de experiência tendem a ser mais flexíveis no ambiente de trabalho, não apresentam tantas expectativas

quando comparados aos profissionais recém chegados. As falas a seguir ilustram a percepção evidenciada:

É, tem colegas que eu tenho mais tempo de convívio aqui dentro, então assim, a gente se conhece melhor. Tem uns novos que vão chegando que a gente vai tentando adequar, porque tem que ter uma sincronicidade do nosso trabalho (P12).

No estudo realizado por Peruzzo *et al.*, (2018), os autores evidenciaram entre a amostra estudada que o tempo de atuação e a idade do profissional são variáveis que exercem influência na percepção dos membros da equipe de saúde. O colaborador com idade igual ou inferior a 30 anos, tende a apresentar expectativas menos positivas frente ao trabalho em equipe se comparado aos colaboradores mais velhos e com mais anos de exercício profissional.

Witisky *et al.*; (2019) corrobora com as evidências mencionadas no contexto acima. Para estes autores, as diferentes faixas etárias associadas ao tempo de atuação exercem importante influência dentro de um grupo, especialmente, no ambiente de trabalho; por favorecerem conflitos decorrentes da comunicação. Uma comunicação considerada não efetiva entre os profissionais pode ser ocasionada pelo uso de termos não coloquiais que quando são interpretados de forma equivocada ou não compreendidos; podem gerar atritos entre os envolvidos no diálogo.

Outro fator a ser considerado no que diz respeito a tempo de atuação e idade se refere ao nível de conhecimento sobre o funcionamento da instituição, de modo que, a diferença de saberes, propicia desavenças interpessoais se não houver harmonia no trabalho em equipe (Witisky *et al.*, 2019).

Neste estudo, dois participantes demonstram por meio de suas falas, a existência de algumas divergências entre o grupo de trabalho. Para estes participantes, o mau relacionamento pode estar ligado a não aceitação das mudanças de rotina que ocorrem na instituição, bem como pelas diferentes personalidades que compõem o quadro de funcionários. Logo, a existência de conflitos é esperada por parte dos participantes, como é demonstrado nas falas a seguir:

“Em relação aos técnicos eu sinto assim, bastante dificuldade de se adaptarem as implantações novas então eles são bem resistentes, por serem muito velho de casa” (P1).

“Ah então, é muito difícil, quando você trabalha em qualquer lugar que você trabalha que tem muita gente não é 100% só de sorriso né. Tem momentos difíceis, tem colegas que você não vai muito, não se adapta muito!” (P8)

As relações de trabalho quando não estão bem estabelecidas geram diversas ações e reações entre as pessoas. Em um grupo, pode-se observar simpatia entre os seus componentes, bem como antipatia, aproximação ou afastamento, competição, afeto, colaboração e conflitos. Ambos comportamentos se configuram como reações do ser humano que podem ser provocadas ou serem manifestadas de forma involuntária sem que o indivíduo perceba. São inferências decorrentes do processo de interação do ser humano, que cada pessoa, em contato com outra; podem apresentar a depender da situação social ao qual as mesmas estão inseridas (Eloia; Vieira; Eloia, 2019).

No trabalho, as principais dificuldades mediadoras de conflitos podem ser ocasionadas por fatores como: falta de harmonia, diferenças culturais, divergências entre pensamentos; personalidades não compatíveis, falta de produtividades, conflitos pessoais trazidos para o ambiente de trabalho entre outras (Valentim *et al.*, 2020).

Segundo Witisky *et al.*, (2019) outros fatores podem se configurar como elementos propulsores para que haja fragilidade entre os laços no ambiente laboral, tais como: sobrecarga de trabalho, falta de privacidade, falta de treinamento, desfalques na equipe, diferentes idiomas, tempo de atuação e experiência profissional.

Para estes autores, os problemas relacionados a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional ainda se sobressaem, entre os inúmeros elementos que podem ocasionar mau relacionamento profissional. Ter uma comunicação assertiva é um elemento imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe, uma vez que, a qualidade do trabalho ofertado ao paciente não depende apenas de equipamentos tecnológicos, materiais e conhecimento técnico-científico. Logo, a comunicação ineficaz é considerada perigosa por favorecer a ocorrência desde pequenas confusões administrativas, a realização de diagnósticos e procedimentos incorretos (Witisky *et al.*, 2019).

No que diz respeito ao relacionamento entre colaborador e chefia, observou-se a predominância de relato de boa interação com a chefia. As falas a seguir apontam o achado mencionado:

“Não tenho, super tranquilo também” (P5).

“Sempre foi muito boa. Eles sempre me solicitaram, eu fui sem problema nenhum. E também como eu tive as minhas necessidades profissionais e pessoais eu fiz as minhas solicitações e sempre fui atendido” (P6).

“Ah não! eu tenho não tenho problema. Quando precisa eles me ligam se tiver que me dar alguma algum recado a gente conversa é tudo certinho” (P8).

“Ah! Também” (P9).

“Com a chefia também, nunca tive problema não” (P11).

“Tenho um bom relacionamento com meu chefe, sempre o que eu peço para ser providenciado, ele providencia prontamente” (P12).

“Ah! é bom, eu acho que não tenho problema com a minha chefe não” (P14).

“Não tive problema com a chefia. A gente conhece direitinho as hierarquias e a gente procura trabalhar tudo em equipe” (P15).

“Não, eu não tenho nada com a chefia, para mim todo mundo é igual” (P16).

Dentre os assuntos mais falados na atualidade que envolvem o campo da gestão de pessoas e de recursos humanos, a temática relacionamento interpessoais tem apresentado grande interesse por partes dos gestores e de empresas de maneira geral. Estamos vivenciando uma era rica em tecnologia onde as interações pessoais e profissionais tem ocorrido principalmente através de aparelhos celulares, o que exige um preparo ainda maior das organizações, para que as relações internas do ambiente de trabalho não sejam prejudicadas, desviando assim, o foco do objetivo da empresa (Dantas; Henriques, 2020).

No estudo realizado por Dias *et al.*, (2020), os autores relatam que o bom relacionamento entre equipe e chefia é estabelecido quando ambas as partes mantem diálogo aberto e transparente, comportamento respeitoso, confiança entre os colegas e entre a gestão e principalmente, quando há um espaço para discussões de ideias; trabalhar os conflitos e valorizar o trabalho da equipe realizado.

Portanto, para que os gestores possam atingir as metas estipuladas, estes necessitam manter um bom relacionamento com a equipe de trabalho. Nesta relação, a comunicação construtiva, baseada na troca de informações entre trabalhadores e gestores é considerada uma importante ferramenta de gestão, que quando aplicada, promove valorização profissional e autodesenvolvimento do colaborador (Dantas; Henriques, 2020).

O bom relacionamento relatado entre colaboradores e chefia é compreendido pelos participantes como sendo resultante de três aspectos distintos: a confiança, a conversa e o saber ouvir. Estas informações podem ser melhor observadas através das falas a seguir:

“Então na verdade é um relacionamento bom porque assim me dá a carta branca para poder trabalhar do jeito certo que tem que ser né” (P1).

“Também. A gente sempre senta, conversa, nunca teve nada assim anormal” (P2).

“Nunca tive problema. Sempre conversando e sempre chegamos num bom entendimento” (P7).

“É tranquilo também. A gente tem a mesma visão né e é super tranquilo. Me dão abertura, ouvem tudo que a gente tem pra falar, eu acho que não tenho o que me queixar” (P13).

Peruzzo *et al.*, (2018) refere que o diálogo e a escuta qualificada são ferramentas relevantes a serem aplicadas pela gestão na busca de manter o trabalho em equipe efetivo. Outras ferramentas que favorecem o bom relacionamento interpessoal entre gestores, colaboradores e usuários do serviços de as saúde se refere ao comportamento de respeito e valorização que quando realizados de forma conjunta entre estes três elementos, consegue estreitar os laços entre os membros de trabalho, assim como, estabelecer relações mais saudáveis no ambiente de trabalho.

Para Valentin *et al.*; (2020) a comunicação assertiva é um importante instrumento para ser aplicado na gestão do serviços em saúde. Através do diálogo, gestores e colaboradores estabelecem uma troca, um intercâmbio de saberes sobre as diversidades vivenciadas no dia a dia como trabalhadores do SUS. Logo, subentende-se que a falta de comunicação dificulta a resolução de problemas laborais, sendo considerada um importante elemento propulsor de conflitos interpessoais, cabendo aos gestores, planejar ações baseados em evidencias científicas para resolver os problemas cotidianos.

A forma de se comunicar pode facilitar ou dificultar a integração do trabalho em equipe, portanto, ter uma boa comunicação entre os membros da equipe e gestores frente a execução do trabalho, configura-se como matriz para uma rotina de trabalho democrática, com participação e respeito entre os envolvidos (Valentini *et al.*, 2020).

Alguns colaboradores declaram não ter um bom relacionamento com a chefia principalmente quando não se sentem ouvidos, seja por solicitações que não colocadas em prática, seja por divergência de pensamentos, uma vez que, a maior parte dos colaboradores participantes deste estudo trazem consigo outras experiências profissionais e buscam autonomia frente ao trabalho realizado. As falas a seguir deixam evidentes as informações mencionadas:

Com a chefia a gente de vez em quando tem aí umas divergências né que eu acho que é normal em todo serviço (P3).

É um pouco meio difícil. Nem sempre fazem, mas a gente sabe que em todo lugar é assim (P4)

É boa, com o responsável técnico sempre tem algumas divergentes de pensamento. A gente não é obrigado a concordar com tudo, mas vida que segue (P10).

A diversidade pessoal é algo comum e no ambiente de trabalho deve ser encarada como de forma aberta pelos colaboradores e gestores. O ser humano em muitos aspectos se diferencia de seus demais. Seu modo de perceber, de falar, de agir, de pensar entre outras ações são as principais manifestações percebidas aos olhos que o torna único, não podendo ser julgado como bom ou ruim mediante a sua reação a determinado fenômeno (Dantas; Henriques, 2020).

A fragilidade das relações interpessoais observadas no ambiente de trabalho são diretamente relacionadas a falta de diálogo e de gestão participativa. Infelizmente, observa-se no cenário do trabalho em saúde que, as discussões e os conflitos pessoais impactam diretamente o trabalho em equipe, o que implica em sua não realização. O individualismo, a falta de cooperação e de comprometimento, falta de respeito e de corresponsabilidade são os principais comportamentos que comprometem as relações entre o binômio organização e profissional da saúde (Peruzzo *et al.*, 2018).

Para Dias *et al.*; (2020) a falta de comprometimento e de responsabilidade com o trabalho geram muitos conflitos interpessoais, no entanto, a de se reconhecer que as intimidações existentes entre os profissionais da saúde também se revela um importante elemento causador de desavenças entre a equipe de saúde, principalmente quando este comportamento de apreensão é oriundo de profissionais que ocupam cargos no topo da hierarquia institucional, como os médicos, enfermeiros gerentes e profissionais com mais tempo de trabalho.

Destarte, é importante destacar como o poder exercido pela hierarquia organizacional pode influenciar de maneira negativa no trabalho em equipe, uma vez que, as imposições ocasionadas pela gestão comprometem a comunicação e o diálogo no ambiente de trabalho, ocasionando insatisfação entre os trabalhadores (Dias *et al.*, 2020).

No tocante comunicação no contexto em saúde, independente da área de atuação do profissional, se a mesma é realizada de forma equivocada ou não há compreensão por uma das partes, a qualidade do cuidado prestado ao paciente fica defasada. Esse tipo de adversidade é mais comum do que se imagina, uma vez que, os diferentes papéis hierárquicos exercidos pelos colaboradores da equipe de saúde não só ocasionam conflitos interpessoais entre os membros da equipe multiprofissional, bem como, contribuem para que o índice de erros se eleve. A comunicação considerada pobre, faz com que muitos cuidados sejam realizados de forma repetida, ou não sejam realizados,

ocasionando assim, estresse ocupacional e baixa qualidade na assistência em saúde (Witisky *et al.*, 2019).

Ressalta-se que a associação de profissionais não colaborativos, estruturas organizacionais rígidas e hierarquizadas, desigualdade social entre os membros da equipe e alta rotatividade de funcionários são os obstáculos mais presentes no trabalho em saúde que impactam a sua realização de forma integral. Atualmente o SUS e demais organizações que atuam no campo da saúde tem sofrido com o quantitativo de profissionais insuficiente e mão de obra não qualificada, fato este que tem preocupado cada dia mais os gestores de saúde frente a resolução e gestão de conflitos laborais (Peruzzo *et al.*, 2018).

Logo, os conflitos interpessoais que ocorrem o ambiente de trabalho são importantes indicadores de esgotamento profissional e de desgaste tanto da saúde física quanto mental e merecem um olhar humanizado, afim de garantir a saúde não só do paciente, mas em especial dos profissionais da saúde (Dias *et al.*, 2020).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da realização do presente estudo, observou-se entre os profissionais de saúde uma alta taxa de desconhecimentos quanto a estruturação e funcionamento do SUS, bem como sobre as responsabilidades das esferas governamentais durante a pandemia. Esta evidência nos faz refletir o quanto os profissionais da saúde que se dispuseram a atuar na linha de frente durante o combate e controle da COVID-19 encontravam-se despreparados para a realidade pandêmica.

Não compreender o trabalho disponibilizado entre as redes de atenção à saúde que compõem o SUS, fez com que muitos profissionais da saúde classificassem as ações e serviços implementados durante a pandemia como desorganizadas, lentas e ineficientes. Para estes trabalhadores o caos instalado durante a pandemia foi direcionado ao governo vigente e a falta de implementação de medidas rápidas como a vacinação, no entanto, gerir uma pandemia como a ocasionada pela COVID-19 envolve muitos mais recursos do que simplesmente vacinar em grande escala a população brasileira.

O uso das medidas protetivas como manter distanciamento pessoal, uso de máscaras e lavagem das mãos se mostraram por meio de muito estudos neste manuscrito apresentadas, como verdadeiras ações eficientes frente ao combate do vírus, no entanto, por falta de conhecimentos básicos de saúde, e não apenas do SUS em si, muitos trabalhadores se colocaram em risco durante a pandemia por imperícia, imprudência e até mesmo por negligência em algumas situações, o que agravou a resposta do SUS a COVID-19.

Embora a COVID-19 tenha sido um agravo de saúde pública novo, sem precedentes, percebeu-se que as raízes para compreender o desconhecimento evidenciado estão diretamente relacionadas a causas anteriores a pandemia. O modelo educacional tradicional brasileiro, associado as precárias condições de trabalho e grande demanda de atendimentos presentes nos sistemas públicos fazem com que os profissionais estudem durante o período de formação profissional e posteriormente, quando inseridos no mercado de trabalho, com dupla jornada e remuneração inadequada, dediquem-se em maior parte, a melhorar sua vida financeira, deixando para segundo plano o aprimoramento profissional.

Do ponto de vista organizacional, a ausência de um cronograma de treinamentos na instituição investigada também contribuiu para que os profissionais da saúde mantenassem-se desatualizados, mesmo em meio a pandemia. A referida realidade foi

baseada na discordância entre as falas dos participantes frente a frequência da realização de treinamentos e capacitações, que não se mostrou clara para os pesquisadores, se de fato o quantitativo de capacitações e treinamentos realizados durante a pandemia foi realmente suficiente para que os profissionais se sentissem preparados e seguros para trabalhar durante a pandemia da COVID-19.

No que diz respeito a atuação e responsabilidades das esferas governamentais durante a pandemia, observou-se que os participantes atribuem responsabilidades ao prefeito e ao presidente vigente na época, desconsiderando que, a atuação destes membros que compõem o governo federal e municipal, não respondem sozinhos pela gestão de ações e serviços implementados durante a pandemia. O desconhecimento político evidenciado nas falas dos participantes, representa o desconhecimento de muitos brasileiros que tendem a atribuir responsabilidades a figuras políticas, sem considerar que para a implementação de qualquer tipo de política pública no país faz-se necessário a concessão de toda uma comissão julgadoras, e não apenas de prefeitos e presidentes como foi apontado pela maioria dos participantes deste estudo.

Neste estudo, houve prevalência de técnicos de enfermagem, em sua maioria mulheres, com vínculo empregatício terceirizado e com mais de uma fonte de renda. A realidade observada já era esperada tendo em vista que a maior parte do quantitativo de pessoal em serviços de saúde pertencem a equipe de enfermagem, representada em sua maioria por mulheres.

A este fato, é notório o impacto para a saúde do trabalhador na pandemia não só neste estudo, mas em muitos outros desenvolvidos buscando compreender a referida temática. Mulheres por si só já estão destinadas à sobrecarga de trabalho por ser direcionado a elas, pela sociedade, o dever de cuidar da família e dos atributos domésticos.

Com a busca da valorização do feminino, muitas mulheres são inseridas no mercado de trabalho, com salários reduzidos e não é retirado da realidade das mesmas, o dever de cuidar do lar. Portanto, a sobrecarga de trabalho já existente no trabalho em saúde destinado a mulher, associado as mudanças de rotina ocasionadas durante a pandemia e o prejuízo das relações interpessoais e profissionais ocasionadas pela implantação do distanciamento social, foram os principais elementos prejudiciais para a saúde do trabalhador no contexto pandêmico.

Logo, pode-se perceber que a realização do presente estudo valida características de vulnerabilidade social existentes no mercado de trabalho em saúde, como o despreparo

científico, remuneração inadequada, dupla jornada de trabalho, fragilidade frente ao exercício profissional do sexo feminino entre outros fatores, o que fez com que os pesquisadores refletissem no decorrer da escrita do estudo se de fato, foi uma opção para os profissionais da saúde atuar durante a pandemia em prol da vida humana, um ato de heroísmo, ou uma imposição do sistema econômico vigente, tendo em vista que, a pandemia oportunizou emprego a muitos trabalhadores que se encontravam desempregados.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados buscando fazer a relação entre COVID-19 e precarização do trabalho em saúde com o intuito de buscar mais evidências sobre os impactos para a saúde do trabalhador e suas repercussões futuras para o campo social e laboral.

REFERÊNCIAS

ABREU, Luiz Carlos de. Integrated actions and strengthening of public health system in Brazil in a time of pandemic. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 5-8, abr. 2020. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822020000100001&lng=pt&nrm=iso > Acesso em: 25 fev. 2024. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.v30.9980>.

ALMEIDA, Janaina Rocha de Sousa et al. Educação permanente em saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Rev. ABENO**, v:16, n. 2, p. 7-15, 2016. Disponível em: < <https://apsemrevista.org/aps/article/view/101> > Acesso em: 25 de fevereiro de 2024.

ANGHEBEM, Mauren Isfer; REGO, Fabiane Gomes de Moraes, PICHETH, Geraldo. COVID-19 e Diabetes: a relação entre duas pandemias distintas. **RBAC.**; v. 52, n. 2, 154-159, 2020. Disponível: < <https://www.rbac.org.br/artigos/covid-19-e-diabetes-relacao-entre-duas-pandemias-distintas/> > Acesso em: 25 fev. de 2024.

APARECIDA, Adriana Costa; HENRIQUE, Fabio Corazza. Desafios enfrentados pelo enfermeiro na realização do acolhimento com classificação de risco em unidades de urgência e emergência. **Revista Científica Eletrônica de Ciências Aplicadas da FAIT**, n 1, maio, 2020.

AQUINO Estela et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2423–2446, jun. 2020. Disponível em: < <https://globalclinicalresearchj.com/index.php/globclinres/article/view/50> > Acesso em: 25 de fev. de 2024.

ARAÚJO, Ana Paula Silva et al. Os direitos trabalhistas e previdenciários dos profissionais da saúde em tempo de pandemia. **Glob Clin Res.**; v. 2, n. 2, p. 1-8, 2022. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/4BHTCFF4bDqq4qT7WtPhvYr/?lang=pt#> > Acesso em: 25 de fev. de 2024.

ARAUJO, Viviane Evangelista Canhizares et al. O impacto do trabalho noturno na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Revista Foco**, Curitiba: v.16, n.9, p.01-13, 2023. Disponível em: < <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/2925> > Acesso em: 25 de fev. de 2024.

ARAÚJO JL, OLIVEIRA KKD, FREITAS RJM. In defense of the Unified Health System in the context of SARS-CoV-2 pandemic. **Rev Bras Enferm.**; v. 73, n. 2, 2020. Disponível em: < doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0247> > Acesso: 25 de fev. de 2024.

ASSUNÇÃO Munyra Rocha Silva et al. Trabalho noturno e o risco cardiovascular na equipe de enfermagem. **Rev Recien.**; v. 10, n. 32, p. 229-238, 2020. Disponível em: < <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/327> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70 LDA/ Almeidina Brasil, 2011.

BRASIL. Redes de Atenção em Saúde. **A atenção em saúde organizada em redes**. São Luís, 2016. Disponível em: < <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7563/1/Redes%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20sa%C3%BAde%20-%20A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20sa%C3%BAde%20organizada%20em%20redes.pdf> > Acesso em: 16 de jun. de 2022.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. Covid-19. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção em Saúde**. Brasília, 2021. Disponível em: < <https://www.conasems.org.br/publicada-4a-edicao-do-guia-orientador-para-o-enfrentamento-da-pandemia/> > Acesso em: 16 de jun. de 2022.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto nº 7.580 de 28 de junho de 2011**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm > Acesso em: 16 de jun. de 2022.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Publicada resolução 466 do CNS que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196**. 2013. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html > Acesso em: 16 de jun. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html > Acesso em: 16 de jun. de 2022.

BARBOSA, Amanda da Silveira et al. Work organization and burnout among nursing professionals during the pandemic: a mixed-methods study. **Braz J Nurs.**; v. 22, 2023. Disponível em: < <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20236665> > Acesso em: 25 de fev. de 2024.

BARBOSA, T. P.; et al. Morbimortalidade por COVID-19 associada a condições crônicas, serviços de saúde e iniquidades: evidências de sindemia. **Rev Panam Salud Publica**, v. 46, 2022. Disponível em: < DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.6> > Acesso em: 16 de jun. de 2022.

BARROS, Rivia. Emergência em saúde pública da pandemia da covid-19: breves apontamentos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 11-18 jan./mar. 2023. Disponível em: < <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3386/2770> > Acesso em: 16 de jun. de 2022.

BATISTA, Karina Barros Calife, GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde e Sociedade. Saúde Soc.* São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884–899, out. 2011. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9QMxSsmqMcqQPjXP9fbthCn/#> > Acesso em: 25 de fev. de 2024.

BONTEMPO, Valéria Lima. Achille Mbembe e a noção de necropolítica. *Sapere Aude*, v. 11, n. 22, p. 558-572, 22 dez. 2020. Disponível em: < <https://periodicos.pucminas.br/index.php/SapereAude/article/view/24876> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

BOUSQUAT, Aylene et al. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. *Revista USP*, [S. l.], v. 1, n. 128, p. 13-26, 2021. DOI: 10.11606/issn.2316-9036.i128p13-26. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/185393> . Acesso em: 25 fev. 2024.

CARAM, Carolina da Silva. et al. AMBIGUIDADES NO TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE NO CONTEXTO DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, v. 15, n. 1, 2016. Disponível em: < <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/923> >. Acesso em: 25 fev. 2024.

CARDOSO, Danielle Santos dos Anjos et al. O direito à saúde, a universalidade e a proteção dos trabalhadores: desafios do sus na pandemia. *Revista Humanidades e Inovação* v.8, n.35, 2021. Disponível em: < <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5366> > Acesso em: 16 de jun. de 2022.

CARVALHO, Márcia Haydée Porto; MIRANDA, Márcia Lúcia Lopes. O princípio da solidariedade no enfrentamento da COVID-19 no Brasil. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.*, Brasília, v. 10, n. 1, jan./mar., 2021. Disponível em:< <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/729/789> > Acesso em: 15 de nov. 2021.

CARVALHO, Thalyta Gleyane Silva; ALMEIDA, Ana Mattos Brito; BEZERRA, Maria Iracema Capistrano. Percepção dos profissionais de saúde da atenção primária sobre educação permanente em saúde. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, v. 15, n. 2, 2016. Disponível em: < <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1043> >. Acesso em: 25 fev. 2024.

CAVAGNOLI, Karen Cristina et al. A pandemia de Covid-19 e a crise na saúde no Rio de Janeiro: Discutindo biopolítica e precarização. *Psicologia Política*. vol. 21. n.51. pp. 449-462. 2021. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v21n51/v21n51a11.pdf> > Acesso em: 15 de nov. 2021.

CRESWELL, J. W. **Projetos de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3º ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CIRINO, Ferla Maria Simas Bastos.; et al. Desafios da atenção primária no contexto da COVID-19: a experiência de Diadema, SP. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2665, jan./dez., 2021. Disponível em:<

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1282258> > Acesso em: 15 de nov. 2021.

CONCEIÇÃO, Marimeire Morais et al.. Permanent education for healthcare professionals in the Covid-19 pandemic: a scope review protocol. **Revista CEFAC**, v. 25, n. 4, p. e0223, 2023.

COSTA, Aline Silva.; GRIEP, Rosane Harter; ROTENBERG, Lúcia. Percepção de risco de adoecimento por COVID-19 e depressão, ansiedade e estresse entre trabalhadores de unidades de saúde. **Cad. Saúde Pública**; v. 38, n. 3, 2022. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/0102-311X00198321> > Acesso em: 16 de jun. 2022.

COUTO, Ricardo Neves et al. Estratégias de enfrentamento adotadas pelos profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. **Act.Psi** , José, San Pedro Montes de Oca, v. 133, pág. 1-12, dezembro de 2022 . Disponível em < http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2215-35352022000200001&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 25 de fev. de 2024. <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v36i133.43470>

CUNHA, Quézia Boeira et al. Fatores associados à infecção por SARS-CoV-2 entre profissionais da saúde de hospitais universitários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 31, p. e3919, 2023. Disponível em: < <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/212079> >. Acesso em: 25 fev. 2024.

DANTAS, Andrezza Alexandre; HENRIQUES, Fabiana Regina. Relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho. *Rev. Científica Integrada*, v. 4, n. 5, 2020. Disponível em: < <https://docplayer.com.br/208405065-Relacionamento-interpessoal-no-ambiente-de-trabalho.html> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

DAUMAS, Regina Paiva et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cad. Saúde Pública**; v. 36, n. 6, 2020. Disponível em:< <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120> > Acesso em: 16 de jun. 2022.

DIAS, J. S. et al.. Health, behavior, and management: impact on interpersonal relations. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, p. 1-12, 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tce/a/p4fDkF8n5m3YVqqHwZJxdKn/abstract/?lang=pt#> > Acesso em: 25 de fev. de 2024.

DWECK, Esther.; MORETTI, Bruno.; MELO, Maria Fernanda G. Cardoso. Pandemia e desafios estruturais do CEIS: financiamento do SUS, federalismo da saúde e as relações público-privadas. **CADERNOS do DESENVOLVIMENTO**, Rio de Janeiro, vol. 16, n. 28, p. 239-265, jan.-abr. 2021. Disponível em: < <http://www.cadernosdodesenvolvimento.org.br/ojs-2.4.8/index.php/cdes/article/view/559> > Acesso em 16 de jun. de 2022.

ELOIA, Suzana Mara Cordeiro; VIEIRA, Rafaella Marques, ELOIA, Sara Cordeiro. A relação interpessoal entre profissionais da estratégia saúde da família. **Essentia (Sobral)**, v. 20, n. 1, 2019, p. 2-8. Disponível em: <

<https://essentia.uvanet.br/index.php/ESSENTIA/article/view/249> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

EPAMIG. Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais. **Campo Experimental de Maria da Fé**. Disponível em: < <https://www.epamig.br/cemf-campo-experimental-maria-da-fe/> > Acesso em: 16 de jun. de 2022.

FELICIANO, Adriana Barbieri et al. A pandemia de covid-19 e a educação permanente em saúde. **Cadernos da Pedagogia**, v. 14, n. 29 (Edição Especial), p. 120-135, Out/2020. Disponível em: < <https://www.cadernosdapedagogia.ufscar.br/index.php/cp/article/view/1457> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

FERNANDES, Adalberto Campos. As grandes pandemias da história da Europa e os seus impactos na nossa civilização: desafios da moderna saúde pública. **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 10, n. 2, abr./jun., 2021. Disponível em: < <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/780> > Acesso em: 15 de nov. 2021.

FERNANDES, Lilian Pinto Mota Rodrigues et al. Aspectos sociodemográficos, laborais e clínicos de profissionais de enfermagem contaminados pela COVID-19. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 14, pág. e357101422110, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i14.22110. Disponível em: < <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/22110> >. Acesso em: 25 fev. 2024.

FERNANDEZ, Michelle et al. Condições de trabalho e percepções de profissionais de enfermagem que atuam no enfrentamento à covid-19 no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 4, p. 1-13, 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rHQ55dwmfK5WCSGS8xDpyDt/#> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

FERNANDEZ, Michelle; LOTTA, Gabriela; CORRÊA, Marcela. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321> > Acesso em: 16 de jun. de 2022.

FERRARI, Jocieli.; BRUST-RENCK, Priscila Goergen. Cuidados em saúde mental ofertados a profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Rev. Bras. Psicoter.**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 127-142, 2021. Disponível em: < <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v23n1a11.pdf> > Acesso em: 16 de jun. de 2022.

FIGUEIREDO, Tauana Reinstein et al. A organização do trabalho da Enfermagem e sua relação com a qualidade de vida na perspectiva ecossistêmica. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 17, pág. e114111738776, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v17i17.38776. Disponível em: < <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/38776> >. Acesso em: 25 fev. 2024.

FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: A vontade de saber. 13 ed. Graal Ltda, Rio de Janeiro, 1999.

GARCIA, Leila Posenato. Gratidão ao Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 5, 2020. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000500024> > Acesso em: 16 de jun. de 2022.

FERNANDES; Gustavo Andrey de Almeida Lopes.; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. **Revista de administração pública**: Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 595-613, jul./ago., 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0034-761220200290> > Acesso em: 16 de jun. de 2022.

FLAUZINO, Jhonas Geraldo Peixoto; ANGELINI Carina Fernanda Robles. O direito à saúde e a legislação brasileira: uma análise a partir da Constituição Federal de 1988 e lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 3, p. 1-7, 10 mar. 2022. Disponível em: < <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/9957/5934> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

FREITAS, Felipe Sampaio. Uma perspectiva biopolítica da medicina social: sus, psf, neoliberalismo e pandemia. **Kinesis**, v. 12, n 31, p.186-213, julho de 2020. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/343171803_A_PERSPECTIVA_BIOPOLITICA_DA_MEDICINA_SOCIAL_SUS_PSF_NEOLIBERALISMO_E_PANDEMIA > Acesso em: 25 de fev. 2024.

FROES, Melline Mota Bispo et al. Atividade física e fatores associados entre os profissionais de saúde antes e durante a pandemia da covid-19. **RBPfEX - Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 16, n. 101, p. 96-102, 21 nov. 2022. Disponível em: < <https://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/2332> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

GALON, Tanyse et al. Percepções de profissionais de enfermagem sobre suas condições de trabalho e saúde no contexto da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 47, p.1-9, 2022. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rbso/a/HMJ9BGw8d36qz33PVx3fT3M/#> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

GARCIA, AC de S.; BRANCO, GMPC.; FARIAS, RRS de. Medidas de segurança adotadas em ambientes hospitalares para enfrentamento da COVID-19. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 8, p. 1-8, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i8.17587. Disponível em: < <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17587> >. Acesso em: 25 fev. 2024.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5 ed. São Paula: Atlas, 2010.

GLEIRIANO, Josué Souza et al. Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da COVID-19. **Escola Anna Nery**, v. 24, 2020.

Disponível em: < DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0188> > Acesso em: 16 de jun. de 2022.

GOMES, Marcia Pereira et al. Profile of nursing professionals working during the new coronavirus pandemic. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 21 set. 2020. Disponível em: < <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/18921> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

GONÇALVES, Jenifer Moreira.; SILVA, Heytor Sousa; TREVISAN, Marcio. The importance of the pharmacist in the hospital environment and the advantages of interdisciplinary care for the health and safety of patients. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 11, p. 1-12, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n11-088. Disponível em: < <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/39139> >. Acesso em: 26 fev. 2024.

GUESSER, Vitor Martins et al. Alterações cognitivas decorrentes da COVID-19: uma revisão sistemática. **Revista Neurociências**, v. 30, p. 1–26, 2022. DOI: 10.34024/rnc.2022.v30.13848. Disponível em: < <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/13848> >. Acesso em: 26 fev. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Cidades e Estados. **Maria da Fé**. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/maria-da-fe.html> > Acesso em: 11 de jun. de 2022.

JUNIOR, Dorival Fagundes Cotrim.; CABRAL, Lucas Manoel da Silva.; ASENSI, Felipe Dutra. Oferta de Leitos de UTI no Brasil à Luz dos Princípios Constitucionais da Equidade e da Universalidade em Tempos de Covid-19. **RDP**, Brasília, v. 17, n. 96, 198-225, nov./dez. 2020. Disponível em: < <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/4554> > Acesso em: 16 de jun. de 2022.

LIMA, Jessyellen Pereira et al. Ferramentas de educação permanente em tempos de pandemia da Covid-19. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 21, p. 1-8, jan./dec.; 2023. Disponível em: < https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/8896/3997 > Acesso em: 25 de fev. 2024.

LOPES, Olívia Cristina Alves et al. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 2, p. 1-8, 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ean/a/zB5Npy99wyPDGX4jXzdNDYp/#> > Acesso: 25 de fev. 2024.

LORENZETTI, Jorge, ORO, Julieta ; MATOS, Eliane. Work organization in hospital nursing: literature review approach. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 1104–1112, 2014. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tce/a/GtFQhTRJyG9pxN98C4yPgjK/?lang=en#> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

LUDWIG, Erika Fernanda dos Santos Bezerra et al. COVID19 Pandemic: health professionals' perception about the assistance mentioned in television media. **Rev Bras Enferm.**, v. 74, p. 1-8, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1258> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

MACEDO, Dartagnan Ferreira. A importância do Sistema Único de Saúde brasileiro para o enfrentamento de emergências de saúde pública. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**; Belo Horizonte, v. 17, n.2, abr./jun., 2020. Disponível em:<DOI: <https://doi.org/10.21450/rahis.v17i2.6202> > Acesso em: 16 de jun. de 2022.

MARCUCCI, Leonardo Rodrigues et al. Associação entre prática de atividade física com a saúde mental e a percepção da qualidade de vida em profissionais de enfermagem de Ribeirão Preto e região durante a pandemia da covid-19. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 56, n. 2, p. e-197591, 2023. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2023.197591. Disponível em: < <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/197591> >. Acesso em: 25 fev. 2024.

MARINHO, Maristela R. et al. Perfil dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e proteção de riscos ocupacionais na pandemia da Covid-19 no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 1-18, 2022. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs375> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

MARQUETTI, Flavia Maria Darcie et al. O Brasil perante as novas variantes de SARSCoV-2: emergências e desafios em saúde pública. **Rev Bras Epidemiol**; v. 24, 2021. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/fMnYkyJKLhpwj8fF8dkbgKQ/?lang=pt&format=pdf> > Acesso em: 16 de jun. de 2022.

MATTA, G.C et al. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; **Editora FIOCRUZ**, v. 221 p. 1-236, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.7476/9786557080320> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

MENDES, Tiza Trípodi Marchi et al. Investigação epidemiológica de covid-19 relacionada ao trabalho em trabalhadores de saúde: Experiência do CEREST Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 254-266 jan./mar. 2021. Disponível em:< <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3249/2787> > Acesso em: 16 de jun. de 2022.

MENDES, Williane de Paula et al. Competências gerenciais do enfermeiro no âmbito hospitalar: uma revisão narrativa. Nurse managerial skills in the hospital environment: a narrative review. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. 1-11, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i4.26742. Disponível em: < <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26742> >. Acesso em: 25 fev. 2024.

MENDES, Rute Silva Rodrigues; ABREU, Clézio Rodrigues de Carvalho. Os desafios da enfermagem no enfrentamento a covid-19. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v.5, n. 10, p. 339–348, 2022. Disponível em: < <https://doi.org/10.5281/zenodo.6950463> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/abstract/?lang=pt> > Acesso em: 15 de nov. 2021.

MERZ EL, GHOLIZADEH S. Preocupações com a saúde mental e física no contexto do COVID-19: oportunidades e aplicações para a medicina comportamental. **Foco (Am Psychiatr Publ)**; v. 20, n 3, p. 292-300, julho, 2022. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10172526/> >. Acesso em: 25 de fev. 2024.

MONTEIRO, Wagner Ferreira et al. The organization of healthcare work in the light of ergology: experiences in the COVID-19 pandemic. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 57, p. 1-9, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reensp/a/bxT5v6kjJgdhLnZtthLr4z/?lang=pt#> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

OLIVEIRA, Wanmar de Souza et al. Conhecimento sobre a Covid-19 dos profissionais de enfermagem que trabalham com a doença. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 11, p. 1-13, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i11.19676. Disponível em: < <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19676> >. Acesso em: 25 fev. 2024.

OLIVEIRA, Saionara Nunes et al. Emergency Care Units (UPA) 24h: the nurses' perception. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 238–244, 2015. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tce/a/NKrNrgpVBSRXKVBHRfN4KYt/?lang=en#> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

OLIVEIRA, Ingridy Karoline Pereira et al. Educação permanente em saúde: Desafios e aplicabilidade. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju; v. 7, n. 1, p. 82-102, out., 2021. Disponível em: < <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/10243> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

OLIVEIRA, Amanda Mendonça Marques et al. Conhecimento de estudantes de medicina sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, v. 4, p. 14808–14821, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n4-067. Disponível em: < <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/61384> >. Acesso em: 25 de fev. de 2024.

PAIZ, Alessandra. et al. O papel do enfermeiro no setor de pronto atendimento: um relato de experiência. **Scientific Electronic Archives**, v. 14, n. 3, p. 99–104, 2020. DOI: 10.36560/14320211233. Disponível em: < <https://sea.ufr.edu.br/SEA/article/view/1233> >. Acesso em: 26 de fev. de 2024.

PEREIRA, J. M. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica**. São Paulo: Atlas, 2007.

PERUZZO, Hellen Emília, BEGA, Aline Gabriela ; LOPES, Ana Patrícia Araújo Torquato. The challenges of teamwork in the family health strategy. **Escola Anna Nery**,

v. 22, n. 4, p. 1-9, 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ean/a/z3wYmgZ93bGtBMD8HVKRtVt/?lang=en#> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7º ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTELA, M. C.; GRABOIS, V.; TRAVASSOS, C. Matriz Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. **Observatório Covid-19**. Série Linha de cuidado Covid-19 na rede de atenção em saúde, jul., 2020. Disponível em: < <https://portal.fiocruz.br/documento/matriz-linha-de-cuidado-covid-19-na-rede-de-atencao-saude> > Acesso em: 16 de jun. de 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIA DA FÉ. Minas Gerais. Disponível em: < <http://www.prefeiturademariadafe.com/#!mariadafe/c1wfv> >. Acesso em: 16 jun. 2022.

PRETTO, Carolina Renz et al. Impacto de la covid-19 en el bienestar físico de profesionales de enfermería y médicos: revisión integradora. **Aquichan**, v. 22, n. 2, p. 1-21, 2022. DOI: 10.5294/aqui.2022.22.2.5. Disponível em: < <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/16533> >. Acesso em: 25 fev. 2024.

RIBEIRO, Anesilda Alves de Almeida et al. Impactos da pandemia COVID-19 na vida, saúde e trabalho de enfermeiras. **Acta Paul Enferm.**; v. 35, p. 1-8, 2022. Disponível em: < <https://acta-ape.org/en/article/impacts-of-the-covid-19-pandemic-on-brazilian-nurses-lives-health-and-work/> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e saúde**. 7º ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. del P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SALES, Orcélia Pereira et al. O Sistema Único de Saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 6, n. 17, p. 54-65, 2019. Disponível em: < <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1045> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

SALES, V. B. .; SOUSA, H. R. de . Physical and mental health of nursing professionals in the post-pandemic world: integrative literature review . **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, p. 1-10, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i11.33592. Disponível em: < <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33592> >. Acesso em: 25 fev. 2024.

SANTOS, Irailde Ferreira; GABRIEL, Mariana; MELLO, Tatiana Ribeiro de Campos. Sistema único de saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. **Revista Humanidades e Inovação** v.7, n.5, 2020. Disponível em: < <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/2964> > Acesso em: 15 de nov. 2021.

SANTOS, Nelson Rodrigues. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/csc/a/sNh7sDYDdyQwvKVgLqYZvpB/abstract/?lang=pt> >
 Acesso em: 15 de nov. 2021.

SANTOS, Hebert Luan Pereira Campos et al. Gastos públicos com internações hospitalares para tratamento da covid-19 no Brasil em 2021. **Rev Saúde Pública**. 2021;55:52. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/sG4k3BcHvnXvYZznzpfT69p/?format=pdf&lang=pt> >
 Acesso em: 16 de jun. de 2022.

SANTOS J. L. S. et al. Enfrentamento a covid-19: importância da educação permanente em serviços de saúde. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 13, p. 1-10, 8 set. 2021. Disponível em: <
<https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/8669> > Acesso em: 25 de fev. 2024.

SANTOS, Betânia Maria Pereira dos et al. Perfil e essencialidade da Enfermagem no contexto da pandemia da COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 10, p. 2785–2796, 2023. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/csc/a/pKyr8tjqxVDbjC8XV7zDjNj/?lang=en#> > Acesso em:

SEABRA, Felipe José da Guerra et al. O plantão noturno e suas implicações na saúde do profissional de enfermagem. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**; v.31 n.1,p.95-100, jun./ ago, 2020.

SERVO; L. M. S. et al. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. **SAÚDE DEBATE**: Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 114-129, dezembro 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E407> > Acesso em: 15 de nov. 2021.

SILVA, Luciana Mendes Santos et al. O olhar ampliado em saúde no enfrentamento de pandemias. **Cadernos ESP. Ceará**, v. 14, n. 1, p.17 – 23, jan./jun.; 2020. Disponível em: <
<https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/334#:~:text=Como%20resultado%2C%20mostrou%2Dse%20que,conten%C3%A7%C3%A3o%20dos%20casos%2C%20al%C3%A9m%20de> > Acesso em: 16 de jun. 2021.

SILVA, Olvani Martins da et al. Biosafety measures to prevent COVID-19 in healthcare professionals: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 1, p. e20201191, 2022. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/reben/a/3BwPGmTvxgnnNXpTZtsJTbJ/abstract/?lang=pt#> >
 Acesso em: 25 de fev. 2024.

SILVA, Camila et al. Atuação multiprofissional na Atenção Básica em tempos de pandemia: relato de experiência: Multiprofessional performance in Primary Care in pandemic times: experience report. **Saúde em Redes**, v. 9, n. 1, p. 3776, 2023. DOI: 10.18310/2446-4813.2023v9n1.3776. Disponível em: <
<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3776> >. Acesso em: 26 fev. 2024.

SILVA JUNIOR, Milton Domingues et al. Os efeitos da pandemia no bem-estar dos enfermeiros brasileiros no combate ao covid-19: uma revisão de escopo. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, v. 27, n. 2, p. 701–719, 2023. DOI: 10.25110/arqsaude.v27i2.2023-011. Disponível em: < <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/9376> >. Acesso em: 26 fev. 2024.

SILVA, Alidne Pinheiro et al. Trabalho noturno na vida dos enfermeiros. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 2, p. 177–185, 2017. DOI: 10.17267/2317-3378rec.v6i2.1292. Disponível em: < <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1292> > . Acesso em: 26 fev. 2024.

SILVA, Francine Moraes; MENEGALL, Vanessa; OLIVEIRA, Aline. Transtorno por uso de substâncias entre os profissionais de enfermagem sob contexto pandêmico. **Saúde Coletiva** (Barueri), v. 12, n. 78, p. 10878–10887, 2022. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2022v12i78p10878-10887. Disponível em: < <https://www.revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2631> >. Acesso em: 26 fev. 2024.

SOUSA, R. S. de; SOARES, C. L. M. Financiamento do Sistema Único de Saúde: uma revisão da literatura. **Divulgação em Saúde para debate**: Rio de Janeiro, n. 58, p. 115-129, jul 2018. Disponível em: < <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29849/1/Artigo%20Catharina%20Leite.%202018.pdf> > Acesso em: 16 de jun. 2022.

SOUSA, Francisco Danúbio Timbó, SOUSA, Ana Lúcia Pereira Martins. Políticas Públicas em Saúde: um artigo de revisão sobre o Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, v. 03, p. 110-127. Mar.; 2019. Disponível em: < <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/politicas-publicas-em-saude> > Acesso em: 16 de jun. 2022.

VALE, Eliana Pessoa. et al. Reorganização da Rede de Atenção à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 no município de Canaã dos Carajás, Pará. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 83-90, jun., 2020. Disponível em: < <https://apsemrevista.org/aps/article/view/101> > Acesso em: 16 de jun. 2022.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Nº1

PESQUISADORES ENVOLVIDOS:

Paula Rogéria da Silva (Pesquisadora)

Prof. Dr. Geraldo Fabiano de Souza Moraes (Orientador) e Prof. Dr. Luiz Felipe Silva (Coorientador).

TÍTULO DO PROJETO

“Análise das ações e serviços de saúde implementados em um hospital de pequeno porte durante a pandemia da COVID-19 sob olhar dos atores sociais”.

Informações

Você está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa de mestrado a ser desenvolvido na Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI) para avaliar a cultura de saúde pública durante o contexto pandêmico sob olhar dos atores sociais, que refere aos profissionais de saúde atuantes na linha de frente durante combate e controle da Covid-19.

Detalhes do estudo

Como objetivo principal desta pesquisa, pretende-se avaliar sob o olhar dos atores sociais, os profissionais da saúde, qual a sua percepção frente aos serviços ofertados pelo SUS durante a pandemia ocasionada pela Covid-19.

No que se refere aos objetivos específicos, o estudo pretende descrever as características sociodemográficas dos participantes do estudo; e efetuar a elaboração de sugestões e estratégias de melhorias para as políticas públicas que visem favorecer não só usuário, mas também profissionais de saúde que fazem com que o SUS seja uma realidade em nosso país.

Descrição dos testes a serem realizados

Caso você concorde em participar desta pesquisa irá fornecer algumas informações sobre o seu trabalho, sobre suas características pessoais e sobre a sua opinião frente as mudanças e adaptações ao qual o mesmo esteve exposto durante a pandemia, respondendo a questionários específicos, sendo um deles para suas informações pessoais e outro em modelo de entrevista aberta contendo perguntas norteadoras elaboradas a partir do objetivo proposto.

Riscos

Você não sofrerá qualquer tipo de risco por participar da pesquisa além daqueles presentes no seu dia a dia. É possível que aconteçam os seguintes desconfortos e riscos como: a sua identidade ser revelada, sobre os quais medidas serão tomadas para sua redução, tais como não mencionar o seu nome ao descrever os resultados. Além disso, será utilizado um código para a sua identificação, no qual somente você e o pesquisador saberão o significado deste.

Benefícios

Embora os dados coletados neste estudo possam não beneficiar você diretamente, os mesmos poderão ajudar na melhoria das condições de trabalho dos trabalhadores atuantes nos serviços de saúde, bem como estratégias adequadas e melhorias das políticas públicas existentes; além de enriquecer o acervo bibliográfico frente a temática investigada.

Confidencialidade

Para assegurar o sigilo e a privacidade das informações, você receberá um número de identificação ao entrar no estudo e seu nome não será revelado em nenhuma situação, não sendo assim exposta a sua identidade. Como participante de pesquisa, sua privacidade será respeitada, seu nome e qualquer outro dado que possa lhe identificar serão mantidos em sigilo e utilização de código. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade das informações, bem como a não exposição dos dados de pesquisa. Ao final da pesquisa, haverá a destruição de todas as informações após análise e descrição das informações.

Autonomia

Será garantida assistência a você durante toda a pesquisa, assim como o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos sobre o estudo e suas consequências, ou seja, tudo o que queira saber antes, durante e depois de sua participação. Você pode se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem precisar se justificar, e, caso esta seja sua vontade, não sofrerá prejuízo algum na assistência recebida.

Ressarcimento e Indenização

Caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento dos valores gastos da seguinte forma: o valor gasto será ressarcido a você por meio de dinheiro em espécie, mediante comprovação do gasto. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Paula Rogéria Silva, Enfermeira, mestranda do Programa Desenvolvimento, Tecnologia e Sociedade, na Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI), e, pelo Prof. Dr. Geraldo Fabiano de Souza Moraes, professor do Programa de Mestrado Desenvolvimento, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI); e Prof. Dr. Luiz Felipe Silva, professor do Programa de Mestrado Desenvolvimento, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI).

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que trabalham para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. O grupo tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de maneira ética.

Se você achar que a pesquisa não está sendo realizada de tal forma ou que está sendo prejudicado de alguma maneira, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Engenharia de Itajubá, para maiores esclarecimentos.

Paula Rogéria da Silva – Pesquisadora, tel: (35) 984478362

Prof. Dr. Geraldo Fabiano de Souza Moraes – Orientador, tel: (31) 8850-2551

Prof Dr Luiz Felipe Silva – Coorientador, tel: (35) 98459-1569

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

Eu, _____ li e entendi toda a informação repassada sobre o estudo, sendo os objetivos e os procedimentos de coleta de dados que serão usados nesta pesquisa. Tive tempo, suficiente, para considerar a informação acima e, oportunidade de tirar todas as minhas dúvidas. Estou assinando este termo voluntariamente e, tenho direito, de agora ou mais tarde, discutir qualquer dúvida que venha a ter com relação à pesquisa com os pesquisadores responsáveis.

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:

Paula Rogéria da Silva – Pesquisadora, tel: (35) 984478362

Prof. Dr. Geraldo Fabiano de Souza Moraes – Orientador, tel: (31) 8850-2551

Prof Dr Luiz Felipe Silva – Coorientador, tel: (35) 98459-1569

Assinando este termo de consentimento, eu estou indicando que eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do Participante

Data

RG:

End:

CPF:

Assinatura da Testemunha

Data

RG:

End:

CPF:

Assinatura do Investigador

Data

APÊNDICE B- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Instituição de origem do pesquisador: UNIFEI – Campus Itajubá
Curso: Pós-Graduação em Desenvolvimento, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI) - nível Mestrado
Área de Conhecimento: Saúde Pública
Linha de Pesquisa: Desenvolvimento e Sociedade
Título do Projeto de Pesquisa: “Análise das ações e serviços implementados em um hospital de pequeno porte durante a pandemia da COVID-19 sob olhar dos atores sociais”

Pesquisador responsável: Paula Rogéria da Silva
Professor Orientador: Geraldo Fabiano de Souza Moraes
Professor Coorientador: Luiz Felipe Silva
Telefone para contato: (35) 984478362
Local da Coleta de dados: Fundação Municipal de Saúde de Maria da Fé.

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- I. Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos e/ou da empresa cujos dados (informações) serão estudados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para a execução do projeto de pesquisa em questão;
- III. Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa e/ou a empresa.
- IV. Assegurar que os resultados da pesquisa poderão ser acessados pela empresa na busca de aperfeiçoamento de suas políticas de saúde e qualidade de vida.

O pesquisador declara ter conhecimento de que as informações pertinentes às técnicas e resultados do projeto de pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se aqueles os quais forem autorizados, por escrito, pelos dirigentes da empresa.

Itajubá, 21 de junho de 2022.

Paula Rogéria da Silva
RG: MG-15.553789

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

CÓDIGO DO PARTICIPANTE: _____

1. Nome: _____
2. Endereço: _____
3. Telefone: _____
4. Idade: _____
5. Estado Civil: () vive com companheiro () não refere companheiro
6. Filhos: _____
7. Renda Individual: () menos que um salário mínimo
() de um a dois salários mínimos
() de três a quatro salários mínimos
() cinco ou mais salários mínimos.
8. Renda Familiar: _____
9. Possui outro vínculo empregatício? _____
10. Faz atividades extras sem vínculo empregatício (atendimento domiciliar, cuidador de idoso, fora home care, pode ser fora da área...)? _____
9. Profissão: _____
10. Escolaridade: () Auxiliar de Enfermagem (ano de conclusão:)
() Técnico de Enfermagem (ano de conclusão:)
() Graduação (ano de conclusão:)
() Especialização (ano de conclusão:)
() Mestrado (ano de conclusão:)
() Doutorado (ano de conclusão:)
() Pós doutorado (ano de conclusão:)
11. Área de atuação profissional: _____
12. Local de atuação: _____
13. Tempo de atuação na instituição: _____
14. Regime de trabalho: () CLT () Servidor Público () Terceirizado
() Terceirizado com CLT
15. Turno/Escala de trabalho: _____
16. Possui folga: _____ Descrever a folga: _____
17. Hábitos de vida: () Fumante () ex-fumante () nunca fumou
() Etilista () ex-etilista () nunca fez uso de bebida
alcóolica
21. Atividade Física () Pratica atividade física
() Não pratica atividade física
Se sim, tipo de atividade?
Se sim, frequência?

APÊNDICE D- ENTREVISTA ABERTA

1. Você conhece o SUS? Diga tudo sobre o que você sabe.
2. Fale para mim, como foi a sua experiência profissional nesta instituição desde a sua admissão até hoje.
3. Você fez alguma capacitação?
4. Conte sua rotina de trabalho.
5. Como é seu relacionamento com colegas?
6. Como é seu relacionamento com a chefia?
7. Ao se instalar a Pandemia de COVID-19, você teve alguma capacitação para lidar com a situação?
8. Você teve COVID-19? Se sim, quantas vezes? Chegou a ser internado?
9. Compare o seu trabalho antes e durante a pandemia (se falar em dificuldades, pedir para elencar e descrever quais).
10. Como você julgou as ações que foram tomadas pelo Governo Federal? Estadual? e Municipal?
11. Fale sua opinião sobre as condutas e estratégias adotadas nesta instituição visando o controle da pandemia e cuidado aos pacientes infectados pela Covid-19.
12. Como você classificaria sua condição de saúde atual? (Física/Mental/Cognitiva)
13. Após esta experiência, quais sugestões de melhorias você aponta para melhoria dos serviços de saúde?

**APÊNDICE E- CARTA DE APRESENTAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA
REALIZAÇÃO DE PESQUISA.**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ITAJUBÁ Campus Itajubá
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO, TECNOLOGIA E SOCIEDADE

Itajubá, 05 de setembro, 2022.

Prezado Senhor William Daniel Marqueis Pereira,

Sou acadêmica do curso de Mestrado em Desenvolvimento, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI) - Campus Itajubá, atualmente desenvolvendo a dissertação de Mestrado intitulada “Análise das ações e serviços implementados durante contexto da pandemia pela COVID-19 sob olhares dos atores sociais”. Esta atividade, é orientada pelo professor Dr. Geraldo Fabiano de Souza Moraes e Dr. Luiz Felipe da Silva. Como resultados, espera-se que os mesmos sejam de interesse não apenas ao meio científico e acadêmico, mas também para área de gestão em saúde pública, bem como para a sociedade de maneira geral.

Trata-se de um estudo cujos objetivos são: pretende-se: Avaliar sob o olhar dos atores sociais, os profissionais da saúde, qual a percepção dos mesmos frente as ações e serviços implementados durante a pandemia COVID-19 e suas repercussões em nível ocupacional e social.

Como objetivos específicos pretende-se: Descrever as características sociodemográficas e ocupacionais dos participantes do estudo, a fim de se obter informações dos atores sociais envolvidos no processo e sua relação com o fenômeno estudado; bem como, elencar os fatores ressaltados pelos atores sociais, envolvidos no estudo, determinantes na compreensão do cotidiano laboral e social.

Logo, por meio da exposição avaliativa dos atores sociais, os pesquisadores pretendem elaborar estratégias de melhorias para as políticas públicas que visem favorecer não só usuário, mas também profissionais de saúde que fazem com que o SUS

seja uma realidade em nosso país. O estudo consiste preliminarmente em descrever por meio de entrevista aberta qual a percepção dos profissionais da saúde frente a sua atuação durante o período da pandemia, bem como elaborar por meio da percepção dos mesmos, novas políticas públicas que visem propor melhorias para o sistema de saúde vigente, o SUS.

Acredita-se que efetuar uma investigação com o intuito de conhecer a percepção dos atores sociais sobre o SUS configura-se como uma temática relevante, haja vista que por meio da aquisição destes conhecimentos, novas políticas públicas podem ser formuladas reforçando assim, a universalização, igualdade e integridade propostas pela legislação que estrutura o funcionamento do SUS, fazendo com que este seja uma realidade para todos assim como encontra-se descrito nos preceitos legais.

Sendo assim, venho solicitar sua autorização para realizar a pesquisa na Fundação Municipal de Saúde de Maria da Fé, liderada por V.S^a, a qual, estou certo, muito se beneficiará dos resultados que posteriormente serão colocados à disposição do setor.

Atenciosamente,

Deferido

Indeferido





William Daniel Marques Pereira

Diretor Administrativo da Fundação Municipal de Saúde de Maria da Fé

Paula Rogéria da Silva

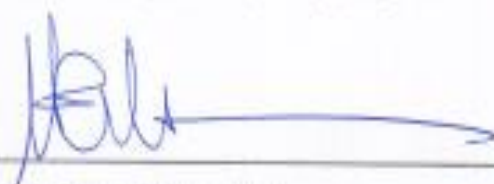
Paula Rogéria da Silva

Acadêmico do Curso de Mestrado em Desenvolvimento, Tecnologia e Sociedade
da Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI) – Campus Itajubá



Prof Dr Geraldo Fabiano de Souza Moraes

Professor do Curso de Mestrado em Desenvolvimento, Tecnologia e Sociedade
da Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI) – Campus Itajubá



Prof Dr Luiz Felipe a Silva

Professor do Curso de Mestrado em Desenvolvimento, Tecnologia e Sociedade
da Universidade Federal de Itajubá (UNIFEI) – Campus Itajubá