

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE FOZ DO
IGUAÇUCENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO
DE FRONTEIRA - MESTRADO**

MIRIAN CAROLINE PEREIRA

Saúde mental de trabalhadores da enfermagem da atenção básica em município de fronteira

FOZ DO IGUAÇU

2022

MIRIAN CAROLINE PEREIRA

Saúde mental de trabalhadores da enfermagem da atenção básica em município de fronteira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

ORIENTADOR: Prof^a Dr^a Manoela de Carvalho

**Foz do Iguaçu
2022**

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Pereira, Mirian Caroline

Saúde mental de trabalhadores da enfermagem da atenção básica em município de fronteira / Mirian Caroline Pereira; orientadora Manoela de Carvalho. -- Foz do Iguaçu, 2022.
147 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Foz do Iguaçu) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2022.

1. Enfermagem. 2. Fronteira. 3. Saúde Mental. 4. COVID-19. I. Carvalho, Manoela de , orient. II. Título.

PEREIRA Mirian Caroline. **Saúde mental de trabalhadores da enfermagem na Atenção Básica em município de fronteira**. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: Manoela de Carvalho. Foz do Iguaçu, 2022.
MIRIAN CAROLINE PEREIRA

Aprovado em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Manoela de Carvalho (Orientadora)
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste

Prof. Dr. Marcos Arcoverde
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste

Profa. Dra. Vanessa Catherina Neumann Figueiredo
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Gostaria de dedicar esta dissertação a todas as participantes deste estudo, sem vocês não seria possível a realização deste trabalho. Obrigada a todos os trabalhadores da enfermagem da atenção primária em saúde de Foz do Iguaçu, sem vocês o acesso e o direito à saúde seria bem mais difícil.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me concedido vida, saúde, determinação e força para conseguir terminar a caminhada do mestrado. Obrigada por tudo meu Pai, principalmente por ter livrado a mim e minha família da contaminação do novo coronavírus, sendo que várias pessoas queridas perderam suas vidas para a COVID-19.

Agradeço a meus familiares, especialmente meu marido Ednilson e minha filha Natália por todo amor, admiração e respeito que sempre sentiram por mim e pelos meus sonhos, sem vocês eu não estaria em Foz do Iguaçu finalizando mais este projeto de vida, pois, se não fosse por este amor, vocês não aguentariam junto comigo todo estresse, preocupação, ansiedade e medo que vêm junto com os dois anos de mestrado, bem como a minha ausência mesmo eu estando presente.

Agradeço à minha mãe Maria, obrigada por ser minha melhor amiga, por todo o amor que sempre sentiu por mim, por sempre ter acreditado na minha pessoa e estar ao meu lado, obrigada por, nos momentos mais difíceis da minha vida, você sempre estar comigo, me estendendo a mão sem julgamentos, me ajudando a ver que, na vida, podemos e vamos cair, no entanto, o importante é ter alguém que nos ama de verdade para nos ajudar a levantar, e vocês, Ednilson, Natália e mãe, junto com minha irmã Vitória, são essas pessoas que sempre me ajudarão a levantar, me cedendo ânimo de vida, paz e fé para continuar. Vocês são meu esteio, amocada um de vocês, são muito especiais para mim.

Agradeço à minha orientadora e professora Manoela de Carvalho pela parceria, por toda a dedicação, paciência que teve comigo e com meu trabalho. Obrigada pelo brilho nos olhos ao me ensinar sobre a saúde do trabalhador e, assim, ampliar meus conhecimentos. Obrigada por acreditar no meu trabalho nos momentos que eu sentia medo de não conseguir devido às dificuldades que eu enfrentei para finalizar o mesmo, obrigada de coração por ser a minha orientadora de mestrado.

Obrigada, Sandra Palmeira Melo, por toda ajuda que me cedeu nos momentos mais cruciais do projeto e da dissertação, sua ajuda foi essencial para que eu conseguisse finalizar o mestrado, sem você, com certeza, teria sido mais difícil, sempre vou ser grata por tudo que fez por mim no mestrado. Muito obrigada, Sandra, pelo carinho e confiança que sempre teve por mim.

Obrigada, professor Marcos Arcoverde, por sempre ter me ajudado, sendo acessível a mim e às minhas dúvidas desde o projeto de extensão de enfrentamento da COVID-19 ao estágio em docência. Obrigada meu querido amigo e professor Marcos.

Agradeço aos meus colegas da turma de 2020 do Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira. Devido à pandemia da COVID-19, não foi possível nos conhecermos melhor pessoalmente, vivemos e convivemos no mestrado de forma distante, apenas pela tela do computador ou celular, mas sempre sentíamos o desejo de interagirmos dentro de uma sala de aula como uma turma de mestrado normal (e ao mesmo tempo diferente), o importante é que, apesar de tudo, nós conseguimos sentir carinho, orgulho, admiração e torcer uns pelos outros. Nossa turma é ajuda mútua e ninguém fica para trás, foi muito difícil para todos nós, ninguém sabia o que viria pela frente, o que nos tornou mais fortes para enfrentar as dificuldades do mestrado diante uma pandemia. Por isso, obrigada meus queridos colegas, por fazerem parte comigo da turma de mestrado do ano de 2020.

Muito obrigada a todas as enfermeiras e técnicas de enfermagem que aceitaram participar deste estudo, vocês foram fundamentais para que fosse possível eu subir mais um degrau na minha carreira e profissão, sem vocês este estudo não existiria.

Para finalizar esta caminhada, houve a participação de vários outros sujeitos que, de uma forma ou outra, mesmo sem querer, contribuíram para que eu chegasse até aqui. Então eu agradeço imensamente a todos, pois o melhor da vitória é ter com quem dividir as conquistas, já nada se conquista sozinho, meus sinceros agradecimentos e gratidão a todos.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas, ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

(Carl Jung).

PEREIRA Mirian Caroline. **Saúde mental de trabalhadores da enfermagem na Atenção Básica em município de fronteira**. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Manoela Carvalho. Foz do Iguaçu, 2022.

RESUMO

Pesquisa realizada no município de Foz do Iguaçu-PR, cujo objetivo foi compreender o adoecimento mental de trabalhadores da enfermagem atuantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) deste município de fronteira, verificando a ocorrência de Transtornos mentais e comportamentais entre estes trabalhadores. Além disso, buscou-se entender como o território de fronteira contribui para as condições de adoecimento mental destes trabalhadores. Para isso, foi necessário compreender as percepções dos trabalhadores da enfermagem atuantes nas UBS do município sobre seu adoecimento mental na relação entre o território, trabalho, e o contexto da pandemia por Coronavírus (COVID-19). Trata-se de um estudo descritivo, de abordagens quantitativa/qualitativa, desenvolvido em duas etapas, analisados a partir do referencial teórico do Materialismo Histórico Dialético e Clínica da Atividade. Realizou-se levantamento quantitativo para obter informações sobre perfil dos afastamentos do trabalho devido Transtornos mentais e comportamentais de trabalhadores da enfermagem nos anos de 2018-2021 e entrevista semiestruturada com 10 trabalhadoras da equipe de enfermagem. Como resultados dos dados quantitativos, as características epidemiológicas dos trabalhadores de enfermagem afastados por Transtornos mentais e comportamentais são, em sua maioria, mulheres, na faixa etária de 42,7 anos. As idades do grupo avaliado ficaram entre 26 e 62 anos. Os transtornos mentais que estão acometendo a saúde mental de enfermeiras (os) e auxiliares de enfermagem são o Transtorno Fóbicos Ansiosos, classificados no CID-10 como F40. Quanto à função, auxiliares estão ficando afastados um período maior de tempo do trabalho do que as (os) enfermeiras (os). Os resultados dos dados qualitativos mostraram que, o tempo de afastamento do trabalho é de sete a 120 dias de afastamentodevido ao diagnóstico de Depressão e Síndrome do pânico autorreferido por elas. Todas correspondiam ao quadro de efetivas concursadas no município de fronteira. Com a união dos dados adquiridos pelas entrevistas semiestruturadas, pode-se construir nove categorias de análises. As características que mais se destacaram para a construção das categorias foram os sentimentos de insegurança, angústia, medo, desmotivação, falta de reconhecimento e desvalorização, sobrecarga, desgaste, desamparo, pressão, raiva e inutilidade sendo que as condições de trabalho durante a pandemia por COVID-19 podem ter proporcionado o agravamento da saúde mental destas trabalhadoras. Portanto, pode-se compreenderque o trabalho na enfermagem em município de fronteira contribui para o adoecimento mental dos trabalhadores da equipe da enfermagem devido à forma como o trabalho da enfermagem em região de fronteira está organizado e as condições sob as quais é exercido, que se referem a excesso de demandas, número insuficiente de trabalhadores, baixos salários, falta de transparência no serviço público de saúde, influência de mudanças na gestão do município, repasse de informações de forma hierarquizada, entre outros.

Descritores: Enfermagem; Fronteira; Atenção Básica à Saúde; Saúde Mental; COVID-19.

PEREIRA, Mirian Caroline. **MENTAL HEALTH OF PRIMARY CARE NURSING WORKERS IN A MUNICIPALITY IN BORDER**. 147 f. Dissertation (Master in Public Health) – State University of Western Paraná. Orientador: Manoela Carvalho. Foz do Iguaçu, 2022.

ABSTRACT

Research carried out in the city of Foz do Iguaçu-PR, whose objective was to understand the mental illness of nursing workers working in the Basic Health Units (UBS) of this border municipality, verifying the occurrence of mental and behavioral disorders among these workers. In addition, we sought to understand how the border territory contributes to the conditions of mental illness of these workers. For this, it was necessary to understand the perceptions that nursing workers working in the UBS of the municipality have about their mental illness in the relationship between the territory, work, and the context of the Coronavirus pandemic (COVID-19). This is a quantitative/qualitative, descriptive-exploratory study, developed in two stages, analyzed from the theoretical framework of Dialectical Historical Materialism and Activity Clinic. A quantitative survey was carried out to obtain information regarding the total number of absences from work due to mental and behavioral disorders of nursing workers in the years 2018-2021 and a semi-structured interview was carried out, in which 10 workers from the nursing team participated. As a result of the quantitative data, the epidemiological characteristics of nursing workers on leave due to mental and behavioral disorders are mostly women, aged 42.7 years. The ages of the evaluated group were between 26 and 62 years. The mental disorder that has been affecting the mental health of nurses and nursing assistants is Anxious Phobic Disorder, classified in the ICD-10 as F40. As for the function, the data obtained informed that auxiliary workers are staying away from work for a longer period of time than nurses. The results of the qualitative data showed that , the time of absence from work is from seven to 120 days of absence due to the diagnosis of Depression and Panic Syndrome self-reported by them. All corresponded to the number of effective public tenders in the border municipality. With the union of the data acquired by the semi-structured interviews, based on how the workers understand and perceive the work of nursing in primary care in a border municipality, related to their mental illness, territory, and the context of the COVID-19 pandemic, it can be nine categories of analysis were constructed. The characteristics that stood out the most for the construction of the categories were feelings of insecurity, anguish, fear, demotivation, lack of recognition and devaluation, overload, exhaustion, helplessness, pressure, anger, uselessness, among others, and the working conditions during the COVID-19 pandemic may have worsened the mental health of these workers. Therefore, it can be understood that nursing work in a border municipality contributes to the mental illness of nursing staff workers due to the way in which nursing work in a border region is organized and the conditions under which it is carried out, which is refer to excess demands, insufficient number of workers, low wages, lack of transparency in the public health service, influence of changes in municipal management, transfer of information in a hierarchical manner, among others.

Keywords: Nursing; Border; Primary Health Care; Mental health; COVID-19.

PEREIRA, Mirian Caroline. **SALUD MENTAL DE TRABAJADORES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN MUNICIPIO EN FRONTERA.** 147 f. Dissertación (Maestría en Salud Pública) – Universidad del Estado del Oeste del Paraná. Líder: Manoela de Carvalho. Foz do Iguaçu, 2022.

RESUMEN

Investigación realizada en la ciudad de Foz do Iguaçu-PR, cuyo objetivo fue comprender la enfermedad mental de los trabajadores de enfermería que trabajan en las Unidades Básicas de Salud (UBS) de este municipio fronterizo, verificando la ocurrencia de trastornos mentales y de comportamiento entre estos trabajadores. Además, buscamos comprender cómo el territorio fronterizo contribuye a las condiciones de enfermedad mental de estos trabajadores. Para eso, fue necesario comprender las percepciones que tienen los trabajadores de enfermería que actúan en la UBS del municipio sobre su enfermedad mental en la relación entre el territorio, el trabajo y el contexto de la pandemia del Coronavirus (COVID-19). Se trata de un estudio cuantitativo/cualitativo, descriptivo-exploratorio, desarrollado en dos etapas, analizado desde el referencial teórico del Materialismo Histórico Dialéctico y la Clínica de la Actividad. Se realizó una encuesta cuantitativa para obtener información respecto al total de ausencias al trabajo por trastornos mentales y de conducta de los trabajadores de enfermería en los años 2018-2021 y se realizó una entrevista semiestructurada, en la que participaron 10 trabajadores del equipo de enfermería. Como resultado de los datos cuantitativos, las características epidemiológicas de los trabajadores de enfermería en excedencia por trastornos mentales y del comportamiento son en su mayoría mujeres, con edad de 42,7 años. Las edades del grupo evaluado estuvieron entre 26 y 62 años. El trastorno mental que viene afectando la salud mental de enfermeras y auxiliares de enfermería es el Trastorno Ansioso Fóbico, clasificado en la CIE-10 como F40. En cuanto a la función, los datos obtenidos informaron que los trabajadores auxiliares se ausentan del trabajo por más tiempo que los enfermeros. Los resultados de los datos cualitativos demostraron que, el tiempo de ausencia al trabajo es de siete a 120 días debido al diagnóstico de Depresión y Síndrome de Pánico. Todos correspondieron al número de licitaciones públicas vigentes en el municipio fronterizo. Con la unión de los datos adquiridos por las entrevistas semiestructuradas, a partir de cómo los trabajadores entienden y perciben el trabajo de enfermería en el primer nivel de atención en un municipio fronterizo, en relación a su enfermedad mental, territorio y contexto de la COVID-19 pandemia, se construyeron nueve categorías de análisis. Las características que más se destacaron para la construcción de las categorías fueron los sentimientos de inseguridad, angustia, miedo, desmotivación, falta de reconocimiento y desvalorización, sobrecarga, agotamiento, impotencia, presión, ira, inutilidad, entre otras, y las condiciones de trabajo durante la pandemia de COVID-19 puede haber empeorado la salud mental de estos trabajadores. Por lo tanto, se puede entender que el trabajo de enfermería en un municipio fronterizo contribuye a la enfermedad mental de los trabajadores de enfermería por la forma en que se organiza el trabajo de enfermería en una región fronteriza y las condiciones en que se realiza, lo que se refiere a la sobredemanda, número insuficiente de trabajadores, bajos salarios, falta de transparencia en el servicio público de salud, influencia de cambios en la gestión municipal, transferencia de información de manera jerárquica, entre otros.

Palabras Clave: Enfermería; Frontera; Atención Primaria de Salud; Salud mental; COVID-19.

LISTA DE SIGLAS

ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ANMATA	Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologia
APS	Atenção Primária a Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CADÚNICO	Cadastro único
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CARTÃO SUS	Cartão Nacional de Saúde do SUS
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNAM	<i>Conservatoire National des Arts et Métiers</i>
CNS/MS	Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COVID-19	Coronavírus
DISO	Diretoria de Saúde Ocupacional
DSM	Manuais de Diagnóstico e Estatística
EUA	Estados Unidos da América
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MP	Migração Pendular
MPS	Ministério da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica
OECD	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PEA	População economicamente ativa
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI-AR	Parque Nacional do Iguaçu
PSF	Programa Saúde da Família
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
RPPS	Regime Próprio de Previdência Social
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SSS	Superintendência de Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TA	Transtornos de ansiedade
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNA-SUS	Sistema Universidade Aberta do SUS
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino Americana
USF	Unidades de Saúde da Família.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura-01 Faixa de Fronteira do Brasil com demais países da América do Sul (não evidenciados), contendo densidade populacional brasileira, 2010.....36

Quadro 01 – Caracterização das trabalhadoras entrevistadas – Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2018 - 2021.....78

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica dos trabalhadores da equipe de enfermagem, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2018 - 2021.....67
- Tabela 2.** Caracterização por grupo de CID-10 nos anos de afastamentos do trabalho da equipe de enfermagem, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2018 - 2021.....68
- Tabela 3.** Caracterização por idade em anos e grupo de CID-10 nos afastamentos do trabalho da equipe de enfermagem, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2018 – 202.....69
- Tabela 4.** Caracterização por dias de afastamento do trabalho e função, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2018 - 2021.....70
- Tabela 5.** Caracterização de afastamento do trabalho por ano e distrito sanitário, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2018 - 2021.....71

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 OBJETIVOS.....	20
2.1. Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
3.1 Processo histórico que envolve a saúde dos trabalhadores.....	21
3.2 Saúde mental do trabalhador.....	26
3.3 Transtornos mentais e comportamentais na saúde mental dos trabalhadores da enfermagem.....	30
3.4 A saúde em território de fronteira.....	34
3.5 Saúde pública na tríplice fronteira.....	38
3.6 Relação entre a pandemia pelo Coronavírus e a região de fronteira.....	45
4 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO.....	50
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	60
5.1 Delimitação da pesquisa.....	60
5.1.2 Campo da pesquisa.....	61
5.1.3 Fonte de dados quantitativos.....	61
5.1.4 Fonte de dados qualitativos.....	61
5.1.5 População e amostra.....	61
5.1.6 Coleta de dados quantitativos.....	62
5.1.7 Coleta de dados qualitativos.....	62
5.1.8 Organização e análise dos dados quantitativos.....	64
5.1.9 Organização e análise dos dados qualitativos.....	64
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	67
6.1 Características epidemiológicas dos trabalhadores de enfermagem afastados por Transtornos mentais e comportamentais.....	67
6.2 Percepção do adoecimento relacionado ao trabalho da enfermagem em região de fronteira.....	77
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
REFERÊNCIAS.....	120
APÊNDICES.....	137

1 INTRODUÇÃO

O interesse por estudar o adoecimento mental dos trabalhadores de enfermagem que atuam na atenção básica em fronteira, em especial da cidade de Foz do Iguaçu-PR, surgiu a partir das vivências estabelecidas com estes profissionais na atenção básica enquanto residente no Programa de Especialização - Lato Sensu de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Integração Latino-Americana-UNILA.

Percebeu-se, naquele momento, por meio das rotinas de trabalho em equipe, que estes trabalhadores apresentavam frequentemente afastamento do trabalho devido ao sofrimento e adoecimento mental, possivelmente por causa das condições da rotina de trabalho na atenção básica, sendo que, em muitos casos, eles também demonstravam ter dificuldades em se desvencilhar das questões que envolvem o trabalho, estando fora deste ambiente. Desta maneira, o desgaste físico e psíquico destes trabalhadores se tornava cada vez mais visível.

Devido a isso, motivada em pesquisar o que poderia estar desencadeando o adoecimento mental nos trabalhadores da equipe de enfermagem atuantes na atenção básica em município de fronteira, ingressei como aluna regular no Programa de Pós-Graduação, Stricto Sensu, Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Foz do Iguaçu, para a realização desta investigação.

É reconhecido que os trabalhadores da enfermagem são os profissionais de saúde cujo o trabalho é centrado no cuidado ao ser humano, envolvendo uma ligação direta entre profissional-paciente-usuário e a vivência de vários fatores relacionados ao adoecimento. Esses fatores são potenciais de impactos negativos psicossociais e psicossomáticos, podendo gerar sérios agravos de saúde (DAL' BOSCO et al., 2020).

Quando nos referimos ao trabalho da enfermagem em unidades básicas de saúde, entende-se que os trabalhadores que atuam na atenção primária à saúde (APS), considerada a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), são cobrados para garantir o acesso universal da população ao sistema, bem como garantir um cuidado integral e resolutivo a essa população (DAL' BOSCO et al., 2020).

Algumas situações e características do ambiente de trabalho podem estar relacionadas, de algum modo, ao sofrimento e adoecimento, pois o rol de suas atividades não compreende apenas a unidade de saúde, mas também os territórios de responsabilidade da unidade, situações estas que podem gerar gasto de energia e

adaptação, desencadeando, assim, algum tipo de sofrimento ou, até mesmo, o processo de adoecimento mental (SILVA, 2015).

Em conjunto com todas as questões relacionadas ao trabalho da equipe de enfermagem, segundo Ferreira, Mariani e Braticevic (2015), ser trabalhador na atenção básica é deparar-se com vários desafios diários. Portanto, ser trabalhador da enfermagem em região de fronteira é se deparar com os desafios da profissão em conjunto com as múltiplas particularidades que só existem nessas regiões, o que pode contribuir como sofrimento e adoecimento mental relacionados ao trabalho.

Destaca-se que todos esses fatores relacionados ao trabalho da equipe de enfermagem, em conjunto ao cenário de calamidade como o qual têm se instalado durante final de 2019 e o ano de 2020, agravado pela pandemia do novo coronavírus (SARS-COV-2), são situações que estão, cada vez mais, levando a um grande agravamento na saúde mental destes trabalhadores (DAL'BOSCO et al., 2020).

Nesta mesma direção, os profissionais de saúde, principalmente de enfermagem, expostos à doença da COVID-19, durante o período da epidemia, sofreram impactos negativos na saúde mental relacionados ao contexto de trabalho. Entretanto, o sofrimento psíquico repercute e impacta a vida do profissional de enfermagem no âmbito psicossocial e do seu bem-estar geral, o que denota a relevância de identificar tais situações de sofrimento mental (MIRANDA et al., 2021).

A COVID-19 é uma doença respiratória aguda com alterações hematológicas, causada pelo Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2) e apresenta taxa de letalidade que varia entre 0,5% e 18%, de acordo com a faixa etária. Foi descrita pela primeira vez em Wuhan, China, em dezembro de 2019, e afetou todos os continentes (SILVA-SOBRINHO et al., 2021).

Pode-se perceber que o quadro atual demanda um olhar abrangente sobre o processo de saúde/doença mental, já que na história da psicologia como ciência e profissão o trabalho ocupou, de modo geral, uma posição secundária, sendo utilizado somente como um campo de aplicação dos conhecimentos psicológicos ou como um dos indicativos de uma vida adaptada e saudável (RAMOS-TOESCHER et al., 2020).

Ao contrário disso, a função da psicologia em conjunto com as questões relacionadas ao trabalho, busca possibilitar o desenvolvimento subjetivo do sujeito, um desenvolvimento que se dá em intimidade com a transformação concreta do mundo pelos atos do e no trabalho que emergem de sua atividade. Tal função é apontada, na

perspectiva da Clínica da Atividade, tendo um papel crucial na constituição do ser humano como sujeito relacional e criador (CLOT, 2006).

Dessa maneira, procurou-se descrever as percepções desses trabalhadores sobre a relação entre o adoecimento e as condições de trabalho em município de fronteira, identificando alterações no processo de trabalho no contexto da pandemia por COVID-19, Procurando compreender sua relação com o sofrimento e adoecimento mental.

Andrade e Dantas (2015) mostraram que na segunda década do século XXI, os casos de Transtornos mentais e comportamentais já vinham aumentando na população em geral, sendo que as atividades realizadas no trabalho têm importante relação no desenvolvimento e na evolução de distúrbios psíquicos.

Um dos adoecimentos mentais que se relacionam tanto com a atividade laboral dos trabalhadores quanto com suas vivências pessoais (que não estão dissociadas de sua vida laboral), são os Transtornos mentais e comportamentais . As experiências negativas vivenciadas no cotidiano, indiferente do ambiente e de forma integrada, podem desencadear esse adoecimento mental (SANTOS et al., 2019).

Para a descrição desses distúrbios psíquicos, a Classificação Internacional de Doenças na 10ª revisão (CID 10) define os Transtornos mentais e comportamentais , no seu capítulo V, com os códigos definidos pela letra F (CID F) compreendidos entre F00 ao F99, trazendo uma ampla categorização de condições clínicas, preceitos de diagnóstico, para, assim, compreender os sintomas relacionados e apontar caminhos para a prevenção (LIMA; BLANK; MENEGON, 2015).

É necessário compreender o que pode estar desencadeando os Transtornos mentais e comportamentais nos trabalhadores, sendo que há muitas evidências que comprovam a relação entre o sofrimento humano e as formas de organização do trabalho existentes na atualidade (OLIVEIRA; LIMA; VILELA, 2017). Entretanto, apesar de evidências de que as condições de trabalho na atualidade estão relacionadas ao adoecimento mental nos trabalhadores, as políticas públicas que abordam essa temática ainda são frágeis no Brasil.

Estudo realizado pelos autores Ferreira, Mariani e Braticevic (2015) apontam que, nos últimos anos, a enfermagem vem apresentando um aumento significativo no que se refere ao adoecimento mental relacionado aos Transtornos mentais e comportamentais, pelo fato de ser uma categoria profissional repleta de particularidades, sendo aquela que tem contato direto com os pacientes, usuários do serviço, exercendo

suas atividades em ritmos acelerados, enfrentando altas demandas nos serviços de saúde (SOUZA; BERNARDO, 2019).

O tema de investigação proposto é relevante para a compreensão da saúde dos trabalhadores, especialmente os de enfermagem, para a saúde pública, bem como para a atenção básica de saúde do município. Pode subsidiar a possibilidade de novos saberes e a construção de novas práticas assistenciais para garantir a qualidade do cuidado em saúde da APS, em especial no que se trata da saúde de seus trabalhadores, gestores e usuários

Para dar conta da complexidade do problema em questão, o presente estudo baseou-se no referencial teórico do Materialismo histórico e dialético em conjunto com a Clínica da Atividade para orientar a pesquisa, opondo-se à lógica linear dita idealista, em que a realidade é preconcebida seguindo preceitos previamente estabelecidos e definições não mutáveis, visto que o homem transforma e é transformado por sua realidade, numa relação dialética e não necessariamente lógica do ponto de vista filosófico (MEDEIROS, 2011).

Com a realização da pesquisa, pôde-se compreender a relação entre o trabalho da enfermagem no território de fronteira e o adoecimento mental desses trabalhadores da enfermagem que atuam na Atenção Básica, e o contexto da pandemia por COVID-19, mas especificamente trabalhadoras de enfermagem no município de Foz do Iguaçu-PR, localizado no extremo oeste do Estado do Paraná, uma das cidades que compõe a tríplice fronteira entre Argentina, Brasil e Paraguai, com população de 257.971 habitantes, além de encontrar-se em um território destacado pela diversidade cultural (IBGE,2021).

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Compreender a relação entre o trabalho da enfermagem em território de fronteira e o adoecimento mental de trabalhadores da enfermagem que atuam na Atenção Básica, e o contexto da pandemia por COVID-19.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever características epidemiológicas dos trabalhadores de enfermagem afastados por Transtornos mentais e comportamentais que atuam nas unidades básicas de saúde em um município de fronteira.
- Descrever a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre a relação entre o adoecimento e as condições de trabalho em município de fronteira.
- Identificar alterações no processo de trabalho no contexto da pandemia por COVID-19 possivelmente relacionados ao sofrimento e adoecimento mental de trabalhadores de enfermagem.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Processo histórico do desenvolvimento do campo da saúde dos trabalhadores

Buscando compreender a grandeza do processo histórico que envolve o desenvolvimento do campo da saúde dos trabalhadores, na busca por compreender a relação entre o adoecimento, trabalho e território, faz-se necessário pesquisar as etapas dessa construção. As primeiras referências à associação entre saúde, trabalho e doença foram encontradas em papiros egípcios e na civilização greco-romana por volta de 1500 a.C. (FRIAS JUNIOR, 1999 apud WAISSMANN, 2006).

No entanto, é apenas com a Revolução Industrial que a Medicina do Trabalho começa a se institucionalizar nas fábricas, onde o empregador passou a contratar médicos de sua confiança para atender aos trabalhadores que adoeciam ou se acidentavam. Esses médicos eram contatados para selecionar os operários que tinham menos chance de adoecer ou os mais saudáveis, afinados com o objetivo do capital. Nesses períodos, as vítimas dos acidentes e das doenças relacionadas ao trabalho eram quase exclusivamente pessoas de classes baixas, o atendimento médico era realizado para que voltassem o quanto antes para o trabalho, demonstrando a questão da exploração (MENDES; DIAS, 1991).

A Medicina do Trabalho, enquanto especialidade médica, surge na Inglaterra, onde o consumo da força de trabalho, que exigia que os trabalhadores se submetessem a um processo acelerado e desumano de produção, mostra para os donos das indústrias a necessidade de intervenções que pudessem assegurar a produtividade do trabalho (CHAGAS; SALIM; SERVO, 2011).

Depois desse movimento, surgem outros que foram estabelecidos por meio de relações tensas e contraditórias para a mudança de práticas antes não reconhecidas e respeitadas sobre o homem e trabalho, surgindo, assim, a Saúde Ocupacional, Saúde e Segurança no Trabalho, Saúde do Trabalhador, em que o penúltimo a ser criado, Saúde e Segurança no Trabalho, é o mais estável na contemporaneidade (LA-ROTTA et al., 2018).

Nesse contexto já se percebe a necessidade da participação de outros saberes e habilidades, além dos do profissional médico, para que haja uma atuação de prevenção mais efetiva das doenças e dos acidentes. Entram em cena três profissionais, o engenheiro, o profissional da higiene industrial e o profissional da Ergonomia (LA-ROTTA, et al, 2018).

Constituiu-se, assim, uma equipe multidisciplinar composta por profissionais nomeados pelo empregador como especialistas em Saúde Ocupacional, a qual ganha corpo com o esforço de reconstrução pós-Segunda Guerra Mundial, pelo consequente aumento de cargas de trabalho que originaram mais acidentes e doenças, quando fica patente a relativa impotência da medicina do trabalho para intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção (LA-ROTTA, et al, 2018).

A Saúde Ocupacional desenvolve-se dentro das grandes empresas com o traço da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, com ênfase na higiene industrial, refletindo a origem histórica dos serviços médicos. Pensar a atuação multiprofissional e a estratégia de intervir nos locais de trabalho, com a finalidade de controlar os riscos ambientais, possibilitou a intensificação do ensino e pesquisa dos problemas de saúde ocupacional em escolas de saúde pública, principalmente nos Estados Unidos (LANCMAN, et al, 2020).

No Brasil, ocorreu gradualmente a adoção e o desenvolvimento da saúde ocupacional. A Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, cria uma área de Saúde Ocupacional, dentro do Departamento de Saúde Ambiental, ampliando de forma especial sua influência como centro irradiador do conhecimento, através de cursos de especialização, principalmente, de pós-graduação (mestrado e doutorado) (CHAGAS; SALIM; SERVO, 2011).

Na década de 1970, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), coloca as normas relativas à obrigatoriedade de equipes técnicas multidisciplinares nos locais de trabalho na avaliação quantitativa de riscos ambientais e adoção de limites de tolerância, entre outras. Entretanto, apesar das mudanças estabelecidas na legislação trabalhista, foram mantidas na legislação previdenciária/ acidentária as características básicas de uma prática medicalizada, de cunho individual, e voltada exclusivamente para os trabalhadores engajados no setor formal de trabalho (CHAGAS; SALIM; SERVO, 2011).

Entendendo-se assim, que o modelo da saúde ocupacional desenvolvido para atender a uma necessidade da produção, pois o modelo manteve o referencial da medicina do trabalho firmado no mecanicismo, não concretizando o apelo da interdisciplinaridade, produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção, e não acompanhou o ritmo da transformação dos processos de trabalho. Apesar de focar a questão no coletivo de trabalhadores, continua a abordá-los como "objeto" das ações de saúde (LA-ROTTA, et al, 2018).

E foi assim, que no final dos anos 1960 e início da década de 1970, com o fortalecimento dos sindicatos dos trabalhadores químicos, de petróleo e de energia atômica nos Estados Unidos da América (EUA), a inclusão do trabalhador como participante de seu próprio cuidado e saúde, começa a ser construída com base na prática da nomeação. As discussões e embates em torno da luta política pela implantação de novas práticas sob a denominação de Saúde do Trabalhador, são fortalecidos pela construção coletiva de se alcançar meios de o trabalhador abandonar a passividade e alçar-se como sujeito ativo, exigindo e indicando o que deveria ser mudado (LANCMAN, et al, 2020).

Embora no Brasil a expressão Saúde do Trabalhador tenha sido empregada no movimento sindical nos anos 1979-1984, a nomenclatura também foi apoiada na iniciativa da Organização Pan Americana de Saúde, que considerou 1992 como o ano da Saúde dos Trabalhadores (LA-ROTTA, et al, 2018).

Portanto, o termo Saúde do Trabalhador consolida-se quinze a vinte anos depois do termo Saúde e Segurança do Trabalho começar a circular e se tensionar com as nomeações já existentes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveu, em 8 de junho de 2006, uma reunião em Stresa, Itália, na qual pela primeira vez é reconhecido e empregado o termo Saúde do Trabalhador, embora a OIT não tenha acompanhado a declaração da OMS (LANCMAN, et al, 2020).

Diferenciando-se das anteriores, Saúde do trabalhador constitui-se pela afirmação do trabalhador como o sujeito a ser cuidado, a ter garantido seu estado saudável, deslocando, de maneira substantiva e significativa, que não é o trabalho ou os meios de produção que devem ser protegidos, mas sim o trabalhador. E, ainda, pela compreensão da determinação social do processo saúde-doença, na qual, o trabalho é compreendido como categoria central para a compreensão desta relação. É em nome deste trabalhador e de sua saúde que os meios e modos de produção devem se adequar, e não o contrário (LA-ROTTA, et al, 2018).

As pessoas estão condicionadas a viver de uma forma que não é boa para a sua saúde, com sistemas de trabalho cada vez mais perigosos, consumo baseado no desperdício, uma forma que não é protetora de um bem viver, mas de um consumo comercial, despojada de recursos de defesa, de suportes de organizações protetoras coletivas e comunitárias. Como indivíduos, temos que nos mover em uma margem muito restrita de condições, e estas condições estão produzindo doenças evidentes (BREILH, 2015).

Nesse sentido, as relações inadequadas no ambiente de trabalho podem ser causadoras dos adoecimentos, mas, em contrapartida, aspectos da personalidade também se envolvem nessa relação, uma vez que cada indivíduo possui uma subjetividade. Por isso que afirmar a existência de um nexos causal no ambiente de trabalho tem sido uma tarefa árdua (SOUZA; BERNARDO, 2019).

Depressão, tentativas de suicídios, uso abusivo de álcool e drogas, estresse, crises de ansiedade, fadiga e esgotamento profissional estão se tornando cada vez mais comuns, e há muitas evidências da relação entre essas expressões do sofrimento humano e as formas de organização do trabalho existentes na atualidade (SOUZA; BERNARDO, 2019).

O elo biopsíquico se estabelece em sociedade, mesmo que as dimensões biológica e psíquica constituam os indivíduos, a dimensão social possui uma posição hierárquica superior na determinação dos sujeitos e coletivos humanos, inclusive em seus processos de saúde-doença, devido à sua capacidade de integração com as outras duas dimensões (BREILH, 2006).

Desse modo, a epidemiologia crítica compreende que um evento social só poderá representar uma fonte potencial de risco para a saúde, se ela estiver em conformidade com a estrutura epidemiológica dos coletivos humanos. Não se trata exclusivamente da ação externa de um elemento ambiental agressivo, nem da reação internalizada de um hospedeiro susceptível, mas sim, de um sistema complexo de efeitos patológicos (GARBOIS et al., 2017).

A epidemiologia crítica ampara-se no reconhecimento dos processos protetores e de desgastes determinantes do processo saúde-doença vividos por grupos de classes sociais distintas, para os quais o trabalho possui um papel importante para o desencadeamento de adoecimento (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

Ao reconhecer a determinação social do processo saúde-doença, a epidemiologia passa a se apresentar como uma teoria social que explora a “estruturação-desestruturação-reestruturação” dos processos que são geradores das necessidades em saúde da população para reorientar as práticas em saúde no sentido de atendê-las. Esse modelo contribuiu para evidenciar a complexidade dos problemas de saúde da coletividade, como também da relação do processo de produção e consumo com o conjunto dos problemas de saúde (GOMEZ; VASCONCELLOS; MACHADO, 2018).

As relações de trabalho foram amplamente modificadas depois da Revolução Industrial. Esse marco histórico colaborou com grandes transformações nas relações

trabalhistas, partindo das formas de administração da força de trabalho, passando pelos perfis de trabalhadores, até a capacitação dos profissionais (BERNARDO et al., 2017).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde do(a) Trabalhador(a), segundo a Portaria N° 1.823, foi estabelecida em 23 de agosto de 2012, tendo como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do SUS, para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2018).

Esta política tem por finalidade a promoção da melhoria da qualidade de vida e da saúde do trabalhador, mediante a articulação e integração, de forma contínua, das ações de Governo no campo das relações de produção, consumo, ambiente e saúde (LOPES et al.,2020).

Certamente, quando o indivíduo se vincula a qualquer situação de trabalho, seja ela formal, informal, autônoma ou temporária, diversas variáveis atuam sobre ele e passam a interferir no seu estado pessoal, na saúde, nas relações sociais e no próprio trabalho (LOPES et al.,2020).

Souza e Queiróz (2018) afirmam que todos os trabalhadores, sejam homens ou mulheres, independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, são sujeitos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a qual está alinhada ao conjunto de políticas de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença.

Nessa direção, segundo os autores Silva, Bernardo e Souza (2016), é extremamente relevante compreender como ocorre o desgaste mental do trabalhador, e quais ações podem ser realizadas pelos sindicatos enquanto entidades representativas dos trabalhadores para mudar esse quadro.

3.2 Saúde mental do trabalhador

Na busca de “organizar” o trabalho em uma visão mecanicista, foi também durante a Revolução Industrial que surgiu a psicologia industrial, inicialmente com processos voltados para seleção de pessoas e pesquisas de produtividade em relação ao esforço. Foi só em 1925 que a psicologia industrial começou a estudar questões mais subjetivas, empenhando-se na pesquisa de comunicação, motivação e comportamento nas organizações (LOPES et al.,2020).

Isso fez com que a psicologia industrial se desmembrasse em duas diferentes vertentes, Psicologia Organizacional e a Psicologia do Trabalho. A Psicologia Organizacional busca aprimorar ações e metodologias para que o trabalhador possa encontrar uma ambiente de trabalho mais saudável . Compreende a organização um organismo vivo, dependente de várias pessoas para crescer e atingir os objetivos estratégicos (BERNARDO et al., 2017).

A Psicologia Organizacional continuou os estudos sobre treinamento, não apenas com a visão de capacitação para o trabalho, mas também com a de desenvolvimento de recursos humanos. Ela encampou as "novidades" dos autores estruturalistas e sistêmicos da administração. O caráter instrumental da Psicologia Organizacional acabou por supervalorizar as teorias comportamentais na Psicologia, que maximizam a influência do ambiente no comportamento humano e minimizam as influências intrapsíquicas, reduzindo-as ao âmbito da satisfação, novo tema que surgiu dentro dos estudos de motivação (SAMPAIO, 1998, p. 24).

Psicologia do Trabalho, é uma Psicologia que tem como ponto central o estudo e a compreensão do trabalho humano em todos os seus significados e manifestações. Com esse reposicionamento da Psicologia do Trabalho, a obsessão pela produtividade cede lugar para uma compreensão do trabalho humano em todos os seus significados e manifestações, uma compreensão mais próxima do homem que trabalha. Isso implica um aumento do campo de visão do pesquisador em Psicologia do Trabalho, que, fazendo pesquisas menos instrumentais, consegue discutir temas que até então eram proibidos, esquecidos ou negligenciados (SAMPAIO, 1998, p. 27).

A inserção do psicólogo nas equipes de saúde pública, nos vários espaços institucionais como escolas, hospitais, organizações empresariais, sindicatos, clínica privada, requer um instrumental teórico e metodológico que lhe permita estabelecer o nexos causal entre o trabalho e o adoecimento mental em acordo com as regras da legislação brasileira (ROCHA; AMADOR, 2018).

Na investigação das relações saúde-trabalho, é de suma importância o estabelecimento do nexos causal, ou seja, da relação causal entre determinado evento de saúde (como um dano ou uma doença) e o trabalho. Dessa identificação, decorrem ações de tratamento e prevenção, individuais ou coletivas (ROCHA; AMADOR, 2018).

Houve tempos em que o sofrimento no trabalho era associado a patologias e, dependendo da corrente teórica de alguns estudiosos sobre o assunto, ainda é realizada esta associação, sendo em sua grande parte, associações somáticas. No entanto, essa realidade tem mudado, na psicopatologia do trabalho existe uma atenção maior às doenças, ao nexos causal epidemiológico, já na psicodinâmica existe um olhar mais interessado no antes do adoecer, na escuta do sofrimento, que nem sempre aparece sob a forma de doenças, mas em mal estares difusos (JACQUES, 2007).

Os princípios que fundamentam o estabelecimento do nexos causal ainda se reportam a um modelo em que a ênfase recai na patologia. Sobre esse modelo, a doença se sobrepõe ao paciente e este se apresenta como a-histórico em termos de sua inserção no mundo. A necessidade de enquadramento da queixa em uma classificação psicopatológica constituída em termos de sintomas e sinais acaba por encobrir o sujeito e seu sofrimento, alienando-o do seu processo de adoecimento (JACQUES, 2007).

Para Dejours (1993), a primeira vítima do sistema não é o aparelho psíquico, mas sim o corpo dócil e disciplinado, entregue às dificuldades inerentes à atividade laborativa, dessa forma, projeta-se um corpo sem defesa, explorado e fragilizado pela privação de seu protetor natural, que é o aparelho mental.

Brandão e Lima (2019), Dejours (1993) propõe a psicodinâmica do trabalho como uma nova disciplina. O próprio título do *Addendum*, “Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho” já anunciava a mudança de perspectiva do seu autor. A partir de uma reflexão em torno do período que se passou entre a primeira e a segunda edição de *Travail, usure mentale* (publicado no Brasil, em 1987, com o título “A loucura do Trabalho” - estudo de psicopatologia do trabalho), Dejours qualificou a psicopatologia do trabalho como “demasiadamente estreita para responder às novas questões”, dizendo que isso o obrigou “a vislumbrar uma perspectiva mais ampla, a disciplina psicodinâmica do trabalho” (BRANDÃO; LIMA, 2019, p. 9).

A passagem para a compreensão da psicopatologia para a psicodinâmica do trabalho, passou a ser fundamental entender o sofrimento enquanto sintoma a ser escutado, e sempre presente no trabalho. Não é estabelecido um nexos nem é entendido

por Dejours como uma causa, mas pode ser desencadeador de patologias, já que estas tem relação com toda a história de desenvolvimento (JACQUES, 2007).

A carga psíquica é representada como resultado da confrontação ente os desejos do trabalhador e da instituição. Caso a relação estabelecida entre o trabalhador e a instituição sejam disfuncionais, e se nenhuma modificação vier a acontecer, abre-se o domínio do sofrimento, o qual pode desencadear o adoecimento (SOUSA et al., 2021).

Sufrimento e adoecimento mental são dois acometimentos em saúde que precisam ser diferenciados nesta questão. Sofrimento mental diz respeito a sensações como ansiedade, tristeza e somatizações que não chegam a configurar um adoecimento mental. O sofrimento mental é uma desordem emocional que pode ser progressiva, podendo ser observado mais claramente em situações que envolvam perda, luto e dificuldade profissional (DEL'OLMO; CERVI, 2017).

O sofrimento, pode tanto derivar em criatividade e desenvolvimento, como em adoecimento, dependendo da relação estabelecida com a organização do trabalho. A persistência deste sofrimento mental pode desencadear desequilíbrios químicos no organismo, causando adoecimentos mentais mais sérios, como a ansiedade generalizada, depressão, transtornos alimentares, entre outros (MELLO et al., 2020).

Desequilíbrios químicos podem ser caracterizados quando o cérebro produz certos compostos em níveis nocivos que atrapalham o funcionamento das células e podem causar danos irreparáveis à medida que se sucedem, levando à deterioração das capacidades de raciocínio, planejamento e aprendizagem e até a uma alteração leve e definitiva do humor. Simultaneamente ao aumento na concentração dessas substâncias, haveria também uma diminuição nos de compostos neuroprotetores naturalmente produzidos pelo organismo (BERK, 2011, p. 810).

Para explicar melhor a diferença entre sofrimento e adoecimento mental, pode-se considerar o exemplo de uma mulher que se sente irritada por estar sobrecarregada pelo excesso de tarefas do seu cotidiano e, frequentemente passa a apresentar sintomas de uma doença física sem causa aparente. Esse quadro pode e deve ser analisado a partir da perspectiva da somatização em função de um desgaste emocional, ou seja, o sofrimento gerado pela sobrecarga de funções desencadeou uma doença física (MELLO et al., 2020).

Assim como o exemplo utilizado, os trabalhadores da enfermagem, por estarem no meio do contexto de atenção à saúde, estão apresentando um aumento significativo no que se refere ao adoecimento mental. Segundo Faria (2020), este adoecimento

mental está relacionado com o fato desses trabalhadores estarem envolvidos na prestação de cuidados diretos ao paciente, ocorrendo uma sobrecarga das atividades.

A carga de trabalho da enfermagem é influenciada por fatores específicos da profissão, podendo ser entendido pela Clínica da Atividade como real do trabalho e gênero da atividade, levando a uma elevada implicação emocional (SOUSA et al., 2018). Além disso, as unidades básicas de saúde costumeiramente contam com número bem limitado de profissionais, e essa situação pode levar o trabalhador da enfermagem abandonar aos poucos suas tarefas, levando-o a perder a motivação por não concluir com eficiência suas atribuições (FARIA, 2020).

Atribuições estas que também correspondem à necessidade de compreensão do território de atuação, o que significa transpor os muros da unidade básica de saúde (UBS), sem saber de fato o que poderá ser encontrado, o que proporciona sentimento de tensões, preocupações sobre o desconhecido, bem como motivações, satisfação e valorização sobre o trabalho realizado (SOUSA et al., 2021).

O trabalho é a atividade por meio da qual o ser humano produz sua própria existência. A ideia não é que o ser humano exista em função do trabalho, mas é por meio dele que produz os meios para manter-se vivo. O impacto do trabalho e do seu contexto exercem grande influência na construção do sujeito. O ser social vai além do trabalho, envolve os mecanismos de racionalidade, sensibilidade e atividade (trabalho) (NETTO; BRAZ, 2006).

Pode-se verificar, na construção histórica do trabalho, uma relação muito próxima entre trabalho e adoecimento do trabalhador, decorrente desta constante relação. O adoecimento ocorre devido à magnitude do desgaste físico e psíquico relacionado ao trabalho, o que afeta diretamente a saúde dos trabalhadores de diversas áreas (OLIVEIRA; BASTOS, 2014).

Devido a esta relação complexa, a saúde dos trabalhadores vem se tornado um assunto muito relevante para a realização de pesquisas de forma contínua por alguns pesquisadores, gestores da área da saúde e profissionais. O atual contexto sociocrático, onde se intensifica a exploração da força de trabalho, instabilidade dos vínculos empregatícios, intensidade da jornada de trabalho, excesso de demandas profissionais e baixos salários, são situações que afetam os trabalhadores de forma direta, inclusive aqueles que atuam no SUS (OLIVEIRA; BASTOS, 2014).

3.3 Transtornos mentais e comportamentais em trabalhadores da enfermagem

De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), doenças mentais são responsáveis por uma redução significativa de trabalhadores no ambiente de trabalho, aumento do absenteísmo e pela exclusão social de milhares de pessoas, gerando altos custos econômicos e sociais (SILVA; BERNARDO; SOUZA, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT) afirmam que mais de 30% dos trabalhadores dos países industrializados sofrem com algum tipo de transtorno mental. No Brasil, os dados do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPS) revelam a alta incidência de doenças psíquicas entre a população em idade produtiva, representando a terceira maior causa de afastamento do trabalho no país (SILVA; BERNARDO; SOUZA, 2016).

Parece haver relutância por parte do poder público, dos administradores das empresas e dos próprios trabalhadores em considerar os contextos macros e microsociais do adoecimento, e assumir que o trabalho pode agir negativamente sobre o psiquismo de quem trabalha (ROTOLI et al., 2019). Em nossa sociedade, permanece a ideia de que o trabalho possui sempre uma influência positiva em nossas vidas, e o sofrimento/adoecimento psíquico, em geral, é visto como um sinal de fraqueza individual.

Segundo a OMS, não existe uma definição “oficial” de saúde mental, uma vez que uma série de diferenças culturais, julgamentos subjetivos e teorias relacionadas acabam por afetar no modo como a “saúde mental” é definida. Portanto, a sua compreensão é mais ampla do que apenas a ausência de transtornos mentais, já que pode ser utilizada como um termo capaz de descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional de um indivíduo, incluindo a sua capacidade de apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica (GAINO et al., 2018).

Para Rotoli et al (2019), sobre a definição da OMS, a saúde mental deve ser uma parte integrante e essencial da saúde, ultrapassando a simples ausência de transtornos mentais ou deficiências. Trata-se de um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida e trabalhar de forma produtiva, sendo capaz de fazer contribuições à sua comunidade.

Os transtornos mentais são agravos de saúde altamente prevalentes na sociedade atual. Segundo dados da OMS, transtornos mentais como depressão, abuso de álcool, transtorno bipolar e esquizofrenia se encontram entre as 20 principais causas de incapacidade (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018).

Estima-se que, atualmente, a depressão afeta cerca de 350 milhões de pessoas, sendo que a taxa de prevalência na maioria dos países varia entre 8% e 12%. Tal doença é principal causa de incapacitação dos indivíduos no mundo e a terceira principal causa da carga global de doenças em 2004. A previsão é de que subirá ao primeiro lugar até 2030 (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018).

Um dos adoecimentos mentais que se relacionam tanto com a atividade laboral dos trabalhadores quanto às suas vivências pessoais (que não estão dissociadas de sua vida laboral), são os Transtornos mentais e comportamentais. As experiências negativas vivenciadas no cotidiano, indiferente do ambiente e de forma integrada, podem desencadear esse adoecimento mental (SANTOS et al., 2019).

No campo da APS, ou da prática médica não-psiquiátrica, os Transtornos mentais e comportamentais se tornam ainda mais relevante se considerarmos a presença de comorbidades, as quais acabam por agravar o prognóstico de ambos os problemas, tanto por piora do quadro clínico principal quanto por aderência inadequada aos tratamentos propostos (SOUZA et al., 2017).

Para Silva, Bernardo e Souza (2016), estatísticas oficiais da OMS e MPS mostram que, no Brasil, os transtornos mentais podem atingir até 40% dos trabalhadores. Um levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde no Brasil apontou para uma prevalência de transtornos mentais em torno de 20% na população adulta, sendo que 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes; 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas; 12% necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja contínuo ou eventual; e, ainda, 2,3% do orçamento anual do SUS é destinado/gasto com a Saúde Mental (QUADROS et al., 2020).

Nesse caminho, entende-se que as pressões psicológicas pelas quais os trabalhadores são submetidos no trabalho, na relação entre quantidade de trabalho executado, grau de autonomia que ele tem de exercer seu próprio trabalho, a partir de suas habilidades e conhecimentos, podem contribuir para o surgimento dos Transtornos mentais e comportamentais (SANTOS et al., 2019).

Muitos estudos apontam a organização do trabalho como fator de risco para adoecimento mental. Dentre eles, observa-se uma atenção especial com relação ao adoecimento de servidores públicos, com destaque para profissionais da área da saúde e da educação. Dessa forma, o sofrimento psíquico tem sido uma das maiores causas de afastamento das atividades laborais e, por conseguinte, constitui-se em um desafio para os gestores públicos, além dos próprios trabalhadores (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018).

Uma das principais causas do adoecimento em servidores públicos é a intensa burocratização inerente ao serviço público. Em um modelo tradicional de gestão, os servidores estão limitados ao cumprimento de atribuições específicas de seu cargo, o que mostra que o trabalhador não tem controle sobre suas atividades, com pouca flexibilidade para utilizar ou desenvolver seu potencial criativo, situações que levam a desmotivação e a mecanização do trabalho (QUADROS et al., 2020).

Quando ocorrem mudanças estruturais e políticas no serviço público, realizadas sem a participação do trabalhador, e geralmente impostas, estas mudanças podem ser novas fontes de tensão e estresse, pois, via de regra, tais mudanças são impostas para determinar maior controle sobre seu trabalho, maior intensidade e ritmo, mais tempo de serviço prestado, enfim, é sempre na retirada de direitos e de controle do trabalhador sobre seu trabalho (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018).

Nesse contexto de atenção à saúde, estão os trabalhadores da enfermagem, sendo que, entre os trabalhadores da área da saúde, esses profissionais são os que apresentaram um aumento significativo no que se refere ao adoecimento mental (TEIXEIRA et al., 2020). Isso se deve ao fato de a enfermagem ser uma categoria profissional que exerce suas atividades em ritmos acelerados, altas demandas nos serviços de saúde e dimensionamento inadequado de trabalhadores frente a essas demandas (TEIXEIRA et al., 2020).

Lidando diariamente em seu âmbito de trabalho, com diversos fatores como dor, sofrimento, morte, exposição a pressões por parte dos pacientes e seus respectivos familiares, dificuldade no contato e relacionamento com a chefia e, até mesmo, com os próprios colegas de trabalho (OLIVEIRA; LIMA; VILELA, 2017).

Sobre as doenças mais comuns entre os trabalhadores da equipe de enfermagem, o estudo da autora Grillo (2019) aponta que a causa mais frequentemente relacionada ao absenteísmo em profissionais de enfermagem é o adoecimento mental, ainda que a sua etiologia seja reconhecida, por diferentes autores, como multifatorial. As doenças mais

citadas como causa de afastamentos, na maioria dos estudos, são as osteomusculares, seguidas pelas de origem psiquiátrica, depressões e ansiedades.

Pode-se entender que o processo de trabalho da enfermagem está voltado a assistir e cuidar dos indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidades e coletividades, envolvendo administrar e gerenciar os agentes do cuidado e os recursos empregados no assistir, uma vez que o enfermeiro é a referência técnica para todo o restante da equipe. O vasto rol de atribuições a serem desempenhadas em condições inadequadas pode levar ao significativo sofrimento e adoecimento mental (OLIVEIRA; LIMA; VILELA, 2017).

Segundo Fernandes em conjunto com outros autores (2018), outra reflexão que leva a uma hipótese sobre o adoecimento mental do trabalhador da equipe de enfermagem, diz respeito a um preconceito social. Trabalhadores do setor público, muitas vezes são estigmatizados pela sociedade, a qual os considera privilegiados por terem um emprego estável. Porém, como os demais trabalhadores, a enfermagem, muitas vezes, é submetida a condições de trabalho que desgastam sua saúde, e esse nível de desgaste pode levar ao sofrimento e adoecimento mental.

O trabalho não é caracterizado somente como um meio de sobrevivência material, mas como configuração de uma socialização e construção de identidade. Nesse contexto, considera-se que o trabalho pode favorecer a expressão da subjetividade das pessoas e resgatar ou promover a saúde conforme a organização e o processo laboral (DAL'BOSCO et al., 2020).

Logo, a condição de saúde física e mental de uma pessoa não pode ser desvinculada de sua atividade profissional e do seu contexto laboral, atentando-se para os condicionantes e determinantes envolvidos nesta complexa relação entre saúde e trabalho (DAL'BOSCO et al., 2020).

Nesse sentido, para Dejours (1993), o trabalho pode ser visto pelos sujeitos como compensatório e exaustivo. Será compensatório se permitir a expressão do desejo do indivíduo e se, de fato, configurar-se como lugar de sublimação. Será fonte de sofrimento mental se o desejo precisar ser reprimido, por não encontrar retorno naquilo que o indivíduo faz.

3.4 A saúde em território de fronteira

O conceito de território permite descrever e entender os modos de vida e como pessoas e grupos se organizam e se relacionam nestes locais. Território é o espaço delimitado, produzido pela sociedade, no qual existem múltiplos objetos geográficos, dentre esses espaços geográficos, encontram-se os territórios de fronteira (GONDIM et al., 2008).

A fronteira possui um modelo próprio de organização e uma complexa estrutural legal, mas ainda não foi possível minimizar a ambiguidade que existe em toda a sua extensão. É permanente o desafio do conhecimento da sua identidade e ele só será genuíno por meio de políticas que reflitam as realidades local, regional, nacional e internacional (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018).

Um dos fatores que apresenta efeitos intensos e desiguais nos territórios de fronteira é a complexidade do trabalho na saúde. As diversidades de interações transfronteiriças interferem na qualidade do trabalho (registros de casos, acompanhamento, dimensionamento de serviços e planejamento das ações) e na sustentabilidade do sistema devido o fluxo de atendimentos não ser contabilizado no cálculo dos recursos do SUS, o que ocasiona conflitos no âmbito dos serviços e demandas dos municípios por mais recursos federais (HORTELAN et al., 2019).

As discussões em torno da saúde em território de fronteira sempre foram acaloradas principalmente no que se refere aos atendimentos a estrangeiros em unidades básicas de saúde. Nessa direção, os trabalhadores da saúde em região de fronteira, como os demais profissionais, enfrentaram, nos anos de 2020 e 2021, a pandemia da COVID-19, a exposição dos trabalhadores no cuidado direto a pacientes suspeitos e com o vírus, influência na sua saúde mental, impactando nos processos de trabalho e na vida pessoal desses trabalhadores (DUARTE; SILVA; BAGATINI, 2021).

Nesse contexto, destaca-se a atuação da equipe de enfermagem. Além de serem profissionais da linha de frente, trabalham em jornadas extenuantes, lidam com as excretas dos pacientes e talvez sejam os profissionais que mais passam tempo ao lado de pessoas internadas pela doença, lidam com a morte a todo instante e, quando retornam para suas casas, vivenciam o distanciamento social e o receio de contaminar seus familiares, sendo assim, também é importante compreender o contexto da pandemia por COVID-19 na saúde mental da equipe de enfermagem (DUARTE; SILVA; BAGATINI, 2021).

O termo fronteiras foi agregando, ao longo dos anos, vários nomes, demonstrando não estar somente ligado à territorialidade e apresenta diferenças entre as terminologias, como fronteira, faixa de fronteira e zona de fronteira, as quais buscam guiar as políticas públicas brasileiras na área para, finalmente, serem apresentados dois novos conceitos: integração e cooperação fronteiriça, os quais vêm orientando as ações do país com seus vizinhos nos últimos anos (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018).

Quando os países que compartilham uma fronteira internacional realizam ações conjuntas que implicam algum efeito sobre os territórios vizinhos, eles estão enfrentando uma política de *integração fronteiriça*. O desenvolvimento e a difusão da cooperação transfronteiriça, entendida como a aliança estratégica de atores e territórios contíguos para reforçar os processos de integração regional, transformou-se, na América Latina, em desafio de grande relevância (SANTOS-MELO et al., 2020).

Portanto, a fronteira deve ser entendida como um espaço territorial, sociológico e econômico, de relação de interdependência, promovida e compartilhada por grupos populacionais que se estabelecem de um ou do outro lado do limite externo dos países e que passam a constituir um mesmo ambiente de interação no qual criam uma cultura própria de vida, às vezes diferentes de cada uma de suas nações de origem (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018).

Já a faixa de fronteira inclui a faixa interna de 150 km de largura, paralela à linha divisória terrestre do território nacional, agregando as informações existentes dos municípios, províncias ou cidades que se encontram dentro do território compreendido. Sobre a região fronteiriça, ela se refere ao número de municípios, províncias ou cidades limítrofes entre dois ou mais países (SANTOS-MELO et al., 2020).

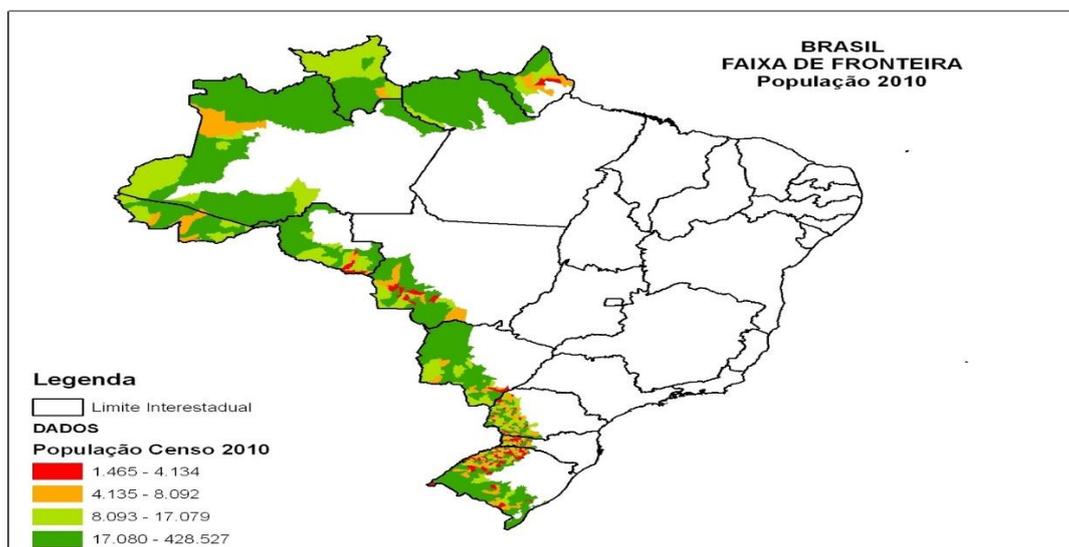
O Brasil tem uma Faixa de Fronteira extensa (15.719km), tradicionalmente tratada como local de isolamento que se configura hoje como uma região de baixo desenvolvimento socioeconômico marcada por profundas iniquidades sociais (GIOVANELLA et al., 2007). Contudo, é faixa não homogênea, apresentando em sua linha espaços diferenciados em aspectos históricos, culturais, étnicos, econômicos, sociais.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) atualizou a relação dos municípios de fronteira em 2019. Segundo o Instituto, a lista foi feita a partir de conjunto de operações para mapeio de toda extensão da faixa de fronteira brasileira. A área, que possui 15,9 mil km comprimento, 150 km de largura e cobre um total de 1,4

milhão de km², o equivalente a 16,6% do território brasileiro, abrange 11 unidades da federação e 588 municípios, dos quais 432 estão inteiramente dentro da faixa e 156, parcialmente (IBGE, 2019).

De acordo com o IBGE, uma peculiaridade é que 502 municípios têm suas sedes municipais dentro da faixa e 86, fora dela. Esses municípios situados na faixa de fronteira estão sob legislação específica para áreas de segurança nacional. Lei 6.634/1979, regulamentada pelo Decreto 85.064/1980, estabelece auxílios financeiros específicos por parte do governo federal e impede, sem prévia autorização, a concessão de terras públicas ou a construção de pontes, estradas e aeroportos, bem como a instalação de empresas de mineração, por exemplo (IBGE, 2019).

Figura-01 Faixa de Fronteira do Brasil com demais países da América do Sul (não evidenciados), contendo densidade populacional brasileira, 2010.



Fonte: Elaborado pelos autores com base no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019).

As cidades fronteiriças, de algum modo, integram-se de forma natural e criam uma espécie de terceiro espaço, no qual se gera uma nova sociedade, com valores e traços culturais, étnicos, linguagens peculiares e próprios dessa localidade, apresentando uma identidade diferente do restante do país (HORTELAN et al., 2019).

Percebe-se que existem fronteiras em que a condição de vida de um lado é melhor que a do outro, devido, especialmente, ao fato de um país possuir melhores condições de acesso aos serviços e, nesse caso, a saúde é um destes serviços, gerando nas fronteiras inquietações na busca de desenvolvimento mais igualitário para o bem-estar e qualidade de vida da população (HORTELAN et al., 2019).

O espaço fronteiro brasileiro vem sofrendo transformações e é considerado como importante instância de deliberação entre os países sul-americanos. Fato que indica uma mudança de concepção, tendo em vista que as fronteiras deixam de ser vistas apenas como áreas de segurança nacional e tornam-se uma questão estratégica em várias escalas de atuação do poder público e prestação de serviços para estados e cidades (MOURA, 2020).

Muitas fronteiras do território do Paraná são naturais, com predomínio de rios e divisores de águas. Os limites do espaço geográfico paranaense são completados por fronteiras artificiais como pontes, estradas, avenidas, represas e linhas geodésicas. Certas divisas do estado são motivo de curiosidade. Entre as cidades gêmeas de União da Vitória (Paraná) e Porto União (Santa Catarina), há uma ferrovia que separa os dois aglomerados urbanos (IBGE, 2019).

A Ponte Internacional da Amizade, acima do Rio Paraná, faz a ligação do município de Foz do Iguaçu com a cidade paraguaia de Ciudad del Este; já a Ponte Tancredo Neves, acima do Rio Iguaçu, faz ligação da cidade brasileira de Foz do Iguaçu com a cidade argentina de Puerto Iguazú. Além disso, a região se localiza entre dois Rios, o Paraná e o Iguaçu (IBGE, 2019).

O Rio Paraná separa Brasil e Paraguai e ambos são ligados pela Ponte da Amizade entre Foz do Iguaçu e Ciudad del Este. O Rio Iguaçu, por sua vez, separa o Brasil da Argentina e ambos estão conectados pela Ponte Tancredo Neves, entre Foz do Iguaçu e Puerto Iguazu (AMARAL, 2008).

Conforme Amaral (2008), a tríplice fronteira formada pelos municípios de Foz do Iguaçu (Brasil), Ciudad del Este (Paraguai) e Puerto Iguazú (Argentina), começou a ser povoada a partir de 1888, com a Colônia Militar de Iguaçu do lado brasileiro e a partir da infraestrutura provida pelos postos militares do Brasil e da Argentina, desenvolvendo as cidades de Foz do Iguaçu e de Puerto Iguazú.

O processo de ocupação foi iniciado tanto por Brasil quanto pela Argentina após a Guerra do Paraguai, com vista a estabelecer postos avançados que permitissem ambos os países atuar sobre a confluência dos rios Paraná e Iguaçu. A região é considerada estratégica em termos geopolíticos devido à relevância de ambos os Rios para a comunicação e transporte em territórios até então parcamente ocupados (RUCKERT, 2016).

A cidade com menor crescimento e expressão econômica é Puerto Iguazu, que sobrevive basicamente do turismo e está numa das áreas mais pobres e menos

desenvolvidas da Argentina. Os enclaves urbanos e comerciais entre a Região Metropolitana de Ciudad del Este e Foz do Iguaçu estão situados em áreas de forte desenvolvimento agrícola, em especial do cultivo de soja (RUCKERT, 2016).

Foz do Iguaçu é uma peça fundamental para a economia regional (Estado do Paraná). Já Ciudad del Este, é peça fundamental para todos os setores da economia nacional, sendo a porta de entrada para o porto brasileiro de Paranaguá (Estado do Paraná). A tríplice fronteira dos países Brasil, Paraguai e Argentina é extremamente complexa. Entender a dinâmica das três cidades formadoras torna-se necessário, pois cada uma possui particularidades e, ao mesmo tempo, características comuns que transpõem o espaço e as formalidades da fronteira internacional (RUCKERT, 2016).

3.5 Saúde pública na tríplice fronteira

Um dos aspectos que transpõe as formalidades da fronteira internacional é a busca da população fronteiriça por serviços de saúde gratuitos no Brasil (OLIVEIRA; LIMA; VILELA, 2017), levando à sobrecarga de trabalho das unidades básicas de saúde e, conseqüentemente, da equipe de enfermagem, podendo ser também um influenciador no sofrimento e adoecimento mental desta categoria.

Sobre a questão saúde, a falta de estruturação de políticas entre os países fronteiriços é visível quando se trata desse assunto, pois, refere-se tanto a um tema bastante discutido em região de fronteira quanto às responsabilidades do atendimento à população que demandam ações conjuntas para a solução de problemas emergentes em saúde (FABRIZ, 2019).

Ao que se refere à busca por atendimento em saúde em regiões de fronteira, porém, não apenas para este fim, é comum visualizar nessas regiões o que é chamado de Migração Pendular (MP) (ZASLAVSKY; GOULART, 2017). No caso específico dos municípios de Foz do Iguaçu (Brasil) e Ciudad del Este (Paraguai), percebe-se o contínuo fluxo da MP, fato comum que faz parte da rotina de milhares de moradores da fronteira.

A MP, também chamada de Movimento Pendular, pode ser definida como movimentos cotidianos das pessoas entre o local de residência e locais de trabalho ou estudo. O termo vem sendo usado especialmente quando essa mobilidade implica em residir em certo município e trabalhar ou estudar em outro. Esse fator é muito importante, pois é o que diferencia a MP da imigração, visto que, nesse segundo caso, existe uma troca definitiva de local de residência (FABRIZ, 2019).

Essas áreas de maior importância são denominadas de regiões funcionais. Essas regiões possuem grande importância no contexto da MP, pois são justamente para as regiões de maior e mais diversificado mercado de trabalho, com maior oferta de instituições de ensino e prestação de serviços e saúde, que ocorre a maior mobilidade pendular, sendo o caso do município de Foz do Iguaçu (Brasil) e Ciudad del Este (Paraguai) (ZASLAVSKY; GOULART, 2017).

Conforme dados do IBGE (2019), a população de Foz do Iguaçu é de 258.532 habitantes. Sobre alguns recursos do sistema de saúde local, segundo o Relatório Anual de Gestão 2019, o município de Foz do Iguaçu-PR tem sua rede de atenção à saúde composta e dividida por nível assistencial, sendo a atenção primária de saúde a porta de entrada.

A cidade conta com 29 unidades de saúde divididas em cinco distritos sanitários, Nordeste, Norte, Leste, Oeste e Sul; 54 equipes de saúde, sendo 46 equipes saúde da família; 8 equipes de atenção primária; 27 equipes de saúde bucal; dois Núcleos de Apoio a Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB); 1 Centro de Nutrição Infantil; Urgência e Emergência (SIATE, SAMU); Hospital Municipal Padre Germano Lauck; Hospital Ministro Costa Cavalcanti (Cardiologia, Obstetrícia e Oncologia); Diretoria de Assistência Especializada (se divide em oito instituições); Diretoria de Vigilância em Saúde (Vigilância epidemiológica, Vigilância sanitária e Vigilância ambiental); Diretoria de Residência Médica e Qualidade (Residência Médica, Ouvidoria do SUS) (PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU, 2020).

Na atualidade, a modalidade de gestão do município é a Gestão Plena. O SUS coordena o sistema de saúde local sendo financiado pelos governos Federal, Estadual e Municipal para o atendimento dos cidadãos residentes na cidade. Contudo, averigua-se uma numerosa “população flutuante” que não aparece nos dados do censo e que, portanto, não está nos cálculos dos repasses de recursos para a prefeitura. Esse fato ocorre devido à sua localização de tríplice fronteira, na qual constantemente ocorre a busca pelos serviços de saúde ofertados de maneira gratuita na cidade brasileira (PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU, 2020).

Nessa perspectiva, sobre a região metropolitana de Ciudad del Este (Paraguai), com população de 301.815 habitantes, localizada na região leste do Paraguai, a cidade, além de ser vizinha de Foz do Iguaçu, também faz junção com outros três municípios paraguaios, Presidente Franco (faz divisa com Puerto Iguazu, Foz do Iguaçu, Ciudad del Este e Minga-Guaçu), Hernandárias (faz divisa com Foz do Iguaçu, Ciudad del Este e

Minga-Guaçu) e Minga-Guaçu (faz divisa com Ciudad del Este, Hernandárias e Presidente Franco) (CAVATORTA; CALDANA; CAMPANHA, 2017).

Em termos populacionais, Ciudad del Este tem descendentes diretos e indiretos de guaranis, paraguaios, brasileiros, argentinos, libaneses, palestinos, sírios, chineses, coreanos, entre outros, que se ocupam como comerciantes, consumidores, cambistas, ambulantes, turistas, laranjas, sacoleiros, entre outros (KLEINSCHMITT; AZEVEDO; CARDIN, 2013).

Grande parte do comércio de Ciudad del Este (Paraguai) é controlado pelos imigrantes árabes e libaneses, os quais chegaram durante a guerra civil do Líbano nos anos 1980. Em relação aos libaneses e chineses, muitos residem e colocam seus filhos em colégios do município de Foz do Iguaçu por causa da melhor estrutura urbana, no entanto, para os que possuem carro, utilizam placa paraguaia, devido aos baixos impostos (KLEINSCHMITT; AZEVEDO; CARDIN, 2013).

A maioria dos empregados de Ciudad del Este (Paraguai) é composta por brasileiros e paraguaios que vivem na fronteira internacional, na informalidade como sacoleiros ou laranjas, fazendo o contrabando “formiguinha”. A travessia da Ponte da Amizade é feita a pé, em mototáxis, táxis, vans e ônibus (MACHADO, 2018).

Para compreender a situação hospitalar do Paraguai, pode-se entender que o sistema público de saúde garante assistência apenas às pessoas que possuem carteira de trabalho assinada, sendo um fator que também contribui para o aumento no fluxo de pacientes no Brasil. Essa realidade é evidenciada em municípios como o de Foz do Iguaçu, onde toda a região pertencente à 9ª Regional de Saúde, a qual sofre com a sobrecarga de pacientes, gerando insatisfação entre os profissionais e usuários do SUS (MACHADO, 2018).

O Paraguai enfrenta sérias deficiências de cobertura de serviços de saúde, sendo significativa a participação do subsetor público entre aqueles que são atendidos pelo sistema hospitalar. Embora a criação do Sistema Nacional de Saúde, em 1996, tenha resgatado o conceito de atenção integral à saúde de maneira equitativa, deve-se destacar a existência de uma parcela significativa da população desprovida de qualquer tipo de atenção (FAGUNDES et al., 2018).

Esta situação vivenciada pelos paraguaios se agrava pelo fator geográfico. Os serviços e os recursos públicos de saúde, segundo Fagundes et al. (2018), estão concentrados na capital e no departamento central, negligenciando fortemente as regiões

rurais e afastadas, o que permite a locomoção desta população para outros países em busca de atendimento à saúde.

Os gastos públicos no Paraguai são regressivos, não sendo coerentes com as necessidades populacionais de cada departamento. A situação socioeconômica do país configura um obstáculo também para o subsetor privado de saúde, o qual encontra dificuldades para expandir seus negócios (MACHADO, 2018).

Dessa forma, um fator determinante para o fluxo de brasileiros, transfronteiriços, residentes na fronteira em direção aos serviços de saúde no Brasil, são as diferenças entre os sistemas de saúde. A assistência hospitalar no Paraguai, por meio das diversas instituições do setor público e privado, não cobre a assistência à saúde de toda sua população (CAVATORTA; CALDANA; CAMPANHA, 2017).

O País possui também uma baixa utilização dos serviços de saúde, que pode estar associada ao alto custo, à dificuldade de acesso e à resolutividade dos serviços, ao contrário do sistema de saúde brasileiro, que tem o sistema público, universal, gratuito para todos, sem a obrigatoriedade de ter carteira de trabalho assinada (CAVATORTA; CALDANA; CAMPANHA, 2017).

Essas foram conquistas adquiridas após os anos 1980, com o movimento sanitário em meio à crise econômica e à democratização, propondo uma agenda de reforma, cujas diretrizes foram incluídas na Constituição de 1988, que reconheceu a saúde como direito e instituiu o SUS, público e universal (FAGUNDES et al., 2018).

O acesso de migrantes ou brasiguaios à saúde no Brasil, mais especificadamente nas UBS no município de Foz do Iguaçu-PR, acontece mediante apresentação do Cartão Nacional de Saúde do SUS (Cartão SUS), utilizado para o controle dos atendimentos e, segundo autoridades cabíveis, tornar a UBS mais resolutiva para a demanda espontânea (STRADA, 2018). Para a emissão do documento, basta a ida até uma UBS, ou até a Secretaria Municipal de Saúde, portando os documentos pessoais. Em alguns municípios, é solicitada a apresentação de comprovação de residência.

Conforme o Secretário de Saúde de Foz do Iguaçu-PR, a partir do ano de 2015, há uma grande parte de brasiguaios que utilizam do sistema de saúde, o que não configura um real problema, uma vez que eles têm direito aos atendimentos. Porém, os paraguaios e argentinos deveriam usar os serviços de saúde somente em caso de urgência e emergência, entretanto, estão utilizando para atendimentos diários, como se fossem brasileiros, fato que faz com que seja necessário, segundo ele, um novo

recadastramento do Cartão SUS e, ainda exigir documento com foto (STRADA, 2018, p. 55).

Em 2015, a Prefeitura de Foz do Iguaçu-PR publicou no Diário Oficial do dia 13 de julho de 2015, as diretrizes a serem seguidas para elaboração, recadastramento e atualização do Cartão SUS, ainda, as orientações sobre todos os documentos que deveriam ser apresentados para atendimentos na Rede Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu-PR (STRADA, 2018).

Foz do Iguaçu publicou a Apêndice I da instrução normativa nº 001/2020 com a finalidade de regulamentar a confecção do Cartão SUS no município, devido às complexidades encontradas na região e a obrigatoriedade do mesmo para o acesso aos serviços fornecidos pelo SUS. No documento, foi estabelecida a documentação necessária para a emissão, ficando de fora os imigrantes que não se enquadrem nas especificações, trabalhadores fronteiriços que atravessam periodicamente a fronteira para trabalhar, que só receberão atendimentos de urgência e emergência, quando necessário e, não terão direito a atendimentos eletivos (FEITOSA; MARTINS, JAQUEIRA, 2020).

A nova Lei de Migração brasileira, Lei Federal nº 13.445 de maio de 2017, coloca que os atendimentos a usuários estrangeiros devem ocorrer com nenhuma restrição, porém, se forem necessários encaminhamentos para especialidades ou exames laboratoriais, esses não poderão ser realizados se a pessoa não portar o Cartão SUS (FEITOSA; MARTINS, JAQUEIRA, 2020).

Dando continuidade sobre o acesso à saúde pública na fronteira, a cidade de Puerto Iguazu (Argentina), foi fundada em 1901, a partir da primeira excursão às Cataratas do Iguaçu. Está situada na Província de Misiones, Região Nordeste da Argentina. Em sua inauguração, ela foi denominada como Puerto Aguirre, passando a ser conhecida como Puerto Iguzú apenas em 1943. Mas, em 1951, o presidente da Argentina alterou o nome para Eva Perón, contudo, com o fim da ditadura, voltou a ser denominada Puerto Iguazu (MACHADO, 2018).

De acordo o Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina (INDEC 2013), a população de Puerto Iguazu é de 44.780.65 habitantes, sendo a menor das cidades que compõem a tríplice fronteira e a menos ativa das três cidades. O município possui pouca imigração comparada a Foz do Iguaçu e Ciudad del Este. Em 1928, foram compradas as terras para a criação do Parque Nacional do Iguaçu (PNI-AR) e a instalação da zona militar, mas somente em 1934 que o PNI-AR foi criado,

impulsionando a atividade turística e a urbanização, com a fundação da Igreja Católica, dos correios, de hotéis, de praças e de mirantes, além de estabelecimentos comerciais, escolas e museu (KLEINSCHMITT; AZEVEDO; CARDIN, 2013).

A incorporação econômica regional ocorreu pelos fluxos comerciais, como o comércio e o turismo. Na década de 1960, as atividades econômicas entre Foz do Iguaçu e Puerto Iguazu eram marcadas pelos fluxos de produtos agrícolas e têxteis produzidos na Argentina (KLEINSCHMITT; AZEVEDO; CARDIN, 2013).

O trânsito entre Foz do Iguaçu e Puerto Iguazu via Ponte Tancredo Neves é considerado pouco intenso em relação à Ponte da Amizade. A cidade registra baixas taxas de delinquência e conta com forte presença de organismos de segurança federal, como a polícia federal, a guarda costeira e o setor de inteligência. Esse reforço aduaneiro está relacionado com a suspeita de presença terrorista na Ciudad del Este e em Foz do Iguaçu, após os ataques terroristas contra instituições israelenses e judeus em Buenos Aires, capital da Argentina, na década de 1990 (MOURA, 2020).

Na Argentina, o sistema de saúde é misto, dividido em três subsistemas diferentes, os quais servem para atender a diferentes partes da população, o subsistema de Serviços públicos de saúde, o subsistema de Seguridade Social e o subsistema Privado. Hierarquicamente, os serviços públicos devem se reportar a diferentes autoridades, tanto em âmbito nacional, provincial, municipal (MACHADO, 2018).

A regulação do subsistema de seguridade social fica a cargo da Superintendência de Serviços de Saúde (SSS), exceto as Obras Sociais Provinciais (OSP), que têm sua regulação feita por cada província. A jurisdição da Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologia (ANMAT) engloba todo o país e é responsável pelo controle de qualidade dos medicamentos, alimentos e dispositivos médicos à disposição da população (MACHADO, 2018).

O direito à saúde na Argentina está garantido pelo artigo 42 da constituição, porém, é no Protocolo de San Salvador que ele está definido de forma mais ampla, no qual afirma que o direito à saúde é um bem público, pois cada uma tem total autonomia para decidir como serão empregadas as políticas de saúde e como serão feitos os gastos necessários. Cada província tem sua constituição, grande parte delas têm leis envolvendo direito de acesso a serviços de saúde (MOURA, 2020).

O sistema de saúde argentino é conhecido por sua segmentação, fragmentação, baixa eficiência e equidade. No sistema público, há serviços nacionais, provinciais, municipais, obras sociais, organizações nacionais, de diversas naturezas. O segmento

privado envolve serviços corporativos, consultórios, empresas de medicina pré-paga. Existem ainda conexões entre tais segmentos público-privado de previdência social (IENSUE, 2016).

Em 2008, houve reestatização e unificação do sistema, que passou a cobrir 90% da população. Nos últimos anos, a Argentina vem tentando diminuir essa fragmentação que seu sistema de saúde teve ao longo do tempo. O governo tem criado estratégias para abranger cada vez mais pessoas, isso fica claro com o Plano Somar, uma ampliação do Plano Nacer, de 2005, oferecendo cobertura a gestantes, crianças e adolescentes de até 19 anos e mulheres até 64 anos (IENSUE, 2016).

Pode-se perceber que o fluxo de movimentação de pessoas entre as cidades de Foz do Iguaçu (Brasil) e Puerto Iguazu (Argentina) é considerado pouco intenso, não sendo frequente a circulação da população argentina em busca de assistência à saúde na cidade de Foz do Iguaçu (Brasil). As relações entre Brasil e Argentina é marcada pela cooperação e pela busca de uma política comum para o desenvolvimento da região (MOURA, 2020).

Com o acordo do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), brasileiros não precisam mais de passaporte ou visto para circular nos países-membro, é necessário apenas um documento de identificação. O mesmo vale para argentinos ou quaisquer cidadãos dos países que assinaram o acordo. Nesta direção, entende-se que a população argentina e a população brasileira possuem fácil acesso para buscar assistência à saúde se assim acharem necessário, se não o fazem, o fato pode ter relação com outros determinantes sociais (IENSUE, 2016).

Há uma grande assimetria nos diferentes países do MERCOSUL e a saúde é extremamente complexa, pois são sistemas nacionais de saúde distintos e divergentes em termos de universalismo, equidade, cobertura, modelos de atenção, modalidades de oferta e de financiamento. Da mesma maneira, há também profundas diferenças em relação à concepção do direito à saúde no discurso e na prática (MOCHIZUKE, 2017).

Embora a busca por serviços de saúde na região de fronteira por brasileiros e migrantes residentes em outro país seja uma realidade, até o devido momento não foram encontrados estudos que descrevessem a dimensão dessa demanda no contexto de consolidação das diretrizes de descentralização e acesso universal e integral do SUS (MELLO; VICTORA; GONCALVES, 2015).

3.6 Relação entre a pandemia pelo Coronavírus e a região de fronteira

A COVID-19 é uma doença respiratória aguda com alterações hematológicas, causada pelo Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2) e apresenta taxa de letalidade que varia entre 0,5% e 18%, de acordo com a faixa etária. Foi descrita pela primeira vez em Wuhan, China, em dezembro de 2019, e afetou todos os continentes (SILVA-SOBRINHO et al., 2021).

Configura-se como uma doença de evolução rápida devido aos danos alveolares e insuficiência respiratória progressiva, que exige um suporte ventilatório imediato. Os principais sinais e sintomas incluem dispneia, tosse seca, febre, dores no corpo e garganta, coriza e erupções cutâneas (SILVA-SOBRINHO et al., 2021).

Inseridos nesse contexto, é importante observar o atual cenário da COVID-19 na tríplice fronteira Argentina-Brasil-Paraguai, devido à sua dimensão, peculiaridades, nível de cooperação existente, sendo uma localidade interconectada que se difere das demais fronteiras do Brasil pela existência de três cidades de porte médio e a intensa circulação de pessoas decorrente do turismo e comércio da região (FEITOSA; MARTINS, JAQUEIRA, 2020).

No início do mês de março de 2020, a OMS declarou que o coronavírus (SARS-CoV-2) havia sido responsável pela pandemia mundial da Doença COVID-19 e, diante dessa informação prestada pela OMS, diversos países decidiram fechar suas fronteiras, alguns de forma parcial (mantendo-as abertas para quem vive em seu território nacional, mas estava em algum país vizinho, e migrantes residentes) outros países de forma total, mantendo-se fechada inclusive para nacionais (SILVA-SOBRINHO et al., 2021).

Nesse cenário, observa-se que a crise sanitária da COVID-19 gera uma nova realidade a ser enfrentada pelos migrantes e refugiados ao redor do mundo. Existem grupos de migrantes que se encontram em uma vulnerabilidade maior que os demais, que são migrantes e/ou sem teto, ou seja, não possuem um lugar para abrigar-se com condições sanitárias seguras e medidas de higiene adequadas, estando, assim, mais expostos a contaminar-se com o vírus e a ter dificuldades de acesso à saúde (MOURA, 2020).

Temos também o cenário de migrantes desacompanhados e, com o fechamento de fronteiras, encontravam-se sozinhos, sem contar com rede de apoio. A situação se agravou com o maior controle das fronteiras e das vias públicas para os migrantes que não possuíam documentação (MOURA, 2020).

Outro grupo que se mostra em um contexto maior de vulnerabilidade são migrantes em trânsito, que, ao chegar na fronteira em direção ao país de destino, depararam-se com fronteiras fechadas, fazendo com que suas famílias se encontrassem divididas e presas em lugares de trânsito, sem condições de sobrevivência- muitas vezes sem conhecer o idioma ou a legislação local (FEITOSA; MARTINS, JAQUEIRA, 2020).

A crise econômica e sanitária também agravou a situação laboral dos migrantes, já que, em sua maioria, ocupam trabalhos precários e acabaram sendo os primeiros a serem afetados por demissões, pois a crise econômica provocada pela COVID-19 afetou de maneira mais severa os sujeitos mais vulneráveis, aqueles que ocupam os trabalhos considerados de segunda categoria, afetando de forma particular migrantes e refugiados no campo laboral (MOURA, 2020).

O acesso a serviços de saúde e benefícios da assistência social são questões antigas que se tornam mais sensíveis no atual contexto da pandemia. Vem sendo custoso para muitos brasileiros obter o Auxílio Emergencial, benefício temporário de proteção social que visa amortecer as repercussões da pandemia, garantindo alimentação e subsistência mínima às pessoas que mais sofreram com o isolamento social (FOLHA DE S. PAULO, 2020).

Em relação aos grupos imigrantes, barreiras extras vêm se apresentando nesse contexto da pandemia, incluindo a demanda de documentos de identificação e regularidade migratória. No campo da saúde, a suspensão ou negação de tratamento quando os sujeitos migrantes não portam determinados papéis ou comprovantes constituem indícios de uma burocratização negligente (RODRIGUES; CAVALCANTE; FAERSTEIN, 2020).

Pensar políticas e intervenções de saúde global para enfrentar a COVID-19 em contextos de extrema vulnerabilidade como o dos migrantes, exige ir além de políticas públicas, mas pensar também em intervenções e medidas de saúde pública que envolvam esses grupos em seu desenho e implementação para garantir sua efetividade no cuidado à saúde humana (ORTEGA; BEHAGUE, 2020).

Nesse contexto, o acometimento da pandemia da COVID-19 coloca a sociedade frente a um espelho onde se refletem as fragilidades do mundo global, que até então parecia imune a essas situações em virtude de suas conquistas tecnológicas e velocidade para reagir perante qualquer circunstância (NUNCIARONI et al., 2020).

Nesse sentido, a COVID-19 leva os sistemas de saúde a experienciarem um tempo novo e não previsto no processo de cuidado cotidiano, com a exigência da criação de uma nova rotina que atenda às necessidades do momento, limitada pelas barreiras impostas pelo capitalismo, as quais reduzem a concepção de saúde e prioriza a economia em detrimento dos sujeitos (NUNCIARONI et al., 2020)

Segundo Giovanella, Franco e Almeida (2020), no Brasil, a política econômica neoliberal tem levado à agudização do subfinanciamento histórico da Seguridade Social, cujo orçamento nunca se materializou e, conseqüentemente, da política pública de saúde, expressa concretamente no SUS. Hoje, o atendimento às pessoas com sintomas da COVID-19 se mistura às ações voltadas para o cuidado longitudinal aos sujeitos com condições crônicas não transmissíveis e transmissíveis. Este cuidado tem como protagonistas as Equipes de Saúde da Família (ESF) e as equipes que atuam na APS, capazes de agir nos mais diversos territórios, contextos e vulnerabilidades.

Somando-se ao histórico de intenso sucateamento na saúde pública e a chegada da pandemia ao Brasil, nota-se uma significativa ampliação dos diferentes obstáculos enfrentados pelas ESF no cuidado aos sujeitos. Ações específicas da APS no enfrentamento à COVID-19 referem-se ao combate de sua transmissão, à divulgação e implementação de medidas de controle e de informações em saúde de qualidade, à reorganização dos fluxos internos das unidades de atenção primária e externos relacionados à referência aos demais pontos da rede e ao acompanhamento do isolamento dos usuários acometidos pela doença e de seus contatos próximos (SILVA; MACHADO, 2020).

Surtos de doenças infecciosas, como a COVID-19, podem sobrecarregar os sistemas de saúde e gerar uma série de sentimentos na população e profissionais de saúde, com destaque para os profissionais de enfermagem, como angústia, medo e incerteza. Em resposta ao surto infeccioso, os aspectos psicológicos, físicos e comportamentais podem receber influências negativas e ocasionar alguns sintomas adversos como insônia, insegurança, sentimento de incapacidade, tristeza, aumento do uso de álcool, tabaco e outras drogas, falta de energia e dores em geral (RAMOS-TOESCHER et al., 2020).

Ademais, os profissionais de saúde, e de modo especial os profissionais de enfermagem, enfrentam desafios adicionais durante surtos de doenças infecciosas, incluindo a sobrecarga de serviço, escassez de recursos humanos e materiais, incerteza

da eficácia de tratamentos utilizados e, ainda, preocupações com o gerenciamento da própria saúde e a de seus familiares/pacientes.

Para agravar ainda mais a situação de angústia, esses profissionais precisam lidar constantemente com um arsenal de informações falsas provenientes das mídias sociais e tradicionais, as quais acabam por desviar e enfraquecer o comportamento da população em relação aos cuidados com a própria saúde (RAMOS-TOESCHER et al., 2020).

Já no decorrer da pandemia COVID-19, os profissionais de enfermagem vêm apresentando, também, altos níveis de sofrimento psicológico. No Canadá, 47% desses profissionais relataram a necessidade de apoio psicológico; na República Popular da China, os profissionais relataram altas taxas de depressão (50%), ansiedade (45%) e insônia (34%); no Paquistão, um grande número desses profissionais relataram sofrimento psicológico moderado (42%) a grave (26%) (UNITED NATIONS, 2020).

Nessa circunstância, o cenário da pandemia COVID-19 exige a reorganização das formas de atenção e cuidado, a qual precisa estar direcionada para as necessidades emergentes e prioridades de ações que, como consequência, colocam em evidência os serviços de Telemedicina e Telessaúde realizados para manejo clínico dos pacientes, suporte profissional e organização do Sistema Único de Saúde. É importante destacar a pré-existência de tais serviços, que se moviam de forma bastante lenta em direção à integração (SULLIVAN et al., 2020).

Em março de 2020, foi disponibilizado, pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), um canal de atendimento ininterrupto, conduzido por enfermeiros especialistas em saúde mental, destinados a todos os profissionais de Enfermagem que necessitarem de ajuda emocional nesse período de crise. O atendimento foi fornecido por meio de um chat *online* (disponível no site do COFEN e no hotsite Juntos Contra Coronavírus) (COFEN, 2020).

Ainda, em relação à saúde mental dos milhares de profissionais de saúde diretamente envolvidos no combate à COVID-19, o Ministério da Saúde investiu R\$ 2,3 milhões para a oferta de um canal para teleconsulta psicológica, formada por profissionais de Psicologia e Psiquiatria entre os meses de maio e setembro de 2020. A iniciativa partiu do reconhecimento da necessidade de apoio a esses profissionais que, pela natureza do trabalho, lidam diariamente com condições adversas e, portanto, podem se sentir na condição de sofrimento psíquico. Havendo a necessidade de intervenção farmacológica, o profissional pode ser referenciado para atendimento presencial (MS, 2020).

Por outro lado, o emprego de medidas globais de saúde mental colocou em evidência alguns recursos de apoio importantes para o manejo de situações estressantes, especialmente pela possibilidade de preparar melhor os profissionais de enfermagem para o desenvolvimento efetivo de suas atividades em condições de extrema vulnerabilidade e angústia, como nos casos de surtos epidemiológicos atuais e futuros (RAMOS-TOESCHER et al., 2020).

4. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Para auxiliar na fundamentação teórica dos dados coletados, utilizou-se o referencial teórico-metodológico do Materialismo Histórico e Dialético em conjunto com a Clínica da Atividade, o qual acredita que os trabalhadores sejam capazes de transformar seu ofício, aumentando assim seu poder de agir no trabalho (CLOT, 2010).

Dessa forma, essas duas vertentes, Materialismo Histórico e Dialético e a Clínica da Atividade, são dispositivos de intervenção que vão ao encontro dos objetivos do presente trabalho, favorecendo o acesso dos sujeitos ao real da atividade por meio do diálogo, sendo este o mecanismo que favorece os deslocamentos e produção de novas elaborações, tanto por parte dos trabalhadores como do pesquisador (CLOT, 2010).

Em primeiro lugar, é preciso considerar que o conceito de trabalho em Marx não se esgota no conceito cotidiano de trabalho, na concepção do senso comum de trabalho que se aproxima da ideia de ocupação, tarefa, um conceito puramente econômico (SOUZA; ALVES, 2020). O conceito de trabalho, categoria central nas relações sociais, tal qual o pensamento marxista o entende, é o conceito filosófico de trabalho, é a forma mais ampla possível de se pensar o trabalho (SOUZA; ALVES, 2020).

A partir da análise de Marx (2012), compreendemos o trabalho, ontologicamente, como um processo teleológico, criador e transformador, capaz de objetivar aquilo antes era idealizado, e pelas vias da alienação, deixa de pertencer ao sujeito que o produz. Seguindo o posicionamento do autor acima citado, pode-se compreender que a oscilação na saúde precisa ficar em segundo plano, para assim responder às necessidades impostas pelo trabalho, o que o autor nomeia como o estranhamento que tem vida externa, existe fora do trabalhador como potência autônoma (MARX, 2012).

O estranhamento aparece não apenas com relação ao objeto final, o trabalho realizado, mas, desde o primeiro momento da produção, todos os atos de sua elaboração são externos a quem o produz. Assim, revela-se a intrínseca relação entre trabalho e adoecimento mental, principalmente relacionado às transformações contemporâneas no mundo capitalista e às marcas da precarização total que atingem não apenas os processos de trabalho, mas avançam para os campos da vida familiar, dos vínculos interpessoais, do lazer e da participação social, ou seja, atinge toda a sociabilidade humana (CAMPOS, 2017).

Nas análises marxistas acerca desta questão, de caráter mais filosófico do que econômico, encontramos que o trabalho é central nas relações do ser humano com a

natureza e com os outros homens, porque esta é sua atividade vital. Isto quer dizer que, se o caráter de uma espécie se define pelo tipo de atividade que ela exerce para produzir ou reproduzir a vida, esta atividade vital, essencial nos homens, é o trabalho (SOUZA; ALVES, 2020).

Assim, o trabalho é categoria central de análise da materialidade histórica dos homens porque é a forma mais simples, mais objetiva, que eles desenvolveram para se organizar em sociedade. A base das relações sociais são as relações sociais de produção, as formas organizativas do trabalho (SILVA; BERNARDO; SOUZA, 2016).

Ao compreender a construção dialética em torno do fenômeno, a capacidade de análise do estudo se alarga, atingindo a totalidade do objeto de estudo (o que talvez seja humanamente impossível), ao menos aproximando-se em grande parte de sua complexidade (SILVA; BERNARDO; SOUZA, 2016). Para a construção dialética, há que se considerar, necessariamente, a historicidade do objeto estudado, em todas as suas contradições e vetores (SOUZA; ALVES, 2020).

Assim, fundamentado no materialismo histórico dialético, para Breilh (2006), a produção de doenças ocorre no plano coletivo e, portanto, não se pode desvincular o estudo do processo saúde-doença do contexto social em que está inserido. Portanto, é necessário analisar os processos estruturais de cada sociedade, decorrentes de determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção.

Para Marx (1983), podemos dizer que o trabalhador aliena maior parte de suas habilidades e investe seu tempo de vida para a confecção de mercadorias para terceiros, acarretando seu desgaste com maior rapidez, diminuição de seu tempo de vida útil na produção de mercadorias, degradação de sua qualidade de vida, sendo privado ainda de sua liberdade, do lazer e convivência em família, relacionamento social.

A esse respeito, Marx (2004) explica que a situação de penúria e de exploração da classe trabalhadora ocorre quando o proprietário cobra a força de trabalho do trabalhador para os meios de produção, perfazendo uma relação de exploração especificamente capitalista. Baseando-se numa relação de troca, o trabalhador vende sua força de trabalho a fim de receber dinheiro ou salário para comprar bens e serviços, sendo dependente da oferta de emprego pelo capital.

No entanto, o interesse do capitalista é fazer com que a mercadoria produzida adquira mais valor do que o esperado, ou seja, produzir mais-valia, usar o trabalho excedente do trabalhador, sem remunerá-lo o suficiente por todo o trabalho produzido (FILIPPON; KANTORSKI; SAEKI, 2015).

As relações de trabalho e os meios de produção têm papel fundamental nesses processos. O marxismo permite compreender que os fatos humanos são historicamente determinados e que o conhecimento e análise de tais fatos permitem o uso racional dessas informações na busca de melhorias da própria condição humana (MEDEIROS, 2011).

A economia possui enorme importância nesse processo, provocando abalos e movimentações em todos os aspectos da vida organizada em sociedade, artes, normas (aspectos jurídicos), crenças (aspecto religioso) e valores morais (FILIPPON; KANTORSKI; SAEKI, 2015). Nesse contexto, o presente trabalho pretende contribuir para a pesquisa colocando em questão a dinâmica acerca da dialética singular-particular-universal postulada pelo materialismo histórico-dialético, sendo um dos princípios imprescindíveis à compreensão da referida dinâmica e, da mesma forma, à compreensão da sociabilidade humana em relação à natureza social do psiquismo (PASQUALINI; MARTINS, 2015).

A abordagem filosófica do materialismo dialético tem por pressuposto a captação do movimento, das relações e das contradições existentes no objeto de estudo. Assim, a realidade a ser compreendida apresenta-se como uma síntese de múltiplas determinações que vão se modificando histórica e socialmente. Na concepção materialista dialética, o mundo empírico nos permite conhecer manifestações aparentes da realidade (PASQUALINI; MARTINS, 2015).

Contudo, a essência do mundo empírico não é explicitamente posta na sua manifestação imediata, necessitando de mediações e do conhecimento de contradições internas fundamentais. Portanto, a construção do conhecimento pelo materialismo dialético é conduzida de modo processual por meio do desvelamento do movimento e das relações contingentes ao objeto de estudo (MASSON, 2018).

O entendimento dessa afirmação é o ponto de partida do presente trabalho, que visa, a partir dos conceitos da singularidade, particularidade e universalidade, evidenciar a compreensão das intervinculações e interdependências entre singular-particular-universal no trabalho da equipe de enfermagem em unidade de saúde em município de fronteira.

Trazendo os conceitos de universalidade e singularidade para o campo das ciências humanas, podemos resgatar a definição da atividade de trabalho formulada por Marx (1978). O trabalho é o intercâmbio entre homem e natureza, pelo qual o homem,

por sua atividade, transforma a natureza buscando a satisfação de suas necessidades e, nesse processo, transforma a si mesmo.

Para Masson (2018), a dialética entre singular-particular-universal é uma propriedade objetiva dos fenômenos. Por essa razão, a lógica e a epistemologia que pretendem apreender a realidade em suas conexões essenciais e básicas devem orientar-se pela perspectiva de revelar a interpenetração dialética entre singularidade, particularidade e universalidade.

O indivíduo é um ser singular, considerar que o singular e o universal coexistem no fenômeno significa afirmar que o homem é, ao mesmo tempo, portador de uma singularidade, que o distingue de todos os outros seres, e de uma generalidade, que o torna um ser semelhante a qualquer outro. Trata-se, então, de revelar como a universalidade do gênero humano se expressa e se concretiza na singularidade do indivíduo (LONGAREZI, 2020).

Isso significa que todo fenômeno singular contém, em si, determinações universais. A tarefa do pesquisador é desvelar como a universalidade se expressa e se concretiza na singularidade, ou, mais que isso, como a universalidade se expressa e se concretiza na diversidade de expressões singulares do fenômeno (LONGAREZI, 2020).

O universal se opõe à variabilidade sensória das expressões singulares do fenômeno, mas contém em si toda a riqueza do particular e do individual, não apenas como possibilidade, mas como necessidade de sua própria expansão, de seu desenvolvimento. Isso significa que a relação entre singular e universal remete à relação entre todo e partes (MASSON, 2018).

O singular é parte de um todo. Esse todo, o universal, se cria e se realiza na interação das partes singulares. Essas partes não existem por si mesmas, elas se relacionam entre si e com o todo. Na dialética materialista, o enfoque sobre a relação entre o todo e suas partes demanda, necessariamente, a captação dos vínculos internos entre ambos, o que significa reconhecer que não só o todo contém as partes, mas, igualmente, a parte (singular) contém algo do todo (MASSON, 2018).

Pelo exposto, pode-se compreender que nenhum fenômeno se expressa apenas em sua singularidade ou universalidade, existem intervinculação e interdependência da forma singular do fenômeno e sua forma universal. Singular e universal coexistem no fenômeno, se articulam e se determinam reciprocamente, são os polos opostos da unidade dialética que dão vida ao fenômeno (LONGAREZI, 2020).

Segundo Masson (2018), o particular representa, para Marx, a expressão lógica da categoria de mediação entre o específico (singular) e o geral (universal), que, conforme exposto, não podem ser compreendidos de modo isolado e por si mesmos. Podemos dizer que o particular expressa a universalidade e condiciona o modo de ser da singularidade. A importância da particularidade na análise de um fenômeno está no fato de que ela representa mediações que elucidam os mecanismos capazes de intervir decisivamente no modo de ser da singularidade, o que permite compreender como se dá a concretização da universalidade na singularidade.

Com isso, podemos compreender que singular e universal coexistem como dimensões instituintes do indivíduo e estas dimensões sintetizam-se em suas expressões particulares, como menciona Almeida (2001):

O homem singular, que se distingue de todos os outros homens, bem como dos demais seres vivos, e o homem geral, que se identifica com a sociedade e com a natureza, constituem uma unidade e, ao mesmo tempo, são diversos. Esta unidade na diversidade se efetiva no âmbito do particular, por meio do reflexo recíproco entre os dois estados do mesmo homem: ele não é singular, ou geral, mas sim, singular, geral e particular. (DE ALMEIDA, 2001, p. 73).

Nesse contexto, percebe-se que o trabalhador exerce atividade laborativa apenas para a manutenção de sua sobrevivência, pois o capital domina todos os meios e instrumentos de trabalho. Para explicar como se dá essa dominação e exploração do trabalhador, a autora Yamamoto (2010) afirma que o pressuposto da existência do capital é o trabalhador livre.

Para a autora, o homem possui liberdade para vender a única propriedade da qual é dono, sua força de trabalho, vende então não o trabalho, mas sua capacidade física e psíquica de trabalho para o capitalista. Nesse sentido, Yamamoto (2010) enfatiza que o trabalhador é:

Destituído de qualquer propriedade que não sua força de trabalho, que em si é mera potência ou capacidade e só pode realizar-se ao encontrar lugar no mercado de trabalho, quando demandado pelos proprietários de capital (IAMAMOTO, 2010, p. 379).

Ao fazer uma revisão crítica em torno dos fundamentos da psicopatologia do trabalho e a psicodinâmica do trabalho, propondo uma nova maneira de intervir nos contextos laborais, o psicólogo Yves Clot, na década de 1990, em conjunto com sua equipe no *Conservatoire National des Arts et Métiers* (CNAM), denomina a Clínica da Atividade um método de perspectiva de análise e intervenção sobre o trabalho (PINHEIRO et al.,2016).

As maiores fontes de inspiração para Yves Clot, foi o trabalho de I. Oddonne, na Itália, na década de 1970, mas a base de suas reflexões tem sido as contribuições da chamada Psicologia Sócio-Histórica de Vygotski, Leontiev e Luria, além daquelas advindas dos estudos do linguista russo M. Bakhtin em torno da análise do discurso. Entre seus antecessores, na França, apoia-se, sobretudo, em H. Wallon, I. Meyerson e L. Le Guillant (LIMA, 2007).

Clot (2006) extraiu de seus estudos elementos fundamentais para compreender, por meio do método da Clínica da Atividade, o lugar da subjetividade na análise do trabalho, propondo alguns conceitos importantes: o real da atividade, o gênero de atividade e o estilo da ação (LIMA, 2007).

Segundo Lima (2011), para Clot (2010) o gênero de atividade e o estilo da ação conformam um sistema de instrumentos coletivamente construídos, que se encontra no interior da atividade individual. É uma gama de atividades encorajadas, proibidas ou interditas. Um repertório disponível que pré-organiza a atividade. Ou seja, trata-se de técnicas, formas de fazer estabelecidas, uma reorganização do *métier* pelo coletivo e, dessa forma, pode ser compreendido como a parte subentendida da atividade, um estoque de possibilidades conhecido somente por aqueles que participam da mesma situação. Trata-se, portanto, de um instrumento coletivo da atividade individual (LIMA, 2011).

Para Clot e Kostulski (2011), o gênero seria, portanto, uma espécie de senha para se saber o que é possível ou não esperar de uma situação. Aquilo que é permitido ou que é proibido em um *métier*. Trata-se de uma memória que não se refere apenas ao passado, mas que serve para prever o futuro, para antecipar, permitindo evitar possíveis erros no exercício da atividade, ou seja, é um:

Sistema aberto de regras impessoais, não escritas, que definem num meio dado, o uso dos objetos e o intercâmbio entre as pessoas; uma forma de rascunho social que esboça as relações dos homens entre si para agir sobre o mundo (CLOT; KOSTULSKI, 2011, p. 689).

Estes conceitos partem da compreensão da distância entre Trabalho Prescrito e Trabalho Real. O Trabalho Real nunca corresponde exatamente ao prescrito. Clot (2006) define, ainda, uma terceira dimensão, chamada de real do trabalho ou, mais precisamente, real da atividade. A primeira (real do trabalho) é o que se faz e o segundo (real da atividade) consiste no que não se pode fazer, no que se gostaria de fazer, no que poderia ter sido feito e mesmo no que se faz para não fazer aquilo que deve ser feito (ROCHA; AMADOR, 2018). A dimensão do real da atividade refere-se a um plano de

indeterminação prévia, uma resposta singular que os trabalhadores criam em ato de maneira a dar conta das infinitas variabilidades do meio, o qual é sempre infiel.

O real da atividade é também tudo o que não se faz, aquilo que não se pode fazer, aquilo que se busca fazer sem conseguir – os fracassos –, aquilo que se teria querido ou podido fazer, aquilo que se pensa ou que se sonha poder fazer alhures. É preciso acrescentar a isso – o que é um paradoxo frequente – aquilo que se faz para não fazer aquilo que se tem que fazer ou ainda aquilo que se faz sem querer fazer. Sem contar aquilo que se tem de refazer (CLOT, 2006, p. 116).

O real do trabalho é aquilo que escapa à habilidade do sujeito, se manifesta de modo afetivo, através do fracasso do trabalhador em dar conta das variações e imprevisibilidades. Nesse sentido, o real do trabalho, dentro da universalidade da profissão da enfermagem, refere-se a todas as atividades que não dependem do trabalhador para acontecer, sendo que há, para aquele que atua, uma relação de sofrimento decorrente do trabalho (CLOT, 2006).

Segundo Clot (2010), é necessário esclarecer no contexto do trabalho, a diferenciação entre tarefa e atividade. A tarefa é aquilo que se tem a fazer, como mencionado anteriormente, ela se configura pelo trabalho prescrito, sendo a atividade aquilo que se realiza na prática real da atividade. Nesse contexto, segundo Clot, para a psicologia do trabalho, há uma distinção entre a tarefa prescrita e a atividade real. E ainda há a força dos coletivos profissionais na reorganização da tarefa.

A atividade, dessa maneira, envolve todos os caminhos que os trabalhadores percorrem para que as tarefas possam vir a se efetivar. A função psicológica do trabalho consiste, assim, em:

Possibilitar o desenvolvimento subjetivo do sujeito, um desenvolvimento que se dá em intimidade com a transformação concreta do mundo pelos atos do e no trabalho que emergem de sua atividade. Tal função, na perspectiva da Clínica da Atividade, teria um papel crucial na constituição do homem como sujeito relacional e criador, sendo afirmado que “o trabalho é uma base que mantém o sujeito no homem, visto que é a atividade mais transpessoal possível” (CLOT, 2006, p. 8).

E ainda, entre o prescrito e o real da atividade, há um terceiro termo decisivo que Clot (2010) chama de gênero social do ofício, o gênero profissional, isto é, as “obrigações” compartilhadas por aqueles que trabalham para conseguir trabalhar, apesar de todos os obstáculos e, às vezes, apesar da organização prescrita do trabalho. Neste sentido, para o presente exposto, compreende-se como social do ofício o trabalho de enfermagem em unidade de saúde em município de fronteira.

Para a Clínica da Atividade é preciso ir além da distinção entre tarefa e atividade, trabalhos prescritos e real. As dimensões transpessoais e pessoal (gênero e estilo profissionais) não são suficientes para situar o entendimento que a Clínica da Atividade tem sobre o conceito de ofício, apesar de já situarem a limitação da dicotomia entre prescrito e real para a análise da atividade. Há que se delinear também as dimensões impessoal e interpessoal, pois o ofício é definido como uma “estrutura arquitetônica” composta por quatro dimensões que mantêm uma tensão recíproca (pessoal, interpessoal, impessoal e transpessoal) (CLOT, 2011).

A conexão estrutural entre estas dimensões contribui para a vitalidade daquele que trabalha, pois limita a perda de energia psicológica. Assim, saúde e eficácia no trabalho dependem da fluidez dessas relações tensas (PINHEIRO et al., 2016).

A dimensão impessoal do ofício abarca a tarefa, a organização do trabalho, a infraestrutura disponível, as condições de trabalho de modo geral, dentre outros aspectos. Seu caráter impessoal está no fato de os sujeitos serem perfeitamente substituíveis ou permutáveis, na medida em que a definição das tarefas e funções, bem como dos meios pelos quais a atividade deve se realizar, cabe à organização. O trabalhador, a princípio, não pode determinar tais características, sendo elas minimamente constantes para qualquer um que resolva atuar sob tais condições (CLOT, 2011).

A dimensão interpessoal compreende os diálogos e relacionamento entre pares e demais membros da organização. A Clínica da Atividade, em suas intervenções, se apoia nessa dimensão como forma de acessar e produzir efeitos sobre as demais. Para compreender o ofício, é necessário, portanto, levar em conta essas quatro dimensões (impessoal, interpessoal, transpessoal e pessoal), as quais escapam à observação direta e, ao mesmo tempo, também não podem ser completamente visualizadas quando o pesquisador interage com o sujeito sem considerar o contexto de realização de sua atividade (PINHEIRO et al., 2016).

Para Sousa et al (2021), a realidade do trabalho, como é mostrado por Clot (2006), diz sobre o ambiente laboral, o homem interpreta a realidade do trabalho e, não sendo indiferente a ela, reage de forma física, mental e afetiva, e isso produz alterações em sua realidade psíquica. Assim, a dimensão relacional, fruto do confronto sujeito x trabalho, repercute na saúde mental do trabalhador, visto que a vivência cotidiana no trabalho, sua organização, planejamento e execução (associados às relações

estabelecidas com os diversos atores) podem definir a qualidade do bem-estar psíquico do trabalhador.

Desta forma, Clot (2011), superando as limitações de abordagens unicasais e deterministas sobre o sofrimento e adoecimento mental, compreende que a ruptura conceitual proposta pela clínica da atividade, assentada nas concepções histórico-dialética de linguagem e de desenvolvimento humano, elaboradas, respectivamente, por Bakhtin e Vygotsky, tem muito a contribuir para inovadoras problematizações no que concerne às demandas oriundas do mundo do trabalho, especialmente as perspectivas em saúde do trabalhador que propõem autonomia e protagonismos dos trabalhadores.

Clot (2010) aponta que os conceitos envoltos na clínica da atividade têm o interesse de transformar o trabalho e, essa transformação necessita da compreensão de seus trabalhadores. Assume-se que essa transformação é possível porque a atividade não se resume ao observável. O que permite ao sujeito buscar novos modos de proceder quando as formas cristalizadas de agir já não dão conta das vicissitudes que se acumulam e podem paralisá-lo. A atividade realizada é, portanto, um dentre os inúmeros caminhos que permanecem como possíveis no real da atividade.

Devido a esta relação contínua entre o ser social e o trabalho, a intensidade desta relação gera desconfortos físicos e mentais, levando ao adoecimento, pois, na base da atividade econômica está o trabalho, é ele que torna possível a produção de bens, criando valores que constituem a riqueza social (CLOT, 2010).

Desta forma, a tarefa da ciência psicológica não é decompor o todo em suas partes, mas destacar do conjunto os traços que conservam a primazia do todo e, por isso, o caracterizam. O que é colocado em questão é a necessária descoberta das relações e dos nexos dinâmico causais que sustentam a existência concreta dos fenômenos (PASQUALINI; MARTINS, 2015).

Para Clot (2006), o psicólogo é o principal representante da Clínica da Atividade e, devido a isto, ele tem obrigações de transformar em conjunto com o trabalhador a atividade, no caso, o trabalho:

Ao trabalharmos, trabalhamos para nós mesmos, para o objeto que direcionamos nossa atividade e para os outros, afinal, nos desenvolvemos psicologicamente por meio do trabalho. Trata-se de uma atividade triplamente dirigida. É por isso que a psicologia do trabalho, enquanto clínica do trabalho, não pode ignorar a definição das tarefas e das funções. Ao contrário, ela tira consequências de sua existência: libertamo-nos das normas, não as negando, mas as transformando. Emancipamo-nos da tarefa, não lhe virando as costas, mas renovando-a. E essa renovação reclama dos profissionais que eles se sintam importantes em uma história a fazer viver.

Em seu trabalho, eles devem também fazer o ofício para prevenir a entropia das prescrições da organização do trabalho (CLOT, 2006, p. 50).

A Clínica da atividade de Clot (2006) trouxe importantes contribuições para a compreensão do sofrimento coletivo. O coletivo serve como mediador entre as formas de fazer estabilizadas entre o sujeito e ele mesmo, ou seja, ele não é meramente uma soma ou uma “coleção” de indivíduos, é, acima de tudo, a fonte de uma história comum partilhada, momentaneamente estabilizada e que protege o indivíduo de si mesmo. Assim, cada trabalhador apela ao coletivo para tomar decisões.

Portanto, para Clot (2010), a Clínica da Atividade propõe, teórica e metodologicamente, uma solução dialética na qual se supere a separação entre atividade e subjetividade, de modo a constituir uma unidade de análise em que estes dois termos estejam contemplados, ou melhor, intrinsecamente relacionados.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1. Delineamento da pesquisa

Optou-se pela realização de um estudo quantitativo/qualitativo, descritivo-exploratório, desenvolvido em duas etapas. Na primeira, buscou-se analisar os atestados e afastamentos dos trabalhadores da enfermagem da Secretaria Administrativa de Foz do Iguaçu (PR), Brasil. Essa fase, de abordagem quantitativa de análise documental, utilizando banco de dados dos atestados e afastamentos do trabalho relativos aos anos de 2018 e 2021.

Na segunda etapa, foi realizado contato com trabalhadores afastados, convidando-os para participar de entrevista, constituindo a fase qualitativa da pesquisa para compreender as percepções destes trabalhadores sobre a relação do adoecimento e o trabalho. As autoras Kahhale e Esper (2014) afirmam que uma oposição entre “pesquisa quantitativa *versus* pesquisa qualitativa” é falsa, uma vez que insistir nesta dicotomia limita a produção do conhecimento. Além disso, é factível utilizar métodos qualitativos de análise em pesquisas com escopo quantitativo, guardados os devidos limites neste tipo de uso.

O estudo descritivo se caracteriza pela observação, registro, análise e associação de fatos ou fenômenos (variáveis), sem alterá-los, estuda fatos e acontecimentos do mundo humano sem interferência do pesquisador (RAMPAZZO et al., 2005). Já a pesquisa exploratória é realizada sobre um problema ou questão de pesquisa que, geralmente, possuem um número pouco expressivo a respeito. O objetivo desse tipo de estudo é procurar padrões, ideias ou hipóteses (THEODORSON, 1995, apud, PIOVESAN; TEMPORINI, 2010).

O mapeamento quantitativo dos dados socioeconômicos e ocupacionais da equipe de enfermagem, levou em conta a importância das relações sociais, históricas e culturais, entendendo a compreensão do sofrimento no trabalho e o adoecimento como uma construção relacionada às classes sociais e às relações de produção (BREILH, 2015). A partir desse modo para compreensão de formas particulares do sofrimento e adoecimento mental, é fundamental a compreensão da produção social das dimensões biológica e psíquica dos sujeitos, os processos pelos quais as relações sociais, a história, a cultura se incluem e subordinam o biológico (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018).

É possível alcançar maior compreensão dos fenômenos sociais por meio da análise de múltiplos prismas organizados em um discurso dialético. Ao considerar os

aspectos históricos do processo saúde-doença, de construção da relação entre as diferentes classes sociais, pode-se entender que a gênese do adoecimento está determinada pelas contradições entre classes sociais que falam sobre as relações de produção (FILIPPON; KANTORSKI; SAEKI, 2015).

5.1.2. Campo da pesquisa

O município de Foz do Iguaçu conta com pontos turísticos e culturais, onde se inclui as Cataratas do Iguaçu, Parque Nacional do Iguaçu, Ponte da fraternidade, Parque das Aves, Usina Hidrelétrica de Itaipu, Ecomuseu de Itaipu, Macuco Safari (PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU, 2019).

5.1.3. Fonte de dados quantitativos

Para obter o banco de dados quantitativos referente ao número de afastamentos do trabalho por Transtornos mentais e comportamentais nos anos de 2018 a 2021, eles foram solicitados via protocolo geral da Prefeitura do município de Foz do Iguaçu, direcionado para a Secretaria Administrativa, setor de Diretoria de Saúde Ocupacional (DISO). Sendo o banco de dados referente aos atestados e afastamentos por Transtornos mentais e comportamentais dos trabalhadores de enfermagem no período de 2018 e 2021, disponibilizados pela DISO através de planilha *Excel* versão 2016.

5.1.4. Fonte de dados qualitativos

Os dados qualitativos foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, para compreender as percepções destes trabalhadores sobre a relação do adoecimento, o trabalho e o território. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise, na impossibilidade da entrevista ser presencial devido a pandemia da COVID-19, algumas entrevistas foram realizadas de forma remota, por meio do aplicativo *online* Google Meet.

5.1.5. População

A população de estudo contemplou os trabalhadores da categoria profissional da enfermagem, enfermeiros(as), técnicos(as) e auxiliares) de enfermagem, das UBS do município de Foz do Iguaçu (PR), Brasil, os quais estiveram afastados do trabalho por Transtornos mentais e comportamentais no período de 2018 e 2021.

5.1.6. Coleta de dados quantitativos

Após ter acesso ao banco de dados quantitativos disponibilizado pela DISO no mês de agosto de 2021, realizou-se a identificação e separação dos CID-10 relacionados aos Transtornos mentais e comportamentais, utilizando registro das informações coletadas nos documentos em planilha Excel, versão 2016, (APÊNDICE II), para verificação da categoria pertencem a informação emitida por letras e números.

5.1.7. Coleta de dados qualitativos

Para a realização das entrevistas, utilizou-se informantes-chaves que foram os supervisores de saúde responsáveis por cada distrito sanitário do município. Realizou-se contato telefônico com cada supervisor, apresentação da pesquisadora com objetivo de marcar uma reunião, de forma presencial ou *online*, conforme disponibilidade do supervisor para explicação do tema de pesquisa e objetivos do estudo. Logo após, foi verificado se nas unidades de saúde pertencentes ao distrito existiam trabalhadores(as) da equipe de enfermagem que já apresentaram afastamento do trabalho por motivos relacionados à saúde mental.

Após as informações recebidas dos supervisores, e sabendo em quais as unidades de saúde dos distritos haviam trabalhadores da equipe de enfermagem com atestado e afastamento do trabalho por motivos de saúde mental, entrou-se em contato com os gerentes de cada unidade de saúde do distrito informada, explicando, novamente, o motivo do contato referente à pesquisa e às informações disponibilizadas pelos supervisores, podendo, assim, ter acesso ao contato telefônico de cada trabalhador que esteve ou estivesse de atestado ou afastado do trabalho por motivo de saúde mental.

Realizou-se, dessa forma, contato com trabalhadores da equipe de enfermagem que estiveram e estavam de atestado e afastados do trabalho por motivos de saúde mental, convidando-os para participar de entrevista semiestruturada. Essas entrevistas constituíram a fase qualitativa da pesquisa, que buscou compreender as percepções dos trabalhadores da enfermagem atuantes na atenção básica em município de fronteira sobre seu adoecimento mental, na relação entre o território, trabalho e o contexto da pandemia por COVID-19.

Os dados foram registrados no programa *Word* versão 2016, após o levantamento de informações adquiridas pelo material verbal transcrito. Desta forma, a pesquisa qualitativa foi realizada com trabalhadoras de enfermagem que atuam nas UBS no município de Foz do Iguaçu, (PR), Brasil.

Para Triviños (1987), a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos participantes da pesquisa, o foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador.

A entrevista semiestruturada, segundo o autor, favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade, pois mantém a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987).

A elaboração do instrumento de coleta dados (APÊNDICE I) baseou-se no Caderno de Atenção Básica nº 41, Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. As perguntas foram divididas em quatro blocos: perguntas relacionadas ao ambiente de trabalho, fatores psicológicos relacionados ao labor, atendimento a estrangeiros em unidades de saúde do município e reflexo da pandemia da COVID-19 na saúde e trabalho das(os) trabalhadoras(es) em UBS e PSF, resultando um total de 71 perguntas.

Destas 71 perguntas, 34 são relacionadas ao ambiente de trabalho, retiradas do Caderno de Atenção Básica nº 41. O objetivo do Caderno é contribuir para a qualificação do cuidado à saúde desenvolvido pelas equipes das UBS e Unidades de Saúde da Família (USF), considerando as relações entre o trabalho e as condições de saúde e doença dos(as) usuários(as) trabalhadores(as) na população sob sua responsabilidade. Apresentando, além de aspectos conceituais e ferramentas para o manejo clínico, estratégias de intervenções terapêuticas de promoção e vigilância dos agravos à saúde relacionados ao trabalho (BRASIL, 2018).

Para compreender os fatores psicológicos relacionados ao trabalho, elaborou-se 14 perguntas. Sobre o atendimento a estrangeiros em unidades básicas de saúde, sendo Foz do Iguaçu um município de região de fronteira, elaborou-se 12 perguntas, com objetivo de compreender a percepção do trabalhador quanto ao fluxo de atendimento a estrangeiro em seu local de trabalho e como é para ele realizar o atendimento, bem como outras vivências que estão interligadas no contato entre trabalhador de saúde e atendimento a estrangeiro.

Em relação à pandemia da COVI-19, foram elaboradas 11 perguntas, com o intuito de verificar as condições de trabalho e saúde física e mental dos trabalhadores da enfermagem atuantes em UBS e USF. Para levantamento de informações referente à elaboração do instrumento de coleta dados (APÊNDICE I), foi realizado dois testes

pilotos no mês de fevereiro de 2021. Os resultados adquiridos pela transcrição das entrevistas pilotos realizadas indicaram que o questionário se encontra adequado para dar continuidade na pesquisa de campo.

Nesse sentido, pensando no fechamento amostral da pesquisa em conformidade com as entrevistas semiestruturadas, utilizou-se o critério de saturação. Utilizada na pesquisa qualitativa, a expressão saturação considera que, quando se coletam dados, ocorre uma transferência de significações psicoculturais de seu meio original, de indivíduos ou grupos, para outro meio, aquele do pesquisador (NASCIMENTO, 2018).

Considera-se saturada a coleta de dados quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado. Trata-se de um critério que permite estabelecer a validade de um conjunto de dados. O pesquisador identifica os tipos de resposta e anota as repetições, quando nenhuma nova informação ou nenhum novo tema é registrado, identifica-se o ponto de saturação (FUSCH; NESS, 2016).

5.1.8. Organização e análise dos dados quantitativos

Para compreensão das categorias, realizou-se análise estatística descritiva, utilizando tabelas ilustradas. As variáveis analisadas na amostra selecionada, falam sobre sexo, idade, função, vínculo empregatício, grupo de CID-10 nos afastamentos do trabalho; média geral de idade entre os grupos de transtornos psiquiátricos; dias de afastamento do trabalho e função; caracterização por distritos sanitários e as respectivas unidades básicas de saúde que tiveram trabalhadores da enfermagem com afastamento do trabalho; caracterização de afastamento do trabalho por ano e distrito sanitário.

5.1.9. Organização e análise dos dados qualitativos

Das 29 unidades de saúde existentes no município, 19 unidades não contavam com a equipe de enfermagem completa, pois, no ano de 2018 a 2021, muitos(as) trabalhadores(as) foram afastados do trabalho por motivos relacionados à saúde. Das unidades que possuíam trabalhadores(as), e após a realização do convite para participação, 10 deles(as) aceitaram participar da pesquisa, sendo todas do sexo feminino, entre elas, duas enfermeiras e oito auxiliares de enfermagem.

A coleta de dados iniciou-se pelo Distrito Nordeste do município de Foz do Iguaçu. No mês de fevereiro de 2021, das cinco unidades de saúde existentes no distrito, a UBS Sol de maio e UBS Três Bandeiras haviam trabalhadoras da equipe de

enfermagem que pegaram atestado médico por motivos relacionados a adoecimento mental. Realizou-se entrevistas com cada trabalhadora da respectiva UBS, as duas entrevistas foram realizadas de forma presencial entre os dias 11 e 17 de março de 2021, com duração de 60 minutos cada. A pesquisa foi realizada na residência das participantes.

Após finalizar a coleta de dados no Distrito Nordeste, o próximo distrito a ter contato foi o Oeste. Realizaram-se três entrevistas com as trabalhadoras da UBS Vila Yolanda entre os dias 31 de março a 05 de abril de 2021, de forma síncrona, pela plataforma Google Meet, com duração de 60 minutos cada. Além disso, foi realizada uma entrevista com a auxiliar de enfermagem da UBS Vila Adriana no dia 15 de abril de 2021, de forma síncrona, também pela plataforma Google Meet, com duração de 60 minutos. As entrevistas para coleta de dados do Distrito Oeste foram finalizadas no início de abril de 2021, realizou-se, portanto, um total de quatro entrevistas.

Conversamos com a Supervisora do Distrito Norte no mês de abril de 2021, a mesma informou o contato dos gerentes das sete unidades de saúde existentes no distrito. Entrou-se em contato com os gerentes de cada unidade e, apenas a gerente da UBS Vila C informou haver trabalhador(a) da equipe de enfermagem com atestado médico. As demais unidades informaram não haver trabalhadores da equipe de enfermagem que tenham pegado atestado ou afastamento do trabalho relacionado à saúde mental. Realizou-se a entrevista no dia 05 de maio de 2021, de forma síncrona pela plataforma Google Meet, com duração de 60 minutos cada, realizando-se, assim, apenas uma entrevista neste distrito.

Entramos em contato com a supervisora do Distrito Sul no começo do mês de março de 2021. A mesma informou, no final do mês de abril de 2021, que, segundo os gerentes das cinco unidades de saúde existentes no Distrito, as unidades dos Bairros Ouro Verde e Profilurb II possuíam trabalhadoras que tinham atestado e afastamento do trabalho por motivos de saúde mental entre o ano de 2020 e 2021. A pesquisadora entrou em contato com os gerentes das unidades para obter comunicação pessoal com as trabalhadoras e, assim, convidá-las para participar da pesquisa. As três trabalhadoras informadas aceitaram participar do estudo. A entrevista foi realizada entre os dias 07 a 21 de junho de 2021, sendo duas delas realizadas de forma presencial e a terceira de forma síncrona, pela plataforma Google Meet, com duração de 60 minutos cada.

Conversamos com a Supervisora do Distrito Leste no mês de março de 2021. Estainformou-nos o contato dos gerentes das sete unidades de saúde. As gerentes das

unidades de saúde UBS Morumbi II e Morumbi III informaram que possuem trabalhadores(as) da equipe de enfermagem que pegaram afastamento do trabalho por motivos de saúde mental. A pesquisadora entrou em contato com estes(as) trabalhadores(as), ocorrendo uma negativa de participar da pesquisa e dificuldade de contato telefônico para realização do pedido, além de não conseguirmos aceite de participação de duas trabalhadoras, não sendo realizado neste distrito nenhuma entrevista.

Com a união dos dados adquiridos pelas entrevistas semiestruturadas, pôde-se construir nove categorias de análises, as quais foram construídas por meio de leituras sistemáticas dos dados coletados. As características que mais se destacaram para a construção das categorias foram os sentimentos que se afluam nas participantes referente ao trabalho da equipe de enfermagem em região de fronteira.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 Características epidemiológicas dos trabalhadores de enfermagem afastados por Transtornos mentais e comportamentais.

A tabela 1 caracteriza os trabalhadores da equipe de enfermagem segundo o sexo, faixa etária, função, vínculo empregatício. Compõem a amostra 82 pessoas, destas 2,4% (n=2) são do sexo masculino e 97,6% (n=80) do sexo feminino, sendo enfermeiras 48,8% (n=40) e auxiliar de enfermagem 51,2% (n=42), todos os trabalhadores, 100% possuem vínculo empregatício estatutário (n=82).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos trabalhadores da equipe de enfermagem, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2018 - 2021.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	2	2,4
Feminino	80	97,6
Função		
Enfermeira (o)	40	48,8
Auxiliar de enfermagem	42	51,2
Vínculo Empregatício		
Estatutário	82	100
Total	82	100

Fonte: Departamento DISO, elaborado pela autora, 2021.

A tabela 2 apresenta a caracterização por grupo de CID-10 contidos nos afastamentos do trabalho da equipe de enfermagem por sexo, função e ano do afastamento. Do sexo feminino, afastaram-se do trabalho 45,0% (n=36), devido transtornos do humor (afetivos) e 47,5% (n=38) transtornos fóbicos ansiosos. Já em relação ao sexo masculino, 100% (n=2) se afastou do trabalho por transtornos fóbicos e ansiosos. Por CID-10, contidos nos afastamentos do trabalho, 3,7% (n=3) foram por transtorno mental e comportamentais devido ao uso de álcool, 3,7% (n=3) esquizofrenia, 43,9% (n=36) transtornos de humor (afetivos) e 48,8% (n=40) transtornos fóbicos ansiosos.

O maior número de afastamento do trabalho ocorreu no ano de 2019, quando 47,5% (n=19) dos trabalhadores se afastaram devido a transtornos do humor (afetivos), 40,0% (n=16) por transtornos fóbicos ansiosos, 7,5% (n=3) por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e 5,0% (n=2) por esquizofrenia, totalizando 40 afastamentos neste ano.

No ano de 2020, 78,3% (n=18) dos afastamentos foram por transtornos fóbicos ansiosos, demonstrando um aumento referente a 2019 de 28,3% de afastamento do trabalho por transtornos fóbicos ansiosos.

Tabela 2. Caracterização por grupo de CID-10 nos anos de afastamentos do trabalho da equipe de enfermagem, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2018 - 2021.

Variáveis	n			%	Sub-total
	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	Esquizofrenia	Transtornos do humor (afetivos)	Transtornos fóbico-ansiosos	
Sexo					
Feminino	3 3,8%	3 3,8%	36 45,0%	38 47,5%	80
Masculino	- 0,0%	- 0,0%	- 0,0%	2 100%	2
Total	3 3,7%	3 3,7%	36 43,9%	40 48,8%	
Função					
Enfermeira (o)	0 0,0%	1 2,5%	18 45,0%	21 52,5%	40
Auxiliar de enfermagem	3 7,1%	2 4,8%	18 42,9%	19 45,2%	42
Ano*					
2018	- 0,0%	- 0,0%	- 0,0%	1 100%	1
2019	3 7,5%	2 5,0%	19 47,5%	16 40,0%	40
2020	- 0,0%	1 4,3%	4 17,4%	18 78,3%	23
2021	- 0,0%	- 0,0%	13 72,2%	5 27,8%	18

Fonte: Departamento DISO, elaborado pela autora, 2021. Legenda: *Referente ao ano de 2021 os dados foram repassados no mês de junho de 2021, portanto esses dados não representam a totalidade do ano de 2021.

A tabela 3 refere-se à idade, verificando que o grupo da média geral de idade foi de 42 anos e sete meses, obtendo mediana de 41 anos, isso significa que 50% dos indivíduos tinham até 41 anos e que os outros 50% tinham 41 anos ou mais. Vale destacar que as idades do grupo avaliado ficaram entre 26 e 62 anos.

Ao ser avaliada a idade entre os grupos de transtornos psiquiátricos, a média mais alta ficou com destaque para transtorno mentais e comportamentais devido ao uso de álcool com 41 anos tendo a mesma mediana. Já a média mais baixa, é encontrada no

grupo da esquizofrenia, a qual foi 39,3 anos e mediana 39 anos. Relacionado aos grupos de CID-10, verifica-se que as médias ficam entre quarta e quinta década de vida, caracterizando adultos com vários anos de experiência profissional.

Tabela 3. Caracterização por idade em anos e grupo de CID-10 nos afastamentos do trabalho da equipe de enfermagem, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2018 - 2021.

Variáveis	Media*	IC 95%*		Desvio padrão*	Mediana*
		Limite inf.	Limite sup.		
Geral	42,7	40,8	44,7	8,9	41
CID-10					
TMCA	51,0	46,0	56,0	2,0	51,0
Esquizofrenia	39,3	35,0	43,1	1,5	39,0
TH	44,5	41,5	47,5	8,8	41,5
TFA	40,8	37,9	43,6	8,9	40,5

Fonte: Departamento DISO, elaborado pela autora, 2021. Legenda: * Valores dados em anos; TMCA= Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool; TH= Transtorno do humor; TFA= Transtorno fóbico ansiosos.

A tabela 4 caracteriza os dias de afastamento do trabalho, para o grupo geral verifica-se que a média foi de 63,2 dias e obteve mediana 10 dias, isso significa que 50% dos indivíduos tinham até 10 dias de afastamento e que os outros 50% tiveram 10 dias ou mais de afastamento. Vale destacar que os dias de afastamento para o grupo avaliado variou de um dia a 745 dias de afastamento do trabalho.

Pelos dados apresentados na tabela 4, verifica-se que, pelo fato das médias apresentarem valores muito superiores que as medianas, significa que há valores extremos interferindo na média, o que deixa a mediana como melhor medida para avaliar dias de afastamento. Relacionado à função de enfermeiro e auxiliar de enfermagem, independente da média obtida entre as funções, cabe o destaque à comparação das medianas, visto que os enfermeiros apresentaram mediana de 10 dias de afastamento enquanto os (as) auxiliares de enfermagem apresentaram mediana de 12 dias.

Tabela 4. Caracterização por dias de afastamento do trabalho e função, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2018 - 2021.

Variáveis	Media*	IC 95%*		Desvio padrão*	Mediana*
		Limite inf.	Limite sup.		
Geral	63,2	29,5	97,0	153,5	10
Função					
Enfermeiro	43,2	3,8	82,7	123,4	10
Aux. Enf.	82,3	27,2	137,4	176,9	12

Fonte: Departamento DISO, elaborado pela autora, 2021. Legenda: * Valores dados em dias.

A tabela 5 traz a caracterização por distritos sanitários e as respectivas unidades básicas de saúde que tiveram trabalhadores da enfermagem com afastamento do trabalho. O distrito Sul foi o que apresentou maior número de afastamento do trabalho, 35,4% (n=29), a maioria dos afastamentos se concentraram em duas unidades de saúde. A UBS PROFILURB II 12,2% (n=10) tem seu funcionamento das 06h30 às 18h30 horas e a UBS 24 Horas Padre Ítalo 20,7% (n=17) atendimento 24 horas.

O distrito Nordeste apresentou 19,5% (n=16) dos afastamentos do trabalho, a unidade de saúde dentro do distrito com maior número de afastamento é a UBS Sol de Maio com 8,5% (n=7) afastamentos. A unidade está localizada em uma região violenta do município, em um bairro periférico, o funcionamento da unidade é das 07h30 às 17h30 horas. No distrito Leste, ocorreu 18,3% (n=15) dos afastamentos do trabalho, tendo a unidade de saúde do Morumbi III 11,0% (n=9) de afastamentos. Essa unidade trabalha com quatro equipes de saúde e horário estendido até as 20 horas.

O distrito Norte e Oeste apresentaram o total de 13,4% (n=11) de afastamento do trabalho. A unidade de saúde Cidade Nova, localizada no distrito Norte, funciona das 07:00 com horário estendido às 22:00 horas. A unidade de saúde Vila Yolanda, localizada no distrito Oeste, é uma unidade básica aberta que atende uma grande população em território central da cidade, tendo uma grande demanda de atendimento; seu funcionamento é das 07:00 às 18:00 horas.

A tabela 5 caracteriza o número de afastamento do trabalho por ano e distrito sanitário. O distrito Sul se destaca por ser o único distrito em ter casos em todos os anos, e por apresentar o maior número de casos. O ano de 2019 foi o ano que mais teve registro de afastamento do trabalho, sendo o distrito Sul com mais casos nesse ano, seguido do distrito Nordeste. Pelo fato de a coleta ter ocorrido em meados do ano de

2021, ela não contempla a realidade do ano, podendo existir mais casos além dos registrados na pesquisa.

Tabela 5. Caracterização de afastamento do trabalho por ano e distrito sanitário, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2018 - 2021.

Distritos	Ano – n (%)			
	2018	2019	2020	2021
Nordeste	-	9 (22,5)	3 (13,0)	4 (22,2)
Norte	-	5 (12,5)	4 (17,4)	2 (11,1)
Oeste	-	7 (17,5)	2 (8,7)	2 (11,1)
Sul	1 (100)	12 (30)	10 (43,5)	6 (33,4)
Leste	-	7 (17,5)	4 (17,4)	4 (22,2)
Total	1(100)	40 (100)	23 (100)	18 (100)

Fonte: Departamento DISO, elaborado pela autora, 2021. Legenda: *Referente ao ano de 2021 a coleta ocorreu no mês de junho de 2021, portanto, esses dados não representam a totalidade do ano de 2021.

Ao analisar as variáveis encontradas nos afastamentos do trabalho da equipe de enfermagem, percebe-se que os trabalhadores que demonstraram maior adoecimento mental estão em idade intermediária (metade tem até 41 anos), pois o que está sendo avaliado não é o surgimento das doenças levantadas pelo CID-10, mas o momento do afastamento do trabalho. Assim, devido a idade dos mesmos, pôde-se compreender que esses trabalhadores têm anos de serviços prestados e períodos de contribuição, sendo que os transtornos mentais, em sua maioria, não estão acometendo os trabalhadores em idade mais jovens.

Assim, diante dos resultados levantados, compreende-se que o sofrimento e adoecimento mental é um acometimento na saúde do trabalhador que demora para demonstrar seus agravos, e vem com o tempo, passando a ser percebido quando a funcionalidade do servidor não é mais a mesma, aí vem a necessidade de se afastar do trabalho por não conseguir mais lidar com questões laborais e do dia a dia.

A questão levantada aqui vai de encontro com o que está sendo estabelecido com a Reforma da Previdência. A população de mais idade, que ainda está trabalhando ativamente, precisará aumentar os anos de contribuição para, assim, ter direito à sua aposentadoria. Estes anos a mais vêm comprometendo negativamente a saúde do trabalhador, ao se ver obrigado a se manter no exercício de sua função por mais um

período de tempo para alcançar sua aposentadoria, gerando inúmeros sentimentos que afetam o físico e psíquico do trabalhador.

Em 20 de fevereiro de 2019, o presidente Jair Bolsonaro, juntamente com seus parlamentares, apresentou uma Proposta de Emenda Constitucional (PEC) para a reforma da Previdência. Alguns argumentos foram colocados para justificar a necessidade de reforma, e um dos dados apresentados pelo governo mostraram que, em 2030, a estimativa é que o Brasil seja a quinta maior população de 65 anos ou mais do mundo. Assim, em 2060 os idosos serão 25% da população. Então, segundo o Ministro da Economia, Paulo Guedes (2019), a adoção das medidas é imprescindível para evitar custos excessivos para as futuras gerações e comprometimento do pagamento de benefícios de aposentadorias e pensões (CÂNDIDO, 2020).

Ao que se refere às pessoas que nunca contribuíram ou contribuirão com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)- já que mais da metade da População economicamente ativa (PEA) não está vinculada formalmente ao mercado de trabalho e não poderão conseguir a aposentadoria por idade - existe um benefício específico para elas, o que a Previdência Social chama de Benefício de Prestação Continuada (BPC) (CÂNDIDO, 2020).

O BPC da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC/Loas) é concedido pelo INSS aos cidadãos que nunca fizeram recolhimento à Previdência Social. O valor do benefício é de um salário mínimo vigente, viabilizando assistência para quem nunca contribuiu com o INSS. A solicitação do benefício pode ser realizada de maneira presencial, na agência do INSS ou remota, pelo site ou aplicativo “Meu INSS” (GARCIA, 2019).

O cidadão precisa se enquadrar em cinco especificações determinadas pelo INSS: ter renda familiar per capita igual ou inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo; ter no mínimo 65 anos de idade; ter CPF, bem como seus familiares; ser natural do Brasil ou de Portugal; e ser inscrito no Cadastro único (CadÚnico) (GARCIA, 2019).

A Nova Previdência entrou em vigor na data de publicação da emenda constitucional nº 103 no Diário Oficial da União, em 13 de novembro de 2019. As novas regras valem para segurados do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e do Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) da União. A nova idade mínima para se aposentar é de 62 anos para as mulheres e 65 para homens, com condição especial para

a aposentadoria rural, em que os 60 anos completados, independentemente do sexo, já serviriam para o pedido de aposentadoria (CÂNDIDO, 2020).

A previdência social está inserida no rol dos direitos sociais enunciados no art. 6º da Constituição de 1988, coexistindo, lado a lado, com outros de indiscutível relevância para a coletividade, como a saúde, a assistência aos desamparados e a educação. A exemplo dos demais, a sua proteção está umbilicalmente ligada à concepção mais ampla de dignidade da pessoa humana. Afinal, com o passar dos anos, a força para o trabalho diminui, devendo existir mecanismos que permitam a continuidade da vida (GARCIA, 2019).

Garcia (2019) ainda fala que a desconstitucionalização das regras previdenciárias leva ao estabelecimento de uma proteção deficiente, a inconstitucionalidade se manifesta ante a violação do art. 60, § 4º, da Constituição Federal de 1988, que estabelece direitos e garantias individuais. Saraiva (2019) considera que a nova reforma da previdência viola direitos e garantias fundamentais já conquistadas socialmente (princípio do direito adquirido), pois, dentre as medidas apresentadas, a extinção da aposentadoria por tempo de contribuição fere o direito à aposentadoria digna, já que, em muitas regiões, inexistente expectativa de sobrevida após os 60 anos.

Ademais, são também medidas violadoras do princípio do direito adquirido a revogação das normas de transição estabelecidas pelas reformas de 1998 e 2003, que prejudica a defesa dos trabalhadores rurais e diminui o valor dos benefícios. Portanto, a nova reforma tende a extinguir direitos e garantias individuais (princípio do direito adquirido), o que evidencia a inconstitucionalidade de tal reforma (MIRANDA, 2020).

O mais recente desafio da Enfermagem trata-se da Reforma da Previdência, que vai afetar demasiadamente os profissionais dessa área, sendo uma categoria majoritariamente feminina (85%), exposta a intenso desgaste físico e psicológico, como também se comprova no presente estudo, além dos riscos biológicos, entre outros que se referem ao trabalho da enfermagem (SILVA; MACHADO, 2020).

Outro resultado encontrado vão ao encontro com outros estudos, que dizem respeito à predominância dos transtornos mentais no sexo feminino. As mulheres apresentam um risco significativamente maior comparado ao dos homens para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade ao longo da vida. Além disso, diversos estudos sugerem maior gravidade de sintomas, maior cronicidade e maior prejuízo funcional dos transtornos de ansiedade entre as mulheres (COSTA et al., 2019).

Apesar disso, os motivos que levam a este aumento de risco no sexo feminino são ainda desconhecidos e precisam ser adequadamente investigados. Embora alguns estudos considere o trabalho enquanto determinante, o entendimento deve ser da construção social histórica da desigualdade entre homens e mulheres na inserção ocupacional e como isso acarreta diferentes impactos à saúde mental (COSTA et al., 2019).

As diferenças de gênero encontradas nos transtornos de ansiedade em relação ao início e à evolução da doença indicam que é necessário investigar a necessidade de tratamentos diferenciados para homens e mulheres. Entretanto, as evidências de que as diferenças de gênero modifiquem a resposta ao tratamento dos transtornos ansiosos ainda são inconsistentes e amplamente inconclusivas (TIARA; OLIVEIRA; CASTRO, 2021).

Nesse caminho, as exigências inerentes à profissão se refletem no mercado de trabalho, sendo que somente 2,1% dos profissionais em atuação no Brasil têm mais de 60 anos, seis em cada dez profissionais têm menos de 40 anos. Portanto, é imperativo adequar a proposta à realidade de trabalho específica da enfermagem, pois estas profissionais irão enfrentar anos de trabalho até poderem se aposentar (SILVA; MACHADO, 2020, p. 12).

Em uma perspectiva marxista, a questão do aumento da longevidade da classe trabalhadora precisa ser abordada à luz da perspectiva da totalidade do ser social, isto é, da forma como esta classe está inserida no modo de funcionamento da produção capitalista. Marx (1983), ao abordar as disputas interclasses no processo de regulamentação da jornada de trabalho na Inglaterra, afirma que o capital não tem, por isso, a menor consideração pela saúde e duração de vida do trabalhador, a não ser quando é coagido pela sociedade a ter consideração (MARX, 1983, p. 215).

Desta forma, a essência exploratória do capitalismo sempre se constituiu em uma ameaça a qualquer possibilidade de o trabalhador adquirir longevidade ao longo de sua vida, haja vista que a força de trabalho é roubada de suas condições normais, morais e físicas, de desenvolvimento e atividade (MARX, 1983, p. 212).

No que se refere aos elevados números de afastamento no ano de 2019, sendo o ano que mais apresentou afastamento do trabalho devido a transtornos mentais dos trabalhadores, buscou-se verificar com os coordenadores do distrito Sul e Nordeste o que poderia ter ocorrido no território, nesse ano, que pudesse estar relacionado aos afastamentos do trabalho.

A coordenadora do distrito Nordeste, a qual estava na função em 2019, informou que o quadro de servidores da UBS Sol de Maio, em 2019, estava precário, com poucos servidores trabalhando; o acúmulo de funções e demandas sobrecarregam os trabalhadores que, doentes, se afastaram do trabalho. Outra particularidade que a coordenadora informou diz respeito à dificuldade que ela tinha de conseguir servidores que aceitassem trabalhar na UBS Sol de Maio e, assim, conseguir fechar o quadro de funcionários de duas equipes de saúde. Os servidores não aceitavam ir trabalhar na unidade devido a mesma estar localizada em um território periférico do município.

Para o presente trabalho, os transtornos mentais que vêm acometendo a saúde mental de enfermeiras(os) e auxiliares de enfermagem são o Transtorno Fóbico Ansiosos, classificados no CID-10 como F40. Estes são um conjunto de transtornos nos quais uma ansiedade é desencadeada exclusiva ou essencialmente por situações e/ou objetos que representem perigo real ou não, são suportados com sofrimento e/ou evitados. Estão presentes neste grupo agorafobia, fobias sociais, fobias específicas (PEREIRA et al., 2021).

Os sintomas do transtorno fóbico ansioso referem-se a constantes preocupações que geram palpitações, falta de ar, tremores, extremidades frias, impressão de desmaio, entre outros. Frequentemente, esse tipo de ansiedade se associa ao medo de morrer, de vir a passar muito mal, de perder o autocontrole ou de ficar louco. A simples evocação de uma situação fóbica desencadeia, em geral, ansiedade antecipatória. A ansiedade fóbica, frequentemente, se associa a uma depressão, por isso é preciso levar em conta a ordem de ocorrência dos transtornos e as medidas terapêuticas que são consideradas no momento do diagnóstico (PEREIRA et al., 2021).

A ansiedade é um sentimento de medo vago e desagradável que se manifesta como um desconforto ou tensão decorrente de uma antecipação do perigo, de algo desconhecido, enquanto os Transtornos de ansiedade (TA) compartilham características de medo e ansiedade excessiva, além de perturbações comportamentais. Esses transtornos diferem entre si nos objetos ou situações que induzem ao medo, à ansiedade ou ao comportamento de esquiva e a ideação cognitiva associada (FERNANDES et al., 2018).

Assim, diferenciam-se da ansiedade por serem mais intensos e persistirem além dos períodos apropriados para o desenvolvimento normal. Os TAs são problemas frequentes quando se aborda a saúde do trabalhador, visto que geram altos custos e impactos nos índices de absenteísmo, presenteísmo e outros aspectos relacionados ao

trabalho, como a redução do desempenho e carga de afazeres (FERNANDES et al., 2018).

Sabe-se que a ansiedade, a depressão, o consumo abusivo de substâncias psicoativas e o estresse diário estão entre as causas mais comuns que levam o trabalhador ao adoecimento mental relacionado ao labor. Contudo, há de se considerar que as características individuais são marcantes para o estabelecimento de uma boa relação entre trabalho e saúde mental, de forma que, do ponto de vista psicológico, certa atividade motivadora para uma pessoa poderá ser depressora para outra. E, para que haja um bem-estar físico e psíquico, é necessário avaliar as questões social, econômica e ambiental nas quais esse profissional está inserido (CLOT, 2013).

Quanto à função de enfermeira (o) e auxiliar de enfermagem, os dados obtidos informam que os trabalhadores auxiliares estão ficando mais dias afastados do trabalho do que as(os) enfermeiras(os). De modo geral, no município, a contratação de auxiliares de enfermagem é maior do que enfermeiras(os). Esta constatação precisa ser vista pensando na substituição desses trabalhadores no período de seu afastamento para, assim, não sobrecarregar os outros trabalhadores que estão no local de trabalho, a ponto de esta sobrecarga contribuir para mais afastamentos e adoecimentos dos trabalhadores(as).

Para os autores Silva e Machado (2020), mais que debater a formação, as funções, as condições de trabalho e os rumos da Enfermagem, é necessário repensar o sistema de saúde. É rever o compromisso com a população e as condições de trabalho que os profissionais são submetidos na frente deste sistema (SILVA; MACHADO, 2020).

Em síntese, as características epidemiológicas dos trabalhadores de enfermagem afastados por Transtornos mentais e comportamentais, que atuam nas unidades básicas de saúde do município de fronteira, são, em sua maioria, mulheres, na faixa etária de 42,7 anos e obteve mediana 41 anos, isso significa que 50% dos indivíduos tinham até 41 anos e que os outros 50% tinham 41 anos ou mais. As idades do grupo avaliado ficaram entre 26 e 62 anos.

As que exercem a função de auxiliar de enfermagem e apresentaram o adoecimento mental de transtornos fóbicos ansiosos, sendo este adoecimento um conjunto de transtornos nos quais uma ansiedade é desencadeada exclusiva ou essencialmente por situações e/ou objetos que representem perigo real ou não (D'ÁVILA et al., 2020).

Nesse sentido, destaca-se a importância do olhar sobre a saúde do trabalhador, em especial a saúde do trabalhador que exerce suas funções na rede de Atenção Básica em municípios fronteiriços. O aumento no número de adoecimento mental destes(as) trabalhadores(as) vem aumentando gradativamente, o que mostra a necessidade de ações preventivas de detecção e tratamento, buscando, assim, evitar maiores sequelas e agravamento à saúde dos mesmos, o que diretamente acarreta em grandes prejuízos ao sistema como um todo.

6.2 Percepção do adoecimento mental relacionado ao trabalho da enfermagem em região de fronteira

A partir de como as trabalhadoras compreendem e percebem o trabalho da enfermagem na atenção básica em município de fronteira, relacionado ao seu adoecimento mental, assuntos voltados ao território e o contexto da pandemia por COVID-19, serão apresentados os resultados embasados na teoria da Materialismo histórico e dialético em conjunto com a Clínica da Atividade, decorrentes dos dados obtidos mediante realização de entrevistas com roteiro semiestruturado, bem como a discussão com a literatura.

Foram realizadas 10 entrevistas com as trabalhadoras da equipe de enfermagem atuantes em UBS e ESF, todas mulheres, vínculo empregatício estatutário, duas enfermeiras e oito auxiliares de enfermagem, as quais apresentam faixa etária de 30 a 58 anos de idade. As duas participantes enfermeiras, desempenhavam o papel de enfermeira assistencial e administrativa, sendo o tempo de serviço na Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu entre 15 meses a 10 anos na mesma função e/ou cargo; as auxiliares de enfermagem possuem tempo de serviço na Prefeitura de dois a 18 anos.

O tempo de afastamento do trabalho entre as trabalhadoras da enfermagem e auxiliar de enfermagem vão de sete a 120 dias de afastamento do trabalho devido ao diagnóstico autorreferido por elas de Depressão e Síndrome do pânico. Entre as participantes, seis moram no município desde o nascimento; três vieram morar no município enquanto crianças; e uma veio para assumir o concurso, sendo moradoras do município entre um a 48 anos.

Todas correspondiam ao quadro de efetivas concursadas no município, regime de trabalho estatutário, relataram ter atestado e afastamento do trabalho por motivos relacionados a saúde mental no período de 2018 e 2021.

Quadro 1 – Caracterização das trabalhadoras entrevistadas – Foz do Iguaçu, PR, Brasil-2021

Identificação	Cargo	Idade	Profissão	Distrito	Período de afastamento	Tempo de trabalho Secretaria Municipal de Saúde	Motivo de afastamento autorreferido
E1	E	51	E	Nordeste	15 dias	10 anos	SP
E2	E	32	E	Oeste	15 dias	18 meses	D
AF1	AF	39	AF	Nordeste	30 dias	9 anos	SP
AF2	AF	30	E	Oeste	15 dias	2 anos	D
AF3	AF	34	AF	Oeste	7 dias	1 ano	D
AF4	AF	38	AF	Norte	20 dias	18 anos	D
AF5	AF	32	AF	Sul	7 dias	2 anos	SP
AF6	AF	40	E	Sul	60 dias	17 anos	D
AF7	AF	58	TF	Sul	7 dias	16 anos	SP
AF8	AF	39	N	Oeste	120 dias	10 anos	SP

Legenda: E= Enfermeira; AF= Auxiliar de enfermagem; TF= Técnica de enfermagem; N= Nutricionista; SP= Síndrome do Pânico; D= Depressão.

Para categorizar o conteúdo das entrevistas, as falas foram estruturadas a partir dos sentimentos relatados, e relacionados às situações às quais tais sentimentos foram percebidos durante as entrevistas. Desta forma, será possível perceber como as condições e situações vivenciadas no trabalho da enfermagem pode afetar a subjetividade destas trabalhadoras e, possivelmente, a depender do tempo que se exerce o trabalho, relacionar-se ao sofrimento e transtornos mentais analisados.

As categorias foram nomeadas pelos sentimentos que mais se subsaiu na união das entrevistas. Esses sentimentos se referem ao medo, insegurança, desamparo, falta de reconhecimento, desvalorização, desmotivação, sobrecarga e desgaste, entre outros que dizem respeito às diversas situações de trabalho que provocam tais sentimentos, incluindo o ambiente, organização, relações e condições de trabalho durante a pandemia por COVID-19.

6.2.1 Insegurança, Angústia, Medo

Foram várias as situações em que as entrevistadas relataram se sentirem inseguranças no local de trabalho, tanto em relação às situações de violência e agressões por parte dos usuários do serviço, principalmente quando por falta do médico da equipe não há atendimento na unidade, insegurança devido a ausência de garantia, quanto à jornada de trabalho de 30 horas no Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) e o medo de adoecer durante a pandemia:

Quando eu sei que vai ter um dia que o médico não vai estar na unidade, vai faltar o médico ou é o médico que não aceita muitas vagas né, de encaixe a gente já sabe que o paciente vai brigar, vai se

estressar. Aí eles brigam com a enfermagem né, não é só comigo é com os meus auxiliares, isso deixa a gente insegura no trabalho (E2).

A gente não tem um guarda na porta. (...) nós não temos segurança, as pessoas vêm e se quiserem dar na nossa cara dá, nem um posto de Foz do Iguaçu tem segurança (AF6).

Você nunca sabe quando você diz um não para o paciente. Não, eu não tenho como fazer um encaixe, é sempre muito inseguro, principalmente quando eu estou sozinha no posto (AF7).

Outra situação que gera insegurança e angústia nas participantes diz respeito a mudanças na gestão do município Segundo as participantes, estas mudanças afetam diretamente o funcionamento da rotina de trabalho da enfermagem nas unidades de saúde, em função, especialmente, da jornada de trabalho de 30 horas que é estabelecida por meio de um “acordo verbal”, não sendo garantido legalmente ao trabalhador esta jornada. Portanto, como o concurso realizado é para 40 horas semanais, a depender da política do gestor municipal, é necessário o complemento de horas que são revertidas em banco de horas e não como pagamento de horas extras de trabalho.

Esta situação gera insegurança, a cada mudança de gestão, além do sentimento de estarem sempre “fora da lei”, dependentes de acordos verbais que podem ser desfeitos a qualquer momento.

Gera muitas inseguranças né? (...) eu estou há 12 anos na Prefeitura, então foram quatro gestões diferentes né? (...) às vezes a gente pensa será que aquela pessoa vai suprir as necessidades que a gente tem né? (...) eu já trabalhei em gestões que o salário as vezes atrasava (AF1). Mudanças na gestão do município gera muita angústia. (...) envolve muita politicagem e corrupção, então isso interfere quando vai mudar a gestão, gera muita insegurança (E1).

As mudanças na gestão como Prefeito geram angústia, preocupação na gente, porque a gente não sabe o que vai acontecer, porque a gente está acostumada com uma equipe né e eles podem mudar a qualquer momento (E2).

Ano passado mesmo quando eu entrei eu fazia oito horas diárias, e o pessoal mais antigo fazia só seis. Aí quando mudou né, a gestão da prefeitura, eles tiveram que voltar a fazer às oito horas, ficou um clima (AF2).

A gente fazia oito horas diárias todo mundo, e como mudou o horário, ficou seis horas. A gente se dividiu em duas turmas, daí ficou menos pessoal né. (...) a gente era quatro auxiliares o dia todo, depois que dividiu ficou duas em cada turma, só que às vezes um outro pega atestado, pede transferência. (...) eu cheguei a trabalhar sozinha vários dias, então ficou difícil depois que mudou o horário né porque veio para 32 horas, aí teve que se dividir um turno de manhã e tarde (AF4).

Horas extras já fiz, agora a gente não faz mais porque como diminuiu a carga horária, a gente tem que complementar pagando hora, sempre fica devendo hora né? Aí como tem campanha de vacina a gente vai. (...) Na verdade, assim, a gente questionou, mas houve quase que umas ameaças. (...) ou vocês fazem ou vocês vão voltar a fazer as oito horas diárias, foi uma pressão em cima da gente, e comigo mais ainda. (...) a colega pegava atestado e a gente tinha que cobrir o turno dela à tarde, como eu trabalho de manhã, aí eu teria que estender até a tarde entendeu? Bem puxado (AF3).

Fiz extras quando começou a campanha de vacina, mas a Prefeitura é f***, é banco de horas (risos), porque o nosso concurso é de 40 horas (...) para se eleger o candidato a prefeito. prometeu 30 horas para enfermagem. (...) e agora a gente tem que trabalhar 30 é toda semana. A gente tem que complementar para dar as 40 do concurso né. (...) esses sábados, domingos que a gente trabalha nessas campanhas se torna complementação das horas (AF7).

Tem muita coisa que eu gostaria que fosse diferente, como nosso horário de intervalo, que o COREN preconiza que é de 15 minutos. Na carga horário das sete às 13 horas tem que ter 15 minutos de intervalo. (...), mas eu não consigo sentar 15 minutos. (...) talvez se eu só registrar a biometria eles iriam ver que ela não está aqui porque está no intervalo dela. (...) tem que respeitar isso, é uma das coisas que eu gostaria que mudasse (AF4).

Nos fragmentos acima, as participantes trouxeram para reflexão o que determina o conselho profissional da enfermagem sobre descanso obrigatório de 15 minutos, quando a jornada de trabalho ultrapassar quatro horas.

De acordo com o art. 7º da Constituição Federal (CF)/88, são direitos dos trabalhadores a jornada de seis horas para o trabalho realizado em turnos ininterruptos de revezamento, salvo negociação coletiva. Essa negociação coletiva envolve acordo ou convenção. O acordo coletivo é o instrumento firmado entre uma ou mais empresas e uma categoria profissional, enquanto a convenção coletiva é firmada por duas entidades sindicais (COREN, 2011).

Possivelmente, a concessão de 15 minutos de descanso, segundo o parecer técnico (não podendo ser computada na jornada de trabalho), não entrou em vigor dentro do município de fronteira, devido à falta de negociação bem como fiscalização entre as partes e entidades sindicais do referido município para que, de fato, este direito seja realizado na prática (COFEN, 2011).

As participantes percebem, também, que a cada mudança na gestão do município retomam o projeto de Lei Federal 2.2 95/2000, implantada no município no ano de 2015, que dispõe sobre a jornada de trabalho dos enfermeiros(as), técnicos e auxiliares de enfermagem. O projeto de Lei, aprovada no Senado Federal, está relacionada à

jornada de trabalho fixa de seis horas diárias e trinta horas semanais para os trabalhadores da equipe de enfermagem (BRASÍLIA, 2000).

O projeto de Lei Federal 2.295/2000, segundo algumas participantes, auxilia em algumas questões pessoais, mas também prejudicou o funcionamento do trabalho devido ter modificado a estrutura anterior existente quando trabalhavam oito horas, diminuindo, assim, o número de funcionários para determinado horário resultou em excesso de carga de trabalho. Sendo que anteriormente se havia a necessidade de ter que trabalhar em outro horário e turno, o que a maioria delas realizavam para ter um aumento no salário, a Prefeitura pagava horas extra, o que agora tornou-se banco de horas.

Após a fixação do projeto no município em 2015, nas unidades de saúde, houve a compreensão para as trabalhadoras que a carga horária é utilizada como moeda de troca e, até mesmo, como ameaça pelo fato de, a maioria delas, terem ingressado no serviço público pelo concurso de 40 horas. Dessa maneira, para que consigam completar as 10 horas faltantes, precisam realizar cursos, cobrir o horário de colegas, trabalhar nas campanhas sem receber hora extra de trabalho.

Uma dessas marcas que mostram a corrupção no município foi o acontecimento envolvendo a Operação “*Nipoti*” no ano de 2016. O nome da operação fazia referência ao nepotismo, pois também foram investigadas supostas indicações de familiares para serem contratados por empresas da cidade ou ocuparem cargos em comissão na Prefeitura de Foz do Iguaçu (JUSTI; WURMEISTER ; VIANNA, 2016).

A operação investigou as irregularidades em processos licitatórios de prestação de serviços e realização de obras para a Prefeitura de Foz do Iguaçu e desvio de recursos na Câmara Municipal. As investigações apontaram que o dinheiro era pago em troca de apoio político. A Polícia Federal afirmou na época que os vereadores recebiam uma espécie de “mensalinho” em troca de apoio na votação de projetos do Executivo. No total, 12 dos 15 vereadores da cidade foram presos durante a ação. Ao todo, foram expedidos 78 mandados judiciais, sendo 20 de prisão preventiva e 8 de prisão temporária, em Foz do Iguaçu, Curitiba, Cascavel, Maringá, e Pato Branco, no Paraná, e em Recife e Brasília (JUSTI; WURMEISTER ; VIANNA, 2016).

Segundo os autores Silva e Machado (2020), o serviço público, em um conceito amplo, é entendido como todo aquele prestado pela administração pública ou por seus delegados, sob normas ou controles estatais, para satisfazer necessidades essenciais ou secundárias da coletividade, ou simples conveniência do Estado. Tal definição mostrou-

se adequada pelo seu aspecto dinâmico e flexível às exigências de cada povo, ou seja, dos clientes. Por outro lado, também expressa uma situação não ideal, mas real, que são as atividades realizadas por simples conveniência do Estado.

Os funcionários públicos são um grupo transparente, cujos dados estão disponíveis em rede de internet, mas que acabam sendo penalizados pelos males estruturais das finanças públicas, ainda que delas sejam apenas uma parte. A isso se associa o quadro de desigualdades e a forte dose de corporativismo existente em determinados segmentos do funcionalismo público (SILVA; MACHADO, 2020).

Para Marx e Engels (2007), devido ao fato de o homem ter consciência e por isso conseguir compreender o que circula à sua volta, é que o trabalho humano é distinto da atividade produtiva dos demais seres vivos.. Nessa perspectiva, ao trabalhar, o homem não realiza uma mera atividade animal, instintiva, para satisfazer suas necessidades imediatas, pois o homem também produz racionalmente, isto é, pensa, planeja e imprime sentido a tudo o que faz, o que denominamos de capacidade teleológica. Assim, o homem consegue sentir-se desmotivado, incomodado com as situações que se apresentam no serviço público.

Clot (2013) fala sobre esse assunto mostrando que é no encontro de possibilidades, na confrontação, assumindo com perseverança os coletivos (enfermagem) que a organização do trabalho pode encontrar novas margens de manobra para o exercício da profissão, mas, para que isso seja possível, é necessário que esses coletivos tomem o partido da qualidade da atividade, pois eles têm direito de exigir tal comprometimento.

Em conjunto com o sentimento de insegurança, vêm a tensão e o sentimento de medo, e pode-se perceber que este sentimento esteve mais presente nas situações de trabalho que se relacionam com a pandemia da COVID-19, devido à falta de informações e incertezas que a mesma impõe ao cenário mundial:

Olha, algumas coisas a gente que teve que correr atrás de informação, que nem quando começou o atendimento da COVID na unidade. A gente sentiu que foi meio como jogado na gente, assim, e aí a gente foi meio descobrindo como fazer né, daí um vai passando para o outro (AF3).

A gente ficava sabendo tudo pela televisão, não passavam as informações para gente. De vez em quando, chegava o memorando falando: “agora não pode mais ficar na porta, agora tem que ficar alguém na porta ferindo a temperatura”. As informações vinham por e-mail, só que só eram repassadas as informações na reunião de sexta (AF8).

No início, a gente ficou com medo, porque a gente não sabia o que era, depois parecia que o nosso país estava muito longe. (...) no começo, a gente ficou bem assustado, bem preocupado, “será que a gente vai dar conta de atender todo mundo? Será que a gente não vai ter os desvios de função? Será que a gente não vai ter que sair do nosso local que a gente está para ir ajudar em outro lugar?” (AF1).

O medo de não ter vacina para todo mundo, medo pelos familiares, eu fico muito frustrada por eu ter tomado a vacina e os filhos não (E1).

Eu sempre tive medo né? (...) a primeira pressão que dava na gente era o medo, medo do novo né, porque a gente não tinha noção do que vinha pela frente, então era um medo do desconhecido (AF4).

Ah, eu me sentia muito mal e cada vez mais insegurança, dá vontade de colocar cinco máscaras no rosto para ir trabalhar, um medo bem grande de estar trabalhando. (...) meu maior medo é de contaminar a minha filha (E2).

Percebe-se que a insegurança e o medo não podem ser instrumentalizados como incapacidade em trabalhar com o outro, mas como sintoma de uma realidade de trabalho que em muitos casos, nega a interioridade dos indivíduos (SIQUEIRA; DIAS; MEDEIROS, 2019).

Durante a pandemia da COVID-19, as participantes relataram que tiveram acesso a informações atualizadas individualmente, devido à busca de informação pelo próprio trabalhador, sendo, em outros casos, disponibilizada pelos usuários do serviço. Entretanto, a velocidade que estas informações se modificavam gerou muitos sentimentos e inseguranças nas trabalhadoras.

Após o recebimento de informações referentes à pandemia, algumas participantes relataram que perceberam sentir diferenças em seu estado emocional, piorando o quadro anterior apresentado, sendo que a pandemia influenciou significativamente para o adoecimento mental de algumas participantes, sobretudo devido inseguranças relacionadas ao trabalho e familiares, gerando um constante sentimento de medo da contaminação, medo da morte, buscando evitar o acúmulo de informações a respeito.

Para os autores Prado et al (2020), a surpresa diante do cenário de pandemia aliou-se ao receio do desconhecido. Não saber muito sobre a doença angustiava, e ainda angustia, os profissionais de saúde que estão na linha de frente da assistência ao paciente COVID-19. Para muitos destes profissionais, o temor maior é levar o vírus

para casa, onde familiares aguardavam seu retorno, sentindo uma preocupação constante com o medo da contaminação.

O medo de ser infectado, a proximidade com o sofrimento dos pacientes ou a morte destes, bem como a angústia dos familiares associada à falta de suprimentos médicos, informações incertas sobre vários recursos, solidão e preocupações com entes queridos, são aspectos que também apontam para o sofrimento psíquico e o adoecimento mental dos profissionais de saúde, levando, em alguns casos, à relutância em trabalhar (TEIXEIRA et al., 2020).

O medo de se contaminar ou contaminar outras pessoas, em especial, os familiares, bem como a necessidade do afastamento familiar, representam fatores geradores de estresse nos profissionais da saúde. De acordo com a OMS, o amparo psicológico aos profissionais da saúde também se mostra importante, pois os desafios trazidos pela pandemia podem acarretar em alterações psicológicas por parte dos mesmos (SILVA et al., 2020).

O contexto de pandemia requer maior atenção ao trabalhador de saúde também no que se refere aos aspectos que concernem à sua saúde mental. Tem sido recorrente o relato de aumento dos sintomas de ansiedade, depressão, perda da qualidade do sono, aumento do uso de drogas, sintomas psicossomáticos e medo de se infectarem ou transmitirem a infecção aos membros da família (TEIXEIRA et al., 2020).

O Comitê Gestor de Crise do COFEN lançou, no dia 6 de maio de 2020, no site Observatório da Enfermagem, atualizações sobre a evolução da COVID-19 entre os profissionais, indicando que já eram quase 17 mil enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem afastados pela doença no Brasil, com 138 óbitos associados à doença. O COFEN pontuou que essas mortes já eram mais que o dobro do número absoluto registrado entre profissionais de enfermagem na Itália, primeiro epicentro da pandemia no Ocidente, retratando o impacto das infecções dessa pandemia entre enfermeiras (os), técnicos e assistentes (COFEN, 2020).

Outro levantamento divulgado pelo COFEN no site Observatório da Enfermagem, no dia 04 de maio de 2021 (praticamente um ano após as informações mencionadas anteriormente), mostram que as mortes de enfermeiras (os), técnicos e auxiliares de enfermagem apresentaram queda no mês de abril de 2021, tendo uma redução de 71% no número de óbitos registrados entre estes profissionais (COFEN, 2021).

Considerando que o principal fator para a diminuição no número de de mortes foi a vacinação, a priorização que foi feita em relação aos profissionais de saúde, em especial aos de enfermagem, contribuiu na redução não só do número de mortes, como também no número de casos de contaminação entre os profissionais da enfermagem (COFEN, 2021).

Diante da eventual situação na qual o mundo se encontra, os índices de distúrbios psíquicos tornaram-se comum. A população encontra-se fragilizada, seja pela ausência de parentes ou amigos, isolamento, medo, insegurança e dentre outras condições que afetam o emocional (PRADO et al., 2020). Com enfoque nos profissionais de saúde, de acordo com as pesquisas do COFEN e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), muitos deles morreram pela doença, e outros tantos foram afastados de seus cargos por suspeita de COVID-19 (COFEN, 2021).

Isso prejudica ainda mais a saúde mental dos outros profissionais da linha de frente, por presenciar seus colegas de trabalho sendo acometidos e até mesmo morrendo por contraírem o vírus (TEIXEIRA et al., 2020). Baseado nos danos psíquicos que a comunidade de profissionais da saúde se deparou, é preciso ações de promoção e proteção da saúde mental dos profissionais, pois é imprescindível o apoio e o incentivo para que os trabalhadores busquem ajuda sem medo (DE MENDONÇA et al., 2021).

Com isso, é necessário refletir acerca das relações trabalho-trabalhador no contexto dessa pandemia, especialmente dos trabalhadores de enfermagem, tendo em vista que atuam diretamente na prevenção e no cuidado integral dos pacientes infectados, já que o ambiente de trabalho das unidades de saúde é permeado por fatores que interferem, negativamente, na saúde do trabalhador. Apesar do avanço do conhecimento acerca da saúde do profissional de enfermagem, persistem situações que podem predispor ao adoecimento laboral, acidentes de trabalho, especialmente distúrbios psíquicos menores, como no caso dos Transtornos mentais e comportamentais e o sofrimento moral (LEITE et al., 2021).

Todas as participantes estavam trabalhando durante a pandemia. Suas percepções mostraram que a ocorrência de mudanças nas condições e carga de trabalho foram aumentando gradualmente nas unidades de saúde após a abertura da Ponte da Amizade entre Brasil e Paraguai, demonstrando que o local de trabalho foi se tornando, assim, cada vez mais tenso:

No começo, foi tranquilo porque o pessoal tinha medo de vir para unidade, fizeram mais o isolamento, então estava mais tranquilo Hoje já está difícil porque a unidade enche né, e tem bastante caso (AF1).

Ficou mais tenso. Ficou mais tenso porque as pessoas não entendiam que não era para vir na unidade, que era para vim só se realmente precisasse, vinham trazendo criança. Às vezes, era um da família que precisava de consulta, mas vinham todos juntos da família (AF6).

Estávamos fazendo 32 horas semanais e completando essas 8 horas que faltavam com cursos online para gerar as 40 horas semanais para a prefeitura antes da chegada da COVID né. Agora estamos fazendo essas 40 horas trabalhando mesmo. (...) então ocorreu bastante o aumento de carga de trabalho, triplicou a carga de trabalho (AF4).

Agora o atendimento da COVID também está me deixando muito nervosa, bem tensa, porque agora a gente começou a atender os casos na unidade de saúde, então isso me deixa bem tensa. (...) eu faço, sim, eu atendo um com COVID e volto para o paciente agendado (EF2).

A demanda aumentou bastante, as pessoas com sintomas aumentaram bastante, eu acho que com a pandemia. (...) talvez o medo faz com que elas procurem mais o atendimento do que antes, o serviço aumentou bastante (AF5).

A pandemia da COVID-19 é um evento que visibiliza e potencializa as desigualdades sociais históricas nos territórios de fronteira, ao mesmo tempo em que legitima o estabelecimento de um estado de exceção e a imposição de novos regimes fronteiriços, baseados na nova e velha dicotomia saúde-fronteira. No Brasil, não foi diferente. No dia 06 de fevereiro de 2020, uma das primeiras medidas propostas para o enfretamento da pandemia foi o controle das fronteiras nacionais (Lei nº 13.979) (MAGALHÃES; RONCONI ; ASSIS, 2021).

No mês seguinte, o governo do Paraguai decidiu fechar as suas fronteiras com o Brasil e a Argentina, provocando uma imensa crise econômica não só na Tríplice Fronteira, mas também nos mercados da América do Sul, devido à importância do território para a economia regional. No dia 15 de março de 2020, o município de Foz do Iguaçu decretou as primeiras medidas de controle e prevenção da pandemia, que suspendiam as atividades que representavam qualquer tipo de aglomeração (Decreto nº 27.963). O primeiro caso de contágio por coronavírus em Foz do Iguaçu foi confirmado no dia 18 de março e, imediatamente, foi decretada “Situação de Emergência no Município” (Decreto nº 27.980) (MAGALHÃES; RONCONI ; ASSIS, 2021).

As primeiras notícias divulgadas na região, após a determinação do governo paraguaio de fechar as fronteiras com o Brasil e a Argentina no dia 18 de março, abordaram a situação de vulnerabilidade de paraguaios e paraguaias que, ao perderem seus empregos no Brasil, não conseguiram regressar ao país. Chamados por alguns meios de “refugiados sanitários”, homens, mulheres e famílias inteiras aguardaram durante dias na Ponte da Amizade a liberação de espaço nos albergues públicos no Paraguai para a realização da quarentena obrigatória (RODRIGUES; CAVALCANTE; FAERSTEIN, 2020).

Apesar desse panorama já bastante problemático, acredita-se que só mais adiante poderá dimensionar os verdadeiros impactos dessa crise para os territórios e vidas fronteiriças. Sendo assim, as políticas municipais desenvolvidas em Foz do Iguaçu para o enfrentamento da pandemia da COVID-19, entre março e julho de 2020, foram consideradas ineficientes e insuficientes devido ao fato de não dialogarem com a realidade social do território no qual esta situada (RODRIGUES; CAVALCANTE; FAERSTEIN, 2020).

Esses fatos revelam e reforçam as desigualdades sociais preexistentes, por meio do aumento do desemprego, da precarização das condições e relações de trabalho, da ameaça às condições mínimas de subsistência, da ruptura do tecido social transfronteiriço, do impedimento do acesso à saúde e à educação, da ausência de proteção aos grupos considerados de risco e da ausência de políticas sociais efetiva (MAGALHÃES; RONCONI ; ASSIS, 2021).

Em conjunto com os relatos das participantes, Silva et al. (2020) afirmam que os profissionais de saúde foram reconhecidos como grupo de alto risco para adquirir a infecção do coronavírus devido à sua exposição a fatores que os colocam em maior vulnerabilidade para o contágio e o adoecimento. Os riscos incluem exposição a patógenos, longas horas de trabalho, sofrimento psicológico, fadiga, esgotamento profissional, estigma e violência física e psicológica (SILVA et al., 2020).

Para Saraiva (2020), a COVID-19 pode ser considerada a primeira nova doença relacionada ao trabalho a ser descrita nesta década, mostrando a importância da prática do controle das infecções nos ambientes de trabalho, não apenas para profissionais de saúde, mas para a proteção de todos os grupos de trabalhadores envolvidos no cuidado e na assistência à população.

O Brasil conta com uma legislação abrangente que inclui as recomendações de órgãos internacionais sobre as ações de enfrentamento à COVID-19. No entanto,

identificam-se lacunas no que se refere à fiscalização das medidas de segurança e saúde no trabalho. Pode-se observar, nesta legislação, entendimentos equivocados sobre a exposição aos riscos e, devido a eles, a ocorrência de agravos ocupacionais, naturalizando-os em determinadas atividades, como se fossem aceitáveis (SARAIVA, 2020).

A pandemia da COVID-19 atinge, significativamente, os serviços de saúde impondo uma demanda extra de estruturas, insumos e de recursos humanos, desafiando, de maneira diferenciada, os sistemas de saúde em vários países. Nesse sentido, a saúde do trabalhador ainda está sendo analisada de forma completamente separada das condições de trabalho, não merecendo preocupação por parte dos gestores, os quais consideram treinamentos e equipamentos de proteção individual (EPIs) como suficientes, embora fornecidos em quantidade e com qualidade duvidosas (SARAIVA,2020).

As mudanças ocorridas nas unidades de saúde do município, devido à pandemia, passaram por diferentes momentos, desde diminuição de atendimentos agendados para evitar o contato e aglomeração social até atendimentos de casos suspeitos e encaminhamento para rede hospitalar, entre outras mudanças que se referem a protocolos de atendimento, desvios de funções, aumento de demandas de aplicação de vacinas, aumento gradual de carga de trabalho sem aumento salarial, mudanças no local de trabalho e uso de materiais de uso individual de proteção para não se contaminarem com o coronavírus. Contudo, evidentemente, algumas participantes da pesquisa se contaminaram com o vírus no trabalho.

O trabalho diz respeito ao confronto do sujeito com o real, sendo o meio pelo qual ele consegue se inscrever numa obra coletiva e, ao mesmo tempo, personalizar-se. Portanto, toda forma de impedimento da atividade induz a uma imobilização do dinamismo interno do sujeito, de sua energia vital. Desprovido dessa energia,, o sujeito se esvazia, se retrai, perde a experiência do significado. Na clínica da atividade, quando isso ocorre, se diz que o sujeito foi privado de seu poder de agir (CLOT, 2013).

Marx (2012) apresenta o trabalho como elemento de subordinação ao capital, como trabalho estranhado, de sacrifício e mortificação do homem, cuja expressão máxima se revela na perda dos objetos e no próprio ato da produção, no qual o homem se sente fora de si, subtraído, perdendo o controle.

O meio de impedir o controle do processo de trabalho pelos trabalhadores, como o que acontece na rotina de trabalho da equipe de enfermagem, é a dissociação entre

concepção e execução, isto é, entre trabalho intelectual e trabalho manual. O resultado dessa dissociação é a desqualificação do saber-fazer do trabalhador da enfermagem, dada a nova natureza que o trabalho adquire, reduzido a tarefas simplificadas e rotineiras (BRAVERMAN, 2018).

6.2.2 Desmotivação

Percebeu-se que, para a maioria das participantes, o trabalho na saúde tornou-se desmotivador, devido a situações que envolvem dificuldades de acesso a informações, mudanças que não contam com a opinião das trabalhadoras, entre outras, que permitem a busca por exercer outras profissões, aquelas não estejam relacionadas diretamente ao atendimento em serviços de saúde:

O que me incomoda no meu trabalho é ter que lidar só com doença sabe, isso me incomoda Eu queria uma profissão, mais alegre, estou exausta de só atender doença (E1).

Eu sou auxiliar de enfermagem há 19 anos, eu fiz Nutrição, Estética. (...), mas eu sempre gostei da enfermagem, só que, ultimamente, eu não vejo a hora de sair (AF8).

Eu já tenho 17 anos que trabalho, então agora estou fazendo pedagogia porque já estou bem cansada. (...) porque você não houve ninguém falar coisa boa da saúde entendeu. Eu já fiz faculdade de enfermagem, mas não quis. Quando eu prestei o concurso, eu passei para auxiliar, aí depois eu terminei a faculdade, mesmo depois com outros concursos eu já tinha terminado a faculdade de enfermagem, mas não quero ser enfermeira, quero continuar auxiliar. (...) é muita responsabilidade entendeu? E não ganha muito mais (AF6).

Eu sou auxiliar de enfermagem, mas eu também sou enfermeira, eu tenho duas formações, sou auxiliar de enfermagem e enfermeira, mas trabalho como auxiliar (AF2).

Eu não vejo a hora de me aposentar, porque, atualmente, eu não gosto mais de trabalhar na enfermagem. Eu não gosto, eu trabalho realmente porque eu preciso né, mas eu não gosto mais de ser enfermeira, é uma pena (E1).

A representação da imagem do enfermeiro e o cenário atual em que a profissão se encontra têm implicações profundas nos trabalhadores que exercem esta profissão, como pode-se perceber nos relatos a cima, que passam a questionar se é válido permanecer nessa profissão ou se vale a pena cogitar exercer outras profissões. Sobre este assunto, Clot (2013) discorre que, quando a profissão (ofício) se torna desinteressante, o indivíduo busca por renovações, na tentativa de vivenciar novas experiências, que ele chama de ciclo virtuoso:

Um ofício se apaga quando, por razões sempre singulares, o movimento entre as atividades reais pessoais e interpessoais, a história coletiva transpessoal e as tarefas prescritas impessoais se encontram interditas. Dito de outro modo, quando o desenvolvimento do ofício fica prisioneiro de um desses envelopes ou se necrosa; quando uma ou outra dessas instâncias do ofício falha em se tornar meio para o desenvolvimento das outras. Face às provas do real, esse tipo de ciclo vicioso profissional leva frequentemente ao ciclo virtuoso da renovação profissional possível (CLOT, 2013. p.07).

Todavia, apesar de as participantes relatarem a vontade de, muitas vezes, buscarem outros caminhos profissionais, algumas disseram que só assumiriam esse novo rumo após sua aposentadoria, pois, apesar de muitas insatisfações na área, ainda não encontraram outra profissão que possibilite o mesmo salário, por mais que sintam pela profissão afinidade e respeito.

Para Dejours, Dessors e Desriaux (1993), o trabalho não significa apenas um modo de se ganhar a vida, mas uma maneira de inserção social, podendo ser fator de equilíbrio e desenvolvimento pessoal, não apenas fator de deterioração física e psíquica. Assim, o trabalho e o significado desse trabalho, bem como as condições em que ele é realizado, são fatores preponderantes no estado de realização e desenvolvimento do indivíduo.

Nesse sentido, Lage e Alves (2016) afirmam que a enfermagem é uma profissão que recruta seus executores, e que, mesmo insatisfeitos, humilhados e desvalorizados, buscam prestar uma atenção diferenciada para quem necessitar, por mais que estejam imersos em dificuldades cotidianas de trabalho.

Pode-se perceber, também, que a profissão da enfermagem se encontra desvalorizada pelos próprios trabalhadores que fazem parte da categoria, possivelmente devido à falta de incentivo e valorização pessoal e financeira para com esses profissionais, o que leva à falta de interesse de exercer a profissão.

Segundo Dejours (2004), para que o processo de trabalho funcione, é preciso reajustar as prescrições e afinar a organização efetiva do trabalho, diferentemente da organização prescrita (DEJOURS, 2004, apud CLOT, 2013 p. 114). A partir disso, compreende-se que:

Trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real, [...] o que é preciso fazer para preencher esta lacuna não tem como ser previsto antecipadamente. O caminho a ser percorrido entre o prescrito e o real deve ser, a cada momento, inventado ou descoberto pelo sujeito que trabalha. [Dessa forma] o trabalho se define como sendo aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder atingir os objetivos que lhe são designados; ou ainda aquilo que ele deve acrescentar de si mesmo para enfrentar o que não

funciona quando ele se atém escrupulosamente à execução das prescrições (DEJOURS, 2004, p. 28).

Pode-se perceber, a partir das falas das participantes, que a falta de uma comunicação mais efetiva, e transparência das informações existente no serviço público em região de fronteira, afeta diretamente a subjetividade do trabalhador da enfermagem:

A equipe de enfermagem tem que se virar com tudo isso sabe? E ainda eles brigam porque a gente está passando a mais, porque que tem essa consulta mais, tem que ficar se justificando, olha isso aí é o pior, é muito estressante. É uma pressão para nós da enfermagem, para mim e para minha equipe, é uma pressão muito grande isso. A gente não tem uma autonomia de passar a quantidade que deveria no caso entendeu? Todos nós da enfermagem odiamos ficarmos no acolhimento por isso (E1).

A gente gostaria de servir da maneira correta, como deveria, mas não é da maneira que tem que ser né, a gente não consegue oferecer tudo que eles precisam (AF3).

A gente faz a parte da gente, mas depende de muitos outros meios, depende da Secretaria de Saúde, de profissionais, de recursos humanos, recursos materiais para atender esse paciente como ele merece né? (E1).

Para Marx (2012), o trabalho possui um momento universal, antropológico, particular, histórico de objetivação e autocriação humana. Nesse caso, pode-se compreender que a comunicação de informações dentro do ambiente de trabalho se torna um carecimento material, enquanto motor do processo de reprodução individual ou social do trabalho, sendo parte efetiva dentro do movimento complexo desse ambiente.

A respeito de tal tema, são frequentes, na literatura, relatos sobre erros relacionados ao processo de trabalho das equipes de saúde, sendo um tema recorrente, nas publicações, a dificuldade na comunicação entre esses trabalhadores. Uma comunicação assertiva entre as equipes levam à tomada de decisões coletivas eficazes e eficientes para o bom desempenho do trabalho na saúde (NORA; BEGHETTO, 2020).

Por outro lado, a comunicação deficiente é prevalente nas UBS, as quais mostram fragilidade nas tomadas de decisões de maneira compartilhada. Nesse sentido, a existência de erros de comunicação entre os trabalhadores possibilita más interpretações, fazendo com que eles sintam que precisam desenvolver mais habilidades para conseguir trabalhar dentro de uma equipe de saúde nas UBS. Tais habilidades se referem à necessidade de treinamento, comunicação, qualificação e responsabilidade, além de conhecer as necessidades de saúde da população (NORA; BEGHETTO, 2020).

6.2.3 Falta de reconhecimento e desvalorização

As participantes relataram que não se sentem valorizadas pela gestão do município e por alguns membros da equipe de saúde da qual fazem parte. Entretanto, a questão salarial para elas é o principal fator de desvalorização e falta de reconhecimento da profissão, em conjunto com o sentimento de menos valia na comparação com o salário dos colegas de trabalho médicos.

A questão salarial também é responsável pela necessidade de exercer outras funções e atividades após o horário de trabalho na unidade, fazendo com que algumas participantes trabalhem em dois lugares para complementar a renda e, assim, aumentam seu desgaste físico e psíquico:

Me sinto valorizada com a equipe local, agora a gente não se sente valorizado com a gestão. (...) nem sempre as mudanças que acontecem no trabalho contam com a nossa opinião, mas a nossa gerente, por exemplo, ela sempre da liberdade de opiniões, faz reuniões. (...), mas se depender dela, aí sim, porque muitas vezes não depende do gerente, é o que a Secretaria determina e pronto (E1).

Faz anos que a nossa categoria não tem aumento de salário. Eu acho assim, que a classe da saúde é muito desvalorizada. (...) a classe da saúde é totalmente desunida (AF6).

Eu faço diária também, quando eu posso faço diária, faço cabelo também, faço manicure, vou fazendo o que eu consigo fazer para aumentar a renda (AF4).

Eu vendo Natura também né, mas a Natura é um complemento para eu comprar as minhas coisas mesmo (AF5).

Para Pereira (2016), os Servidores Públicos, bem como os trabalhadores da Iniciativa Privada, têm em comum uma história marcada por lutas frequentes em busca de melhores condições de trabalho e remuneração compatível com a atividade laboral que desenvolvem. Todavia, na Administração Pública, temos um agravante quando o Gestor (via de regra estranho ao serviço público) procura se impor por abuso de poder, buscando tirar vantagem do serviço público em prol de interesses pessoais (PEREIRA, 2016).

Nesses casos, os servidores que “não se alinham”, que “não compactuam” com as ações desmedidas de politicagem do administrador público, são sutilmente, ou não, perseguidos para que sirvam de exemplo aos demais, com a intenção de silenciar a todos, dentro de um sistema opressor estilo “manda quem pode e obedece quem tem juízo” (PEREIRA, 2016).

Sobre a questão salarial, no livro *Trabalho Assalariado e Capital: salário preço e lucro*, Marx (1975) indica, de forma sucinta, como se dá a relação entre a oferta e a demanda de força de trabalho. Nas palavras do autor:

As relações entre a oferta e a procura estão sujeitas a constantes mudanças e, com elas, os preços do mercado de trabalho. O valor da força de trabalho, assim como o valor de qualquer mercadoria, não é determinado pela lei da oferta e da procura, já que essas relações não regulam mais do que temporárias flutuações de preço no mercado. A natureza do valor das mercadorias advém do tempo socialmente necessário para a sua produção. Contudo, quando a mercadoria chega ao mercado, o seu preço (expressão monetária do valor) pode sofrer alterações, a depender de diversos fatores, como a lei da oferta e da procura (MARX, 1975, p.96).

Desta forma, a força de trabalho de um homem só existe na sua individualidade viva. Para poder desenvolver-se e manter-se, um homem precisa consumir uma determinada quantidade de meios de subsistência. Nesse sentido, o valor da força de trabalho é determinado pelo valor dos meios de subsistência necessários para a reprodução do trabalhador. Daí deriva a função do salário mínimo, ou seja, receber o mínimo para a garantia da satisfação das necessidades básicas de sobrevivência e reprodução da força de trabalho (MARX, 1975, p. 111).

Nesse sentido, Marx (1975) compreende que a solução para a desvalorização e mercantilização da força de trabalho humana só será possível com a superação da sociedade capitalista, bem como, não só pela luta por direitos e valorização trabalhista, mas pela superação do trabalho assalariado e a consolidação do trabalho associado.

Para Souza et al (2017), a precarização do trabalho em enfermagem tem relação com a adoção do modelo neoliberal nos serviços de saúde, o que resulta em baixos salários e condições de trabalho precárias. Para os autores Silva e Machado (2020), os profissionais da enfermagem parecem invisíveis aos olhos dos políticos, dos empresários e dirigentes das instituições de saúde e, muitas vezes, da população, sendo que, em alguns casos, como pode-se perceber nos relatos, são invisíveis até para eles próprios.

Silva e Machado (2020) apontam que a enfermagem, a maior força de trabalho da saúde, com mais de dois milhões de brasileiros, não conseguiu, até o devido momento, ver aprovadas as reivindicações imprescindíveis para a melhoria de seu trabalho, de sua saúde e de toda a população do país. Esses mesmos autores mostraram em seu artigo “*Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil*”, dados de uma Pesquisa de Perfil da Enfermagem no Brasil, que vai ao encontro com o

presente trabalho, no sentido de ter realizado entrevistas apenas com mulheres trabalhadoras da enfermagem.

Observou-se que, a falta de valorização e reconhecimento do trabalho do enfermeiro, pode interferir diretamente no seu empenho, na sua autoestima e, conseqüentemente, na relação do profissional com o seu trabalho e consigo mesmo. O fazer profissional do enfermeiro é mobilizado e estimulado por meio do reconhecimento de sua labuta (LAGE; ALVES, 2016).

A satisfação no trabalho e o sentimento de realização profissional são fundamentais para contribuir com o desenvolvimento do seu fazer e impulsionar a sua busca por crescimento profissional. Logo, na realização do cuidado de enfermagem oferecido, aparecem os reflexos de um trabalho frustrado ou excelente (LAGE; ALVES, 2016).

6.2.4 Sobrecarga, desgaste, pressão, raiva

A sobrecarga de trabalho foi relatada pelas entrevistadas e vinculada ao intenso desgaste e pressão no trabalho. A cobrança para o desempenho das funções a serem realizadas no trabalho, mesmo com o número insuficiente de trabalhadores nas equipes de enfermagem para responder à demanda diária de trabalho, foi descrita como elemento negativo e fonte de tensão:

Na verdade, em uma unidade de saúde, eu acredito que deveria ter um enfermeiro administrativo e o assistencialista, porque a gente tem que exercer as duas funções entendeu. Às vezes eu estou atendendo um paciente e tenho que largar o paciente lá e sair para fazer algum outro problema administrativo (E1).

É muita pressão quando você tem que ficar lá na frente sozinha entendeu, porque tem vezes que você nem sabe resolver, é para ficar uma enfermeira lá na frente, mas acaba não ficando (AF6).

O que me causa tensão é dizer não para o paciente, é falar assim, não, você não vai ter consulta hoje porque você consegue esperar sabe? Julgar a dor do paciente sabe? Isso me incomoda (AF4).

Em suas falas, as participantes expressam compreender que os sintomas relacionados aos Transtornos mentais e comportamentais autorreferidos por elas estão diretamente relacionados à sobrecarga e desgaste do trabalho, que desencadeiam depressão e síndrome do pânico. Para a maioria das participantes, o local de trabalho desencadeou e contribuiu para o adoecimento mental:

Eu acho que a gente está trabalhando com poucos profissionais, falta de profissionais. Na verdade, a gente vai tendo sinais né? (...) eu me

sentia muito cansada, sem vontade de fazer outras coisas entendeu? Não saía mais de casa e aí um dia eu estava no posto e tinha muita gente na unidade e a gente não estava dando conta de atender, e aí eu tive vontade de sair correndo, começou a me dar uma taquicardia, um aperto no peito (AF1).

No começo, né, quando eu estava doente sim. (...) eu não queria ir trabalhar, não queria fazer nada. Meu adoecimento teve relação com o trabalho sim, porque a gente vai acumulando muita coisa, o estresse ali (AF3).

Eu estava trabalhando, aí eu tive uma crise de choro bem forte. (...) eu pensava assim: não é nada, não é nada, não é uma depressão, não é nada, só é uma crise de choro mesmo, e eu ficava nessa negação. (...) o que contribuiu para meu adoecimento foi a própria equipe de trabalho (E2).

Quando eu comecei a ter pensamentos tristes, assim, além de eu me sentir triste eu comecei a ter pensamentos tristes. (...) eu comecei a me sentir insatisfeita. (...) sabe quando você come uma coisa gostosa, mesmo comendo você não sente o sabor das coisas. (...) Estresse no trabalho, muitas, muitas tarefas designadas, cansaço físico, e tudo foi acumulando né? E chega uma hora, assim, e você começa a se sentir mais deprimida, depressiva. (...) então o meu adoecimento está mais relacionado ao trabalho mesmo (AF2).

Para trabalhar, eu já começava a ter uma respiração ofegante, eu não conseguia respirar me faltava ar sabe? (...) eu começava a chorar do nada, eles falaram que era ataque da Síndrome do Pânico. (...) uma agorafobia (AF7).

Tudo me estressava, muita canseira, querendo ficar sozinha, não estava dormindo mais direito e quando eu dormia o cérebro não dormia, ele continuava trabalhando. Eu percebi os sintomas da depressão voltando (AF6).

A sobrecarga de trabalho da enfermagem não acontece exclusivamente pelo excesso de horas de trabalho. As condições de trabalho (carga horária excessiva, falta de funcionários, recursos materiais, falta de suporte profissional e emocional), em conjunto com atividades que exigem habilidades emocionais e cognitivas, contribuem para o desgaste dos profissionais da enfermagem (GOUVEIA; RIBEIRO; CARVALHO, 2020).

Nesse caminho, pode-se entender que os sentimentos de inseguranças e angústia sentidos pelas participantes geram preocupações, estresse e descontentamento com o trabalho. Esses sentimentos estão relacionados à falta de transparência no município, que vem permitindo a ocorrência de acontecimentos assustadores para a história de Foz do Iguaçu, causando-lhes sérias marcas.

O trabalhador, vivenciando aumento de demandas, sente o desgaste físico e mental influenciando na sua atividade laboral e na saúde, o que gera o descontentamento pelo seu trabalho. Passa, assim, a vivenciar as consequências da relação capitalista, o que lhe causa, muitas vezes, uma sobrecarga de trabalho ao ter que assumir funções que não condiz com sua formação profissional (CASTILHO; ESTEVES, 2019).

Nesse sentido, pode-se compreender o que Clot (2006) chama de Trabalho Prescrito e Trabalho Real, mais precisamente Real da Atividade. A frase proferida pela participante, de que “A equipe de enfermagem tem que se virar com tudo isso sabe”, relaciona-se ao que Clot (2006) descreve como Real da Atividade, o que de fato acontece na prática, sendo que o Trabalho Prescrito, aquilo que deveria ser feito, ou seja, as normas de funcionamento do trabalho não acontecem como deveria. Na verdade, todas as falas, e não apenas especificamente esta, tratam do trabalho real.

Na medida em que os trabalhadores se veem confrontados com situações sobre as quais não encontram uma forma preestabelecida de agir (pressão, falta de médicos, falta de funcionários, violência verbal), são obrigados, também, a reinventarem a si mesmos no enfrentamento dessas ocasiões. Esse é um dos motivos pelos quais Clot (2006) afirma que o trabalho carrega uma função psicológica específica, a tal ponto que o trabalho, como atividade, transforma o mundo e a subjetividade dos trabalhadores.

A compreensão sobre o ofício se completa com o entendimento de que esse trabalhador mantém relacionamentos interpessoais intrínsecos à sua posição e de que a ele são impostas condições para agir, condições sobre as quais nem sempre tem controle e que podem ser aplicadas indistintamente a qualquer um que ocupe seu posto. Elaborase, dessa forma, a estrutura básica que permite dar inteligibilidade ao ofício, composta pelo gênero e pelo estilo profissionais, bem como por suas dimensões interpessoal e impessoal (PINHEIRO et al., 2016).

Em conjunto com a sobrecarga e o desgaste, que desencadeiam o sentimento de pressão, percebeu-se, após a união da coleta e análise de todos os dados obtidos, que a vacinação é o único procedimento que não tem grandes problemas no funcionamento e distribuição em região de fronteira para a população residente ou não, indiferente da documentação necessária ou da existência da pandemia. Porém, a existência desta, aumentou o fluxo de usuários e a demanda da equipe, causando também, sobrecarga e sentimento de raiva.

A vacinação, dentro das funções exercidas pela enfermagem, divide opiniões entre as trabalhadoras, sendo percebido, por algumas participantes, como uma atividade que causa pressão no trabalho, possivelmente por terem se tornado a referência para a realização desta função dentro da unidade:

Ano passado, na época da campanha de vacina, eu não sei se a demanda era muito grande e aquilo foi me causando muita ansiedade. Fez fila né, porque tinha que vacinar todo mundo. (...) logo depois eu tirei licença, eu tive duas crises de ansiedade feia, não consegui ver qual é o fator que desencadeia, eu ainda não consegui descobrir o fator que está me causando esse sofrimento sabe? (AF1).

Fazer vacina, eu odeio fazer vacina algo que me causa pressão, se você sair perguntando para qualquer funcionário da enfermagem ninguém gosta de fazer vacina (AF6).

Até pouco tempo atrás na unidade eu era a única pessoa que fazia vacina entendeu? (...) isso também era uma coisa que me deixava muito chateada, porque se eu estou afastada 30 dias, não tinha ninguém que fizesse, então quando eu voltar eu teria que trabalhar o que eu não trabalhei nos 30 dias. (...) eu estava aqui, mas estava pensando o que eu ia fazer quando eu voltasse, quando eu retornasse (AF1).

As vacinas, parecem que eles querem abrir aos domingos, só que, assim, a gente também tem as nossas coisas, a gente também é ser humano, ninguém aguenta trabalhar de domingo a domingo e fica tudo bem, a gente acaba adoecendo (E2).

Era uma coisa que eu adorava. (...) vem gente da AKLP, do Jardim Jupira, da Vila C, da Vila A, todo lugar para vacinar aqui comigo. (...) tudo isso me sobrecarrega. (...) porque os outros vacinadores não atendem tão bem e, aí, ele vem de fora, sobrecarrega eu aqui, ao invés de ser um ponto positivo. (...) ao contrário, também está me sobrecarregando, atualmente (AF8).

Se for paraguaios e argentinos, eles vão passar na recepção, vão cadastrar o nome mesmo sem ter cartão SUS e vai fazer vacina, porque a vacina é porta aberta em qualquer lugar do mundo (AF8).

Vacina a gente recebe muito, muitas vacinas são feitas em estrangeiros, tem vacina que está liberado aqui e lá não está. Então vacina a gente realiza bastante em estrangeiros (AF4).

O único lugar que trabalhou direto foi vacina, as outras coisas eram mais restritas, né? (AF1).

Percebeu-se que as trabalhadoras, ao se sentirem insatisfeitas e sobrecarregadas com as demandas de vacinação que aumentaram, têm suas relações consigo mesmas afetadas, além de se sentirem em falta com a família e tristes no trabalho, pois existe

uma associação negativa entre a satisfação profissional e sobrecarga de trabalho, ou seja, à medida que uma aumenta a outra diminui (OLIVEIRA et al., 2019).

Dessa forma, sentir-se sobrecarregada pelo aumento da demanda gera insatisfação com a função que exerce, o que ocasiona, muitas das vezes, a exaustão física e mental, influenciando na produtividade, desempenho, absenteísmo, rotatividade, falta de relações interpessoais, saúde e bem-estar, satisfação na vida e satisfação com os usuários do serviço, desencadeando, portanto, o adoecimento mental (OLIVEIRA et al., 2019).

Dessa forma, a implementação de ações voltadas a supervisões, que envolvam o aspecto emocional do profissional e compartilhamento de suas experiências com os demais profissionais, são estratégias capazes de auxiliar o profissional a lidar com situações de sobrecarga no trabalho (OLIVEIRA et al., 2019).

A aplicação de vacinas, por ser um serviço de “portas abertas”, responde à demanda espontânea, que se mostra ser, em município de fronteira, um serviço de saúde de grade procura, necessitando, assim, que mais trabalhadores da equipe de enfermagem sejam direcionados para esta função. Isso pode ajudar para que não sobrecarregue os trabalhadores que exercem essa função de forma contínua dentro das unidades de saúde do município.

A falta de trabalhadores no local de trabalho, segundo os autores Viapiana, Gomes e Albuquerque (2018), é um exemplo de sobrecarga psíquica no trabalho. Essa sobrecarga psíquica pode ser exemplificada pela perda do controle sobre o trabalho quando o trabalhador é subordinado ao movimento de uma máquina, podendo ser compreendido pelo receio de adoecer e se ausentar do local de trabalho.

A desqualificação do trabalho, advinda da separação entre concepção e execução, e a falta de trabalhadores para exercer as mesmas funções, gera a fragmentação do processo de labor. A repetitividade de atividades que se acumulam, monotonia, sobrecargas e subcargas psíquicas são comuns ao modo de produção capitalista (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018).

A saúde mental dos profissionais de saúde é um tema, ainda, bastante negligenciado, tanto pelos gestores quanto pelos próprios colegas de profissão, gerando comportamentos controversos sobre essa temática. Enquanto alguns profissionais revelam abertamente que já foram diagnosticados com distúrbios mentais, outros ainda se negam a procurar ajuda devido ao risco de demissão ou à restrição das atividades desempenhadas (BERTUSSI et al., 2018).

O que se sabe é que o profissional de saúde que cuida dos pacientes também necessita de assistência. A saúde mental dos profissionais de saúde é um tema que precisa ser desmistificado, tratado adequadamente e sem preconceitos, além de ter que ser compartilhado entre os colegas de profissão (BERTUSSI et al., 2018).

Dejours (2015) esclarece que essa laborização marcante no mundo do trabalho trouxe prejuízos à saúde psíquica dos trabalhadores, ocasionando o adoecimento mental e o afastamento do trabalho, decorrente de quadros de estresse, de sobrecarga, de depressão e de ansiedade, do medo da perda do emprego, de pânico e, até mesmo, decorrente de assédio moral, como também é referenciado pelos autores Macambira e Teixeira (2017).

Na contemporaneidade, diante da intensificação de precarização do trabalho, verifica-se que o adoecimento, tanto físico como mental, surge como resposta gerada pelas próprias condições do processo produtivo de flexibilização. O trabalhador passa a apresentar diversas queixas, como angústia, insônia, ansiedade, agitação, desânimo, medo, agressividade, sufocamento, isolamento social, associando tais sintomas às condições de trabalho (CAMPOS, 2017).

Para Clot (2010), o sofrimento no trabalho é sempre um sofrimento social. Mesmo que apenas um indivíduo esteja doente, coletivos inteiros são submetidos às exigências de produção, não se reconhecendo, muitas vezes, a falta de membros para que se produza de igual ou maior escala de produção:

Se o trabalho está doente, não basta curar o sujeito, mas intervir no modo como aquele é organizado socialmente e como a atividade é levada a cabo. Da mesma forma, uma reflexão alternativa sobre o sofrimento ou o mal-estar no trabalho, quando falamos em retórica do sofrimento, o termo retórica não significa ausência de sofrimento, como se este não passasse de um jogo de linguagem declinológico. Ao mesmo tempo, parece consistente dizer, numa perspectiva pragmática, que ao descrevermos um fenômeno, ao falarmos sobre ele, isto institui um ato, ou seja, uma posição, uma forma de compreender esse mesmo fenômeno (CLOT, 2010, p.133).

Nesse sentido, os sintomas apresentados pelas participantes, em conjunto com suas verbalizações, expõem exatamente o sofrimento vivenciado no coletivo, sendo um reflexo deste trabalho. As manifestações no local de trabalho, devido ao estresse e sobrecarga, mostram o que Clot (2010) chama de o dismantelamento das relações sociais, no atual cenário produtivo (indústrias, serviços, etc.), devido às exigências de metas elevadas de produção, o que se tornou a força motriz do sofrimento psíquico no trabalho, pois, quando não se tem o amparo do coletivo para, em conjunto, transformar este sofrimento social, começam a emergir diversas patologias engendradas em um

universo social, mas experimentadas puramente na vivência individual dos trabalhadores.

Para Bouyer (2015), as relações entre sofrimento individual e sofrimento no trabalho, chamado de sofrimento social, são vivenciadas no espaço entre o coletivo e o patológico individual no âmbito da saúde coletiva e saúde pública. Dessa forma, o sofrimento social dos trabalhadores da enfermagem, vivenciados no espaço coletivo de trabalho, desencadeiam o patológico individual, pois não se pode separar a saúde coletiva e intrapsíquica, elas são interligadas, uma interfere diretamente no desempenho da outra.

6.2.5 Xenofobia?

No Brasil, o acesso à saúde é direito básico, garantido constitucionalmente a todos que sejam brasileiros ou estrangeiros residentes no país. Este direito básico, deve ser garantido de maneira universal pelo Estado, por meio do SUS. No entanto, não especifica a divisão do custeio da saúde para usuários não residentes, possibilitando que os municípios de fronteira do Brasil enfrentem dificuldades para prover, aos seus cidadãos, a atenção integral à saúde preconizada pela Constituição Federal, pois faltam mecanismos legais e jurídicos que permitam a contabilização dos usuários estrangeiros ou brasileiros não residentes na demanda garantida pelo SUS (NETO; ROCHA, 2020).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a porta de entrada no sistema de saúde brasileiro está nas unidades de atenção primária, em dois modelos de atenção: saúde da família e unidades básicas tradicionais. Desse modo, esse é o local que os usuários devem buscar, num primeiro momento, para adentrar ao sistema (LIMA ; TOSO, 2019).

Dentre os princípios do sistema de saúde brasileiro, está o de universalidade e integralidade, os quais instituem a possibilidade de acesso da população fronteiriça aos serviços de saúde. Apesar de suas restrições técnicas e financeiras, é fato que os serviços ofertados pelo sistema em Foz do Iguaçu possuem competência de atendimento aos usuários em todos os níveis de complexidade. Fato este que somado ao constante fluxo da fronteira, atrai a cidade parte da população dos municípios brasileiros do oeste do Paraná, assim como os brasileiros e migrantes que residem nos países vizinhos, buscando atendimento assistencial (LIMA ; TOSO, 2019).

Os atendimentos nos serviços de saúde em Foz do Iguaçu, tanto para brasileiros quanto para brasiguaios e estrangeiros, acontecem na rede pública, privada e

conveniada. Os imigrantes que residem no país têm os mesmos direitos que os brasileiros, sob a condição de que estejam regulares ante os órgãos competentes, excluindo-se os não residentes no país, que só receberão atendimentos emergenciais quando necessário, e não terão direito a atendimentos eletivos (FEITOSA; MARTINS, JAQUEIRA, 2020).

O documento de identificação do usuário do SUS, o Cartão SUS, assegura ao cidadão, atendimento nas Unidades de Saúde e Hospitais do Brasil que integram a rede do SUS, garante o acesso a medicamentos gratuitos e a assistência integral à Saúde, desde o início na Atenção Primária, sendo encaminhado para outros níveis de assistência, se for o caso, como especialidades e alta complexidade. Para a emissão, basta a ida até uma UBS, ou até a Secretaria Municipal de Saúde, portando os documentos pessoais. Em alguns municípios, é solicitada a apresentação de comprovação de residência (FEITOSA; MARTINS, JAQUEIRA, 2020).

Mas, pode-se perceber, por meio das falas das participantes, que a questão da documentação que os estrangeiros precisam ter para serem atendidos nas UBS do município manifesta compreensões equivocadas que dizem respeito à necessidade do documento para, assim, justificar a falta dele para não realizar o atendimento.

Percebe-se que o real motivo desse fato está vinculado ao sentimento que esta relacionado ao preconceito da xenofobia, gerando percepções e compreensões de que eles não deveriam ser atendidos pelo município por serem estrangeiros, em conjunto com a compreensão de que eles possuem tratamento facilitado, ou melhor do que um brasileiro, ele tendo ou não a documentação necessária:

Eu não acho certo atender estrangeiro no Brasil, porque a gente trabalha, paga imposto né, não recebe do país dele e ele vai usar o SUS como eu. (...) eu sou totalmente contra isso. Porém, eu faço meu trabalho como tem que ser, independente se eu concordo ou não. Eu acho até que eles são melhores atendidos, mesmo sem documento, sem nada, eles conseguem atendimento (AF4).

Eu acho que o nosso país, ele é muito aberto, entra quem quer e sai quem quer, e isso sobrecarrega a nossa saúde entendeu? Porque quando eles fazem a contagem dos habitantes, eles não estão contando com aqueles que moram lá do outro lado da ponte, e essas pessoas, muitas vezes, vem buscar os serviços aqui, e será que a gente recebe por esse serviço? (...) porque a demanda é grande e, às vezes, a gente não consegue fornecer um serviço de qualidade porque a demanda é grande e não tem para todos (AF1).

O atendimento é realizado igual como é realizado para brasileiro, só que daí ele tem que ter o documento né. Assim, eu acho um pouco ruim, porque, tipo assim, no país deles a gente não tem direito nenhum

né, e eles vem aqui e eles têm direito a tudo, ainda tem alguns que reclamam, gritam, xingam até (AF3).

Assim, no meu ponto de vista, como eu sei que a gente trabalha em uma região de fronteira, e é mandado uma verba para fazer esse atendimento, normal, aceito em partes, porque eu acho que é uma questão que deveria ser revista, porque nós, brasileiros, vamos supor, se precisássemos de atendimento em outro país, nem sempre a gente é atendido como eles são atendidos aqui. Eu acho que a balança tem demais para eles, isso não é justo (AF2).

O primeiro atendimento é dado, daí ele é orientado onde ele tem que fazer o cartão SUS, só que eu acho engraçado né porque a nossa lei é muito antiga, se vai a gente chegar em outro país e não tem atendimento. Lá nos Estados Unidos mesmo, se você quiser ser atendido você tem que pagar (AF6).

A falta de informação, muitas vezes, faz com que pratique-se atos de preconceito que influenciam na vida de outras pessoas. Comportamentos ou falas xenofóbicas podem abrir um leque de sentimentos e sensações na pessoa que vivencia atos xenofóbicos, como insegurança, vergonha, medo, vulnerabilidade, rejeição, impotência, entre outros. Tudo isso pode gerar alguns transtornos de ansiedade, depressão e até mesmo síndrome do pânico (VITORINO; VITORINO, 2018).

É importante relatar que a Xenofobia refere-se a aversão ou a profunda antipatia em relação aos estrangeiros, a desconfiança em relação a pessoas que vêm de fora do seu país com uma cultura, hábito, etnias ou religião diferente. O termo xenofobia provém do conceito grego composto por xenos (estrangeiro) e phóbos (medo). A xenofobia faz, deste modo, referência ao ódio, receio, hostilidade e rejeição em relação aos estrangeiros (VITORINO; VITORINO, 2018).

Como o acesso à saúde é direito básico, garantido constitucionalmente a todos que sejam brasileiros ou estrangeiros residentes no país, as percepções e compreensões errôneas de que eles não deveriam ser atendidos pelo município demonstram um entendimento chamado de senso comum sobre o assunto, nas palavras da autora:

Por ser subjetivo e individualizado, o Senso Comum requisita também as generalizações, pois essas “[...] tendem a reunir numa só opinião ou numa só ideia coisas e fatos julgados semelhantes”. Em decorrência dessa generalização, se produz também uma relação de causa e efeito que tende a justificar ou explicar os fenômenos sob o prisma do Senso Comum. (CHAUÍ, 2009. p. 17).

Ao senso comum não interessa a regularidade, constância, repetição ou diferença entendidas como meios ou formas de racionalizar os fenômenos, mas a de fortalecer as

diferenças próprias do senso comum. Este último recusa o conhecimento científico e, por isso, muitas vezes, expressa medo e angústia diante do desconhecido, ou seja, diante do estrangeiro (CHAUÍ, 2009).

O setor saúde, apesar de não gerar mercadoria concreta, objetiva, palpável, encontra-se intrinsecamente sustentado pela racionalidade e pela produtividade do modelo capitalista. Devido a essa condição, tem-se a compreensão de estar negando acesso ao serviço de saúde para os brasileiros para ofertá-lo aos estrangeiros. Esses princípios confundem-se com o próprio modo de atuar em saúde, onde o parcelamento e a subdivisão de tarefas denunciam a divisão pormenorizada do trabalho (DELFINI; TOLEDO; GARCIA, 2021).

Por meio dos relatos obtidos, pode-se compreender que as reais dificuldades relacionadas aos atendimentos de estrangeiro em unidades de saúde no município de fronteira, além de todas as dificuldades já relatadas (sobrecarga, insegurança, etc.) dizem respeito às dificuldades na comunicação verbal, pois poucos trabalhadores entendem o idioma apresentado, sendo obrigados a buscar outros subsídios e, assim, realizar o necessário, não havendo a existência de cursos ou capacitações na rede pública que auxiliem o trabalhador no atendimento de estrangeiro em unidades de saúde.

Portanto, dentre as fontes geradoras de dificuldades citadas pelas participantes, na relação entre território e trabalho em região de fronteira, a dificuldade na comunicação ganhou destaque. Nas falas, pode-se perceber que as participantes se referem à comunicação, cultura, idioma e a barreiras linguísticas:

Às vezes, dificulta com os árabes, de um ano para cá veio muito e eles não falam português e a gente não fala língua deles, aí complica, aí escreve no celular, aí tem que falar e o google tradutor traduz, então acaba complicando um pouco o atendimento. Nunca teve, que eu saiba, algum curso ou capacitação para atender estrangeiro aqui em Foz do Iguaçu (AF3).

Foz do Iguaçu é uma cidade turística, não é só a fronteira Paraguai e Argentina. A gente recebe turistas do mundo inteiro por causa das Cataratas. A gente não tem treinamento para atender essa demanda, a gente não tem capacitação para isso, mesmo espanhol, eu falo porque eu morei dois anos no Paraguai, mas a maioria dos profissionais ali não falam. Então como que a gente vai atender um paraguaio, argentino? Porque a gente é fronteira (AF8).

A dificuldade para realizar o atendimento de estrangeiros no local de trabalho é a língua, a gente orienta bastante, mas acaba que a pessoa não entende nada por causa da língua, e a gente também não entende né. (...) é um pouco mais cansativo porque a gente tem que se doar um pouco mais, tem que orientar de forma mais calma, fazer uma leitura

labial para ver se a gente consegue entender e se fazer entender né por ele. então é um pouquinho cansativo. (...) eu nunca tive curso ou capacitação (e2).

A dificuldade que a gente tem é o idioma né? Às vezes, a gente usa o Google tradutor né, para a gente se comunicar, só que é complicado (AF2).

A crescente diversidade cultural presente nas fronteiras mostra que os serviços de saúde e seus profissionais necessitam ter a capacidade de responder a uma população muito diversificada, sendo que as barreiras linguísticas presentes parecem ser problemáticas, podendo dificultar a comunicação entre usuários e profissionais (SILVA, 2017).

Segundo Silva (2017), o fato de existir a dificuldade linguística entre o imigrante e o profissional de saúde resulta na percepção que as explicações dadas não foram compreendidas, o que pode gerar desconfortos com a situação, pouco ou nenhum esforço no sentido de se estabelecer um diálogo efetivo com o imigrante, sendo a comunicação reduzida a um muro de silêncio entre a/o enfermeira/o e o paciente.

Para diminuir essa barreira e aproximar a equipe de enfermagem dos pacientes para a promoção da multiculturalidade dentro das unidades de saúde do município, evitando assim o preconceito e ideias embasadas no senso comum, é importante apostar em lideranças sensíveis a culturas diferentes, assim como garantir o acesso ao conhecimento de outros idiomas, para que a equipe de enfermagem esteja preparada para mediação na interpretação clínica (SILVA, 2017).

Assim, acerca da dificuldade existente na comunicação entre o estrangeiro e os profissionais de saúde atuantes em região de fronteira, é fundamental investimentos em programas que capacitem estes trabalhadores no domínio de línguas estrangeiras, aumentando assim, o nível de qualificação profissional e do trabalho prestado no atendimento à saúde para a população estrangeira frequente em municípios de fronteira (DA COSTA et al., 2015).

Para Silva (2017), a ausência de uma capacidade de comunicação entre os trabalhadores da enfermagem e os usuários estrangeiros, pode se tornar um fator reforçador para o preconceito, pois percebe-se que este problema nunca motivou os setores públicos para que incentivassem seus funcionários a buscarem uma qualificação em termos comunicacionais e de tolerância para o estabelecimento de uma boa relação entre os enfermeiros e os pacientes. É fato que os servidores de saúde em município de

fronteira precisam estar preparados para se comunicar em, pelo menos, três idiomas, o português, o espanhol e o inglês.

A explicação para isso pode vir do fato de que a própria ideia de fronteira sempre foi vista de forma marginal pelos Estados Nacionais, o que não é diferente no sul do Brasil e oeste do Paraná, reforçando a ideia de que o mau funcionamento do sistema de saúde em regiões de fronteira é “culpa” das pessoas que vêm de fora, que cruzaram a fronteira, sendo que esse posicionamento se torna bastante útil para o poder público, e também para alguns trabalhadores da enfermagem justificarem seu posicionamento a este respeito (DA COSTA et al., 2015).

Na perspectiva da saúde do trabalhador, as emoções percebidas pelas participantes na prestação de cuidados ao paciente estrangeiro tornam-se significativas para compreender que, mesmo que elas não percebam a influência do atendimento de estrangeiro em seu processo de trabalho, por ser uma das funções exercidas rotineiramente, essas emoções também estão inseridas no adoecimento.

6.2.6 Desamparo, descuido de si e descuido com o outro

Em muitos momentos de suas falas, as participantes auxiliares de enfermagem se percebem sozinhas em seu trabalho em município de fronteira, expressando sentimento de desamparo, pois, sem autonomia e controle para o desempenho das funções, as trabalhadoras dependem do auxílio de outros trabalhadores da equipe e da gestão para responder ao acúmulo de tarefas dentro das unidades, buscando, assim, segurança e respaldo no exercício das atividades.

Quando eu fiz auxiliar de enfermagem, eu aprendi que o enfermeiro era meu superior. (...) só que a gente não tem esse *feedback*. (...) ele vai te auxiliar pra junto a gente desenvolver aquilo ali né, mas não é isso que acontece (AF1).

Se eu tenho algum respaldo? (...) geralmente tem a enfermeira de manhã, o que complica é a tarde, quando não tem enfermeira, aí é difícil, porque se você faz alguma coisa com o paciente. (...) então essa segurança nem sempre tem, esse respaldo legal (AF4).

Então como eu faço acolhimento né, auxiliar que faz trabalho de formiguinha né, o enfermeiro dificilmente tá junto. Você que acolhe, você que agenda, você que atende, eu acho muita responsabilidade pra um só (AF7).

Quando eu estou sozinha, daí eu tenho de ficar no acolhimento, na recepção, no curativo, e na vacina, mas agora as minhas colegas voltaram. (...) eu fiquei sozinha muito tempo (AF8).

As condições referente a infraestrutura para o trabalho com espaço físico inadequado para a realização das atividades assistenciais, propiciam tensões e conflitos que se manifestam de forma intensa e estressante sobre os profissionais da UBS, mais especificamente sobre a equipe de enfermagem. Assim, a deficiência de recursos humanos e materiais configuram-se como condições impróprias para o trabalho e ameaça à saúde física e mental dos trabalhadores (DUARTE; GLANZNER; PEREIRA, 2018).

A autonomia do profissional, a estrutura do local de trabalho, a disponibilidade de materiais necessários para o atendimento adequado são aspectos que interferem na atividade laboral desses profissionais de saúde que, somados à sobrecarga de trabalho, duplas e longas jornadas, baixos salários, podem contribuir para o adoecimento mental (OLIVEIRA; LIMA; VILELA, 2017).

A equipe de enfermagem necessita de condições mais dignas de trabalho, salários justos, respeito pelo fato de executarem diariamente uma tarefa que exige tamanha responsabilidade e dedicação a outras pessoas (FERREIRA; MARIANI; BRATICEVIC, 2015).

O sentimento de desamparo também está presente quando as trabalhadoras perceberam estar doentes e buscaram ajuda profissional para verificar sua saúde mental, enfrentando a falta de empatia de alguns colegas e profissionais de saúde para o auxílio e melhora do quadro apresentado:

Fui aqui no UPA do Padre Ítalo, cheguei ali e o médico me tratou mal esse dia sabe? (...) outro dia foi na UPA da Vila A, foi uma médica, ela foi tão tranquila, falou que também já tinha passado por isso, ela me ajudou muito mesmo a entender né (AF5).

Eu fui direto na psiquiatra mesmo. (...) eu paguei. (...) fui muito bem tratada. (...) quando eu fui no SUS buscar consulta psiquiatra eu fui muito maltratada de verdade, me senti que o médico fez pouco caso da minha doença: ah, você é trabalhador da saúde, então você está aqui para pegar atestado. (...) e todo o tratamento que eu fazia era paleativo e não resolvia nada, era só para tomar medicação (AF8).

Foi com o médico da unidade. Em 10 anos que eu estou lá, foi a primeira vez que alguém teve um olhar de empatia em relação a isso, porque, às vezes, as pessoas acham que você está fazendo corpo mole pro trabalho, e foi aí que ele me deu, me deu remédio né, porque sozinha você não vai conseguir mais. (...) ele me indicou algumas terapias, me deu encaminhamento para psicóloga e me passou medicamento né, e aí ele me deu dois tipos de remédio. (...) agora pouco tempo ele aumentou a dosagem do remédio (AF1).

Foz do Iguaçu é uma região que tem muitas pessoas doentes que você pode observar. Geralmente as pessoas que começam a trabalhar na saúde geralmente ficam obesas, elas estão doentes, estressadas. Eu não tomo nada com álcool, mas nossa, muita gente que eu conheço que bebe assim até entortar, faz um plantão e vai para casa e bebe muito, bebe muito o povo da saúde, fumam como tomam muito café, tomam muita Coca-Cola, eu também tomo muita Coca-Cola (AF6).

Ao que se refere a profissionais de saúde que não reconhecem e respeitam o adoecimento mental vivenciado por colegas de trabalho e profissão, os autores Macambira e Teixeira (2017) mostram que os trabalhadores que têm algum problema de ordem psíquico-emocional, ao receberem tratamentos ofensivos ou de maneira muito exigente no local de trabalho, podem desencadear ou ter um agravamento no quadro depressivo ou em outros problemas psíquico-mental em virtude desse tipo de tratamento.

Essa situação é equiparada pela legislação trabalhista como acidente do trabalho. Dessa forma, o desequilíbrio entre empenho e recompensa e o assédio moral, que compreende desde agressões verbais, perseguição e humilhações, são as causas que mais prejudicam a saúde mental do trabalhador nas empresas (MACAMBIRA; TEIXEIRA,2017).

Nesse sentido, dizer que algum adoecimento mental é “frescura” é um pensamento errôneo e preconceituoso que pode gerar sérias consequências. Assim, o preconceito com aqueles que tem alguma doença psiquiátrica, é chamado de *psicofobia*. Segundo o dicionário da Língua Portuguesa, a palavra psicofobia é um termo que define todos aqueles que possuem alguma forma de preconceito com portadores de doenças mentais.

O preconceito ou discriminação sofrido pelas pessoas que possuem algum tipo de deficiência ou transtorno mental não tinha um nome específico até tempos atrás. Então, o humorista Chico Anysio, ao lutar contra esse tipo de intolerância sugeriu que se fosse criado um nome para este ato. Esse pedido foi atendido pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e, em homenagem ao humorista, foi estabelecido o dia 12 de abril como o Dia Nacional de Enfrentamento à Psicofobia, em homenagem ao seu aniversário (GIUPPONI, 2020).

O conceito de psicofobia deve ser divulgado para que toda a população entenda seu real significado, pois a sua prática fere de tal maneira a dignidade humana que as pessoas que são vítimas de tal comportamento acabam por piorar ainda mais o seu

quadro clínico, não buscando ajuda para melhorar devido ao preconceito.(GIUPPONI, 2020).

Sobre o trabalho na saúde, a participante AF6 relatou perceber, dentro de sua trajetória profissional, enquanto servidora pública do município, que o trabalho na saúde está diretamente ligado ao adoecimento de seus profissionais, sendo que, normalmente, alguns trabalhadores buscam subsídios para lidar com as dificuldades diárias, porém, essas escolhas acabam por agravar o sofrimento físico e mental estes trabalhadores.

Buscou-se, através da indagação obtida pela participante, verificar algumas doenças que ocasionam os trabalhadores da saúde e, assim, as possíveis drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, de maior preferência desses profissionais. A busca para melhorar a capacidade do desempenho de responsabilidades atribuídas aos papéis sociais e para atender aos padrões estabelecidos é um fator que favorece o consumo de alguns fármacos para as trabalhadoras do sexo feminino, neste caso, as drogas mais usadas são os medicamentos, especialmente, os tranquilizantes e anfetaminas (JUNQUEIRA et al., 2018).

No caso do consumo de substâncias ilícitas, as responsabilidades inerentes aos papéis de mãe, esposa e dona de casa são apontadas como fatores que dificultam o desenvolvimento do quadro de dependência destas drogas, sendo, assim, considerado um fator de proteção em alguns casos. Tal representação traz, explícita e implicitamente, a ideia de que a sociedade e a cultura marcam padrões de comportamento diferenciados para homens e mulheres, de acordo com os papéis para eles determinados. Como reflexo dessa concepção, os trabalhadores do sexo masculino usam mais comumente o álcool e, em momentos mais tensos de trabalho, a maconha (JUNQUEIRA et al., 2018).

Nesse sentido, parece ser fundamental conhecer os condicionantes de saúde mental dos profissionais da equipe de enfermagem, sendo o consumo de drogas e a vulnerabilidade à depressão dois indicadores importantes, sobretudo por causa da dimensão epidemiológica que esses agravos vêm ganhando do ponto de vista da avaliação da saúde global (JUNQUEIRA et al., 2018).

Para Clot (2013), a saúde do trabalhador pode ser perdida, no meio profissional, quando o ofício deixa de ser objeto dos cuidados necessários. Não sendo “cuidado” pela organização do trabalho e por aqueles que o exercem, ele pode deixar de ser um recurso (*ressource*) para a saúde e se transformar em fonte (*source*) de doença.

O trabalho coletivo de reorganização da tarefa assegura ou não a “manutenção” do gênero. A história transpessoal do ofício que cada um traz em si, é objeto do “ofício ao quadrado”, esse “segundo ofício” não vive senão graças ao coletivo de trabalho que assume ou não a função de cuidado do gênero (CLOT, 2013).

6.2.7 Inutilidade

Para algumas participantes, reconhecer e aceitar que estavam doentes mentalmente foi um processo difícil, de negação do próprio sofrimento mental, compreendendo que seu adoecimento ocorreu devido à falta de controle próprio de suas emoções e sentimentos, culpabilizando-se por adoecer.

Me senti inútil, você não consegue raciocinar, eu não conseguia resolver pequenos problemas. Aí você se pergunta: como você não consegue resolver? Mas são muitos e eu, particularmente, queria resolver tudo ao mesmo tempo (AF4).

Eu acho que eu perdi o controle, eu me sentia frustrada porque não conseguia dar conta, me achava incapaz, me achando até incompetente entendeu? Então foi até difícil para eu aceitar que estava com Síndrome do Pânico. (...), até então eu acreditava que eu estava bem né, porque eu sempre fui muito forte. (...), porque eu não estava aceitando até então (E1).

Me sentia inútil, e também não aceitava né, porque a gente só entende o que é um psicólogo ou um psiquiatra quando a gente precisa, por que não é um médico pra louco, todo mundo pensa isso. E você não quer ir, você se nega até às últimas circunstâncias. Tipo eu, fingia que estava tudo bem, tentava levar, levar, levar, até que não deu mais (AF3).

Me senti muito mal, em processo de negação pelo o que eu estava passando (E2).

Eu demorei para aceitar que eu estava tendo crise de ansiedade (AF5). Foi muito difícil né. (...) nossa eu não sou uma super-heroína né, e uma coisa que pode acontecer com todo mundo. (...) eu sempre fui forte, mas eu perdi o controle sabe, eu perdi meu controle, senti que eu não estava aguentando mais (AF8).

Para Souza (2020), a negação do sofrimento, como foi relatado pela maioria das participantes, é uma outra face do medo, é uma reação da angústia à própria angústia. É um estado de espírito que precede qualquer acontecimento e se satisfaz com a divergência da verdade e dos fatos. Basta a antipatia com algo ou alguém para que a negação seja produzida; neste caso, bastou perceber, mesmo não querendo reconhecer, que o sofrimento e o adoecimento mental começaram a aparecer.

Nesse caminho, Carrapato, Castanheira e Placideli (2018) entendem que o processo de adoecimento dos trabalhadores da saúde foi apresentado, em décadas atrás, como sendo um adoecimento natural e esperado ao fazer profissão, sugerindo que, algumas características deste adoecimento, foram compreendidas como intrínsecas aos modelos de gestão adotados. Características estas que mostram certa obrigatoriedade da parte do trabalhador para cumpri-las, restando pouco que se possa fazer para mudá-las e, assim, não adoecer.

O ritmo, a intensidade do trabalho, as situações de emergência, o convívio com doenças e morte são fatores desencadeantes de estresses psicossociais no trabalhador de saúde, além de serem geradores de desgastes, como mal-estar, ansiedade, nervosismo, depressão e outras doenças nos trabalhadores. O sofrimento mental no trabalhador de saúde pode desenvolver processos de morbidade, pois as instituições de saúde, de forma geral, trabalham com a escassez de recursos humanos, que é o principal fator desencadeante do ritmo de trabalho nas unidades (CARRAPATO; CASTANHEIRA; PLACIDELI, 2018).

Ao que se refere à percepções sobre perda do controle de situações, Clot (2013) mostra que o fundamento do reconhecimento de perda de controle tem sido entendido como um reconhecimento pelo outro, no sentido de compreender que não se está conseguindo “se encontrar” naquilo que se faz. Quando o sujeito não pode mais responder por alguma coisa que antes podia, ele de fato se perde:

E não é raro que aí percamos a saúde antes mesmo de “fazermos” uma doença. Diremos, então, agora que a luta contra as “doenças do trabalho” consiste menos em suprimir as doenças e mais em cuidar da saúde, ou seja, desenvolver “entre as coisas” relações que não surgiriam sem nós, que são o produto da atividade humana (CLOT, 2010, p. 78).

Nesse sentido, existe uma dualidade do trabalho, sendo descrita por Marx (1983) como trabalho concreto e abstrato. O trabalho concreto é uma dimensão do trabalho para a produção de um bem útil, sendo a base da constituição de humanidade. Já o trabalho abstrato, uma dimensão do trabalho enquanto simples dispêndio de energia, é necessário para a geração do lucro, sem significado em si para o trabalhador, fonte, portanto, de adoecimento. Assim, na relação entre esta dualidade, entre trabalho concreto e abstrato, o trabalhador, ao adoecer, sente que está perdendo seu controle.

6.2.8 Para me sentir melhor (o “falso bem-estar”)

As participantes fizeram e fazem uso de medicações para tratamento de seu adoecimento mental. Algumas demonstraram sentir medo do uso contínuo da medicação, outras se sentem confortáveis com o uso, bem como vão atrás do que está disponível para se automedicar e, assim, “curar” os sintomas desencadeados pelo adoecimento mental, devido à facilidade do acesso. Demonstraram certo sarcasmo ao falar como buscam lidar com as tensões diárias do trabalho por meio do uso de medicações ou outros hábitos nocivos à saúde:

Eu fico procurando medicação que possa fazer eu me sentir melhor. (...) eu estava me dopando, eu estava aumentando a quantidade porque eu precisava ficar bem para poder trabalhar. Não faço nada para lidar com as tensões diárias, eu tomo medicação, eu tomo as minhas medicações, tem hora que eu coloco até umas gotinhas a mais para poder aguentar (risos) (AF4).

Para lidar com essas tensões diárias, no trabalho, eu tomo remédio (risos). Brincadeira, eu já tomei agora eu não tomo mais, eu procuro fazer atividades físicas né, em casa mesmo eu faço, procuro fazer coisas que me agradem (E2).

Eu tenho medo danado de viciar em remédio, eu já faço uso contínuo do AAS. (...), mas pensa que eu tomo né (risos) eu cobro dos pacientes. (...) eu oriento tudo certo, aconselho para pararem de fumar, mas eu mesmo não. Então, para lidar com as tensões diárias do trabalho eu só fumo (AF7).

Os profissionais da enfermagem tomam muito medicamento por conta própria. Na minha casa mesmo, eu tenho uma caixa cheia de medicamentos, não sei te explicar se a automedicação na enfermagem é devido a gente ter uma acesso aberto a medicação Mas, assim, só de pensar que vai doer alguma coisa já toma remédio, para poder vir trabalhar e não sentir dor (AF6).

Sobre este assunto, o autor Bouyer (2015) afirma que antes do tempo da medicalização do sofrimento mental prevalece o tempo do sofrer e, portanto, questões de saúde pública favorecem os recursos de luta, resistência e defesa contra o sofrimento no enfrentamento das patologias sociais e disfuncionamentos. Essa temporalidade dinâmica (sofrimento-patologia), é própria do complexo drama do sofrimento social.

A multiplicação de aspectos da vida humana que viraram objeto de intervenção psiquiátrica e medicamentosa, reduzindo a fronteira entre normal e patológico que marca nossa cultura atual, está permitindo que os próprios médicos e farmacêuticos, inseridos nesta cultura de consumo, sejam afetados pelo novo nexos que se estabelece entre sofrimento e doença mental (MACAMBIRA; TEIXEIRA,2017).

A redução da importância do conflito psíquico para a compreensão do sofrimento, a multiplicação de acontecimentos passíveis de deprimir um indivíduo e o ganho de credibilidade das explicações neuroquímicas facilitam ainda mais a identificação de cada indivíduo com as narrativas expostas no DSM, na mídia ou até mesmo nas propagandas de remédios realizadas pelas empresas farmacêuticas, pois este mesmo indivíduo sabe que singularidades de sua história de vida não atenuariam a sua avaliação psiquiátrica (POMBO, 2017).

A indústria farmacêutica e suas propagandas de medicamentos (proibidas no Brasil, mas muito comuns nos Estados Unidos) também podem ser consideradas um ator importante envolvido na medicalização do sofrimento, na atualidade, na medida em que se empenham em fazer existir doenças para criar o mercado para as drogas que supostamente as curam (POMBO, 2017).

O fato de o sofrimento psíquico não possuir caráter tangível, e ser menos visível que os agravos orgânicos, dificulta o estabelecimento do chamado “nexo causal” entre trabalho e adoecimento. As características gerais do modo de produção capitalista, e seus aspectos mais específicos desenvolvidos a partir da acumulação flexível, podem afetar a subjetividade, engendrando emoções e sentimentos relacionados com processos de sofrimento e de adoecimento psíquico (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018).

Essa dinâmica pode ser compreendida a partir dos conceitos de processos críticos, protetores e destrutivos de cargas de trabalho, os quais possibilitam a compreensão do desgaste que é gerado no processo de trabalho, bem como a conformação do nexos biopsíquico humano nesse contexto (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018).

Segundo Clot (2010), paradoxalmente, num mundo onde a máquina parece se impor ao homem, mesmo nas esferas mais íntimas da sua vida, é um sopro de esperança renovar a crença na possibilidade de, um dia, uma prática de trabalho ser comprometida com o desenvolvimento do poder de agir dos trabalhadores e, assim, auxiliar na promoção da saúde, entendida como a ampliação de suas forças criativas na reinvenção de si no trabalho. Dessa forma, deve-se aumentar a busca de entendimento sobre os conflitos psíquicos para, assim, compreender o sofrimento mental.

Portanto, a linha do tempo que leva o sofrimento ao adoecimento se tornou prioridade de medidas públicas de saúde, não sobre o corpo já adoecido do indivíduo, mas sobre as chagas abertas pelo capital no corpo do social. Ou seja, o sofrimento social

é aqui apontado como problema de saúde pública, em especial na dimensão da saúde mental (BOUYER, 2015).

No caso do sofrimento no trabalho, ele é sempre um sofrimento social, pois deriva das relações de produções contemporâneas singularizadas pela dominação e controle exacerbados do trabalho pelo capital flexível, hoje em graus de intensidade inéditos em toda a história do modo capitalista de produção. Quer dizer, um elo entre o coletivo e o individual (BOUYER, 2015).

As relações sociais que subjagam coletivos inteiros de trabalhadores repercutem na vida psíquica individual, gerando um sofrimento que, quando não tem como ser conjurado ou transformado, pode conduzir ao adoecimento físico e mental de grandes populações que vivem do, e sobrevivem no, trabalho. Eis a pertinência do tema para a saúde pública (BOUYER, 2015).

As formas como algumas participantes buscavam lidar com as tensões diárias do trabalho também foram afetadas devido à pandemia, uma vez que os meios que anteriormente proporcionavam melhora do sofrimento mental, na pandemia, passaram a representar o acúmulo e agravamento das tensões diárias ocasionadas pelo trabalho e, assim, proporcionando uma piora em seu adoecimento.

Eu fazia caminhada, andava de bicicleta, agora estou parada por causa da pandemia né, mas eu andava de bicicleta, pedalava, ou sair, às vezes, né, com os amigos (E1).

Eu procuro fazer atividades físicas né, em casa mesmo eu faço, porque agora é só “morreu de COVID” né. Não pode sair, então procura fazer uma leitura, ler um livro e atividade física (E2).

Antes da pandemia, eu fazia caminhada, eu saía para dançar, hoje em dia não. Quando eu estava afastada, eu cheguei a ficar 3/4 dias sem sair na calçada. (...) a gente tá acostumado tanto a não sair que tá ficando normal já, eu acho, eu não sei se você percebeu, mas cada dia os dias estão se tornando mais tristes, muita gente morrendo e ainda vai morrer muito mais. As pessoas não estão se cuidando (AF6).

Pode-se compreender que a pandemia afetou práticas de atividades físicas que, para as participantes, eram prazerosas e auxiliavam na rotina de suas vidas, pois mesmo sendo trabalhadoras de saúde, aderiram ao isolamento, saindo de suas residências apenas para trabalhar e, devido a isso, acabavam não praticando nenhum tipo de exercício físico.

A prática de atividade física é considerada uma importante variável associada à saúde e ao bem-estar das pessoas. Percebe-se que a pandemia levou à perda da rotina

habitual da maioria das pessoas e, com contato social e físico diminuído, gerou o sentimento de frustração, tédio, sensação de distanciamento do resto do mundo (DE MENDONÇA et al., 2021).

A atividade física, além de seus benefícios mais conhecidos, tem uma série de benefícios psíquicos, tanto no funcionamento cerebral como na estrutura psíquica das pessoas. A atividade física promove, também, benefícios à saúde psíquica ou mental, a qual envolve certo equilíbrio de emoções, controle do estresse, auxiliando na obtenção de prazer na vida (CAMILLES, 2021).

Ela também beneficia aqueles que já estão na fase de exaustão do estresse, em depressão ou com crises de ansiedade, sintomas estes que foram relatados pelas participantes, pois o indivíduo que se encontra dessa forma terá redução na sua capacidade funcional, sendo que a atividade física pode auxiliar na manutenção ou recuperação da saúde psíquica (CAMILLES, 2021).

Além da saúde mental, enquanto dimensão do ser humano a ser analisada em relação ao período de pandemia, há também o lazer. Nesse sentido, considera-se o lazer enquanto necessidade humana. Não há um conceito único sobre o que é o lazer, há uma construção do lazer enquanto contraposição ao trabalho, muitas vezes associado à improdutividade (DE OLIVEIRA MENEZES, 2021).

Ao refletir sobre o lazer como necessidade humana, pode-se considerar que as necessidades humanas são finitas e variam conforme a cultura e o momento histórico, como mencionado por Gomes:

É cada vez mais evidente que a compreensão de lazer como uma esfera oposta ao trabalho não vem conseguindo problematizar as complexidades e as dinâmicas que marcam as múltiplas dimensões da vida coletiva em diferentes âmbitos e contextos, notadamente neste século XXI [...] o lazer representa a necessidade de fruir, ludicamente, as incontáveis práticas sociais constituídas culturalmente. Essa necessidade concretiza-se na ludicidade e pode ser satisfeita de múltiplas formas, segundo os valores e interesses dos sujeitos, grupos e instituições em cada contexto histórico, social e cultural. Por isso, o lazer precisa ser tratado como um fenômeno social, político, cultural e historicamente situado. [...] concebido enquanto uma produção cultural humana, o lazer constitui relações dialógicas com a educação, com o trabalho, com a política, com a economia, com a linguagem e com a arte, entre outras dimensões da vida social, sendo parte integrante e constitutiva de cada coletividade (GOMES, 2019, p. 7).

Nesse sentido, a prática de lazer e exercícios físicos durante a pandemia, sofreram mudanças consideráveis, afetando o modo de vida das pessoas. O cenário marcado por quarentena, medidas de isolamento social e distanciamento

social influenciou as formas de socialização e as modalidades de lazer para se adaptar a um maior tempo no ambiente doméstico. Por isso, a necessidade de lazer expressa também formas de lidar com as repercussões dessas medidas sobre a saúde mental das pessoas.

6.2.9 Sentimentos positivos

Percebeu-se que, na relação entre o trabalho da enfermagem, território e saúde mental, existem sentimentos positivos geradores de motivação e valorização que auxiliam no dia a dia do trabalho, que se tornam extremamente importantes para o enfrentamento do mesmo. Algumas participantes conseguem se sentir valorizadas pelos usuários do serviço, o que potencializa, a depender do caso, motivação para exercer suas funções na unidade.

Hoje eu tenho que me sentir valorizada porque eu ganhei um ovo de Páscoa do meu paciente (E2).

Me sinto valorizada pelos pacientes. (...) eu vou te falar que é isso que me faz ir trabalhar. (...) eles reconhecem o meu trabalho. (...) isso me deixa feliz (AF1).

A minha história como servidora pública é um orgulho é uma honra. (...) eu trabalhei aqui nessa unidade cinco anos como zeladora, batalhei mesmo para estar aqui e quando eu vi o meu nome na lista. (...) graças a Deus estou aqui (AF5).

Se você não puder fazer tudo, faça aquilo que puder, se você fez um concurso público você tem que servir ao público, você não tem que usar o serviço para se servir, eu vejo muito isso acontecer (AF7).

Pode-se compreender que, ao considerar o processo dialético na dinâmica de trabalho, observou-se que a equipe de enfermagem experienciam situações que podem trazer vivências de prazer e/ou sofrimento. Identificar os sentimentos de prazer no trabalho pode contribuir para se criar um espaço favorável à saúde física e mental, um ambiente de trabalho saudável e uma melhor qualidade dos serviços prestados, evitando o sofrimento patogênico nessa categoria, cujo ofício é cuidar. Entretanto, só será possível se a relação com a organização do trabalho permiti a ressignificação do trabalho (ROCHA, 2019).

Trabalhar não é somente produzir; é também transformar a si mesmo e, no melhor dos casos, é uma ocasião oferecida à subjetividade para se testar, até mesmo para realizar-se. Sendo assim, ocupa um papel fundamental na vida dos indivíduos, pois interfere na autoestima e nos seus relacionamentos interpessoais. A cooperação é outro

aspecto influenciador na integração e na organização do trabalho e se refere à vontade que os sujeitos têm de trabalharem e superarem juntos as contradições que surgem da própria natureza ou da essência da organização do trabalho, essa cooperação exige confiança entre a equipe, gestores e usuários do serviço (DEJOURS, 2015).

Para Clot (2011), se o coletivo se sente importante, valorizado, desenvolve-se o sentimento de viver uma mesma história, que dá a cada um a ressonância (o respondente) indispensável para trabalhar, dando até mesmo a cada um seu “continente” profissional, podendo o ofício se tornar impessoal, sob o ângulo da tarefa ou da função definida.

O trabalho visto como atividade consiste, então, em um plano potencial de ação, em que forças de criação são ativadas para que surjam novos modos de fazer (singulares no sentido de que se expressam no ato de cada trabalhador, mas apoiados no coletivo) (CLOT, 2011).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa buscou compreender como o território de fronteira contribui para as condições de adoecimento mental dos trabalhadores da equipe de enfermagem em UBS em município fronteiriço. Foi possível identificar, por meio dos resultados aqui adquiridos, que o trabalho na saúde em município de fronteira contribui, em partes, para o adoecimento mental dos trabalhadores, sobretudo devido à forma como o trabalho da equipe de enfermagem em região de fronteira é organizado e as condições sob as quais é exercido.

As condições de trabalho da enfermagem nesses cenários apontam para excesso de demandas em frente a um número insuficiente de trabalhadores para responder a estas demandas, em conjunto com baixos salários para a categoria profissional, falta de transparência no serviço público de saúde, forte influência de questões que envolvem mudanças na gestão do município, fatos que afetam diretamente o andamento do trabalho nas UBS, repasse de informações de forma hierarquizada, desconstruídas, as quais prejudicam na compreensão e interpretação das mesmas para um melhor desempenho no trabalho.

Tal panorama vem resultando na manifestação de sentimentos relacionados ao trabalho de solidão, insegurança, angústia, medo, desmotivação, falta de reconhecimento e desvalorização, sobrecarga, desgaste, desamparo, pressão, raiva, inutilidade, o que acaba resultando, para algumas participantes da pesquisa, o descontentamento com o local de trabalho e com a sua profissão.

Dessa forma, foi possível perceber como as condições e situações vivenciadas no trabalho da enfermagem em região de fronteira podem afetar a subjetividade desses trabalhadores e, possivelmente, a depender do tempo que se exerce seu trabalho, relacionar-se ao sofrimento e transtornos mentais analisados.

O transtorno mental que vem acometendo a saúde mental de enfermeiras(os) e auxiliares de enfermagem são os Transtornos Fóbicos Ansiosos, classificados no CID-10 como F40. Tal adoecimento é classificado como um conjunto de transtornos nos quais a ansiedade é desencadeada exclusiva ou essencialmente por situações e/ou objetos que representem perigo real ou não, sendo suportados com sofrimento e/ou evitados.

Em conformidade com o trabalho da equipe de enfermagem em região de fronteira, pôde-se compreender que as principais dificuldades relacionadas aos atendimentos de estrangeiro em unidades de saúde no município de fronteira, além de

todas as dificuldades já relatadas (sobrecarga, insegurança, etc.) relaciona-se à dificuldade na comunicação verbal entre os envolvidos, pois poucos trabalhadores entendem o idioma estrangeiro apresentado, principalmente o espanhol, que é a língua mais usada nesse contexto. Portanto, dentre as fontes geradoras de dificuldades citadas pelas participantes, na relação entre território e trabalho em região de fronteira, a dificuldade na comunicação ganhou destaque.

Compreende-se que, nos serviços de saúde em região de fronteira, faz-se necessário ter acessível intérpretes para o acolhimento dos pacientes estrangeiros. Ressalta-se a importância do incentivo dos gestores quanto à capacitação dos profissionais atuantes nesses cenários e, com isso, conscientizar os profissionais de saúde sobre a importância da multiculturalidade dentro das unidades de saúde do município, para a compreensão e enfrentamento das dificuldades encontradas no trabalho das unidades de saúde da região.

Sobre as condições de trabalho durante a pandemia COVID-19, compreendeu-se forte influência da doença no sofrimento e adoecimento mental dessas trabalhadoras. As condições de trabalho nas unidades de saúde do município passaram por constantes mudanças para responder às necessidades de saúde oriundas da pandemia, o que gerou mais sobrecarga de trabalho, tanto física como psicológica, em especial ao que se refere à vacinação, em conjunto com o frequente sentimento de medo em suas diferentes nuances. Muitas dessas trabalhadoras relataram piora em seu quadro psicológico após a pandemia, com a influência da necessidade de mudanças em seus estilos de vida que auxiliavam para lidar com as dificuldades do trabalho.

Assim, pôde-se perceber uma fragilidade do município no que diz respeito à intersetorialidade, isto é, falta de estratégias que perpassem vários setores sociais, tanto no campo da saúde mental como da saúde física. Em outras palavras, percebeu-se que os serviços de atenção psicossocial do município, em conjunto com os outros serviços da rede pública, precisam se aproximar e manterem um diálogo entre si, para, assim, buscarem, na sociedade, vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes, para melhor organizar, defender e solidarizar-se com a saúde da população e dos trabalhadores.

Percebeu-se que, se o município disponibilizasse programas de saúde, utilizando ações da Psicologia do Trabalho, auxiliaria na prevenção do adoecimento mental e promoção da saúde e qualidade de vida dos trabalhadores, em especial dos

trabalhadores da enfermagem, os quais possivelmente sentiriam-se mais valorizados e respeitados enquanto trabalhadores de fronteira.

Nesse sentido, a hipótese e objetivos levantados pelo presente estudo foram atendidos, trazendo para reflexão outros assuntos que se relacionam com o tema central. No entanto, são necessárias mais ações direcionadas à valorização do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de saúde em município de fronteira, de modo a garantir a discussão do seu desgaste frente ao espaço do trabalho.

REFERÊNCIAS

AMARAL, A. B. do. A Guerra ao terror e a Tríplice Fronteira na agenda de segurança dos Estados Unidos. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), 2008. 278 p. (Dissertação, Mestrado em Relações Internacionais).

ANDRADE, G. O; DANTAS, R. A. A. Transtornos mentais e de comportamento relacionados ao trabalho em anestesiolistas. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 65, n. 6, pág. 504-510, dezembro de 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003470942015000600504&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2021.

BERK, M. et al. Pathways underlying neuroprogression in bipolar disorder: focus on inflammation, oxidative stress and neurotrophic factors. **Neuroscience & biobehavioral reviews**, v. 35, n. 3, p. 804-817, 2011.

BERNARDO, M. H; et al. Linhas paralelas: as distintas aproximações da Psicologia em relação ao trabalho. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 34, n. 1, p. 15-24, Mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2017000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mai. 2021.

BERTUSSI, V. C; et al. Substâncias psicoativas e saúde mental em profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/47820>. Acesso em: 24 set. 2021.

BOUYER, G. C. Sofrimento Social e do Trabalho no Contexto da Área "Saúde Mental e Trabalho". **Psicologia & Sociedade [online]**. 2015, v. 27, n. 01. pp. 106-119. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n1p106> . Acesso em: 20 set.2021.

BRANDAO, G. R; LIMA, M. E. A. Uma intervenção em Psicopatologia do Trabalho - contribuições da Clínica da Atividade. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 44, e19, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572019000100402&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mai. 2021.

BRASI, Ministério da saúde. Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: **Cadernos de Atenção Básica, nº 41**, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, pág. 13-14, 2018. Disponível em: https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/cadernos_da_atencao_basica_41_saude_do_trabalhador.pdf Acesso em: 28 ago. 2020.

BRASIL. Arquivo Nacional. Resolução nº 580, de 22 de março de 2018. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 55, mar.2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/31546309/do1-2018-07-16-resolucao-n-580-de-22-de-marco-de-2018-31546295. Acesso em: 24 set.2020.

BRASÍLIA. Assembleia Legislativa. Projeto de Lei Complementar 2295. Altera a Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=17915>. Texto original. Acesso em: 17 set. 2021.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista- A Degradação do Trabalho no Século XX**. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. 3º ed. Editora Guanabara. 2018. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2018/08/Trabalho-e-For%C3%A7a-de-Trabalho.-Harry-Braverman.pdf>. Acesso em: 16 set.2021.

BREILH, J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. In: **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. 1ª edição: 2006. P. 317-317. 2015.

CAMILLES, L. V. Impacto do distanciamento físico devido à pandemia de COVID-19 sobre aspectos motores e não motores de indivíduos com acidente vascular encefálico. Marília: Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Filosofia e Ciências, 2021. 72 p. (trabalho de conclusão de curso). Disponível em: http://www2.unemat.br/revistafaed/content/vol/vol_28/Faed_28.pdf#page%3D129. Acesso em: 07 out.2021.

CAMPOS, M. R. Trabalho, Alienação e Adoecimento Mental: as metamorfoses no mundo do trabalho e seus reflexos na saúde mental dos trabalhadores. **Revista de Políticas Públicas**, v. 21, n. 2, p. 797-812, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3211/321154298013/html/>. Acesso em: 28 set.2021.

CÂNDIDO, C. L. G. Desconstitucionalização – Que palavrão é esse trazido pela Reforma da Previdência? (Brasil), 2020. Disponível em: <http://www.lbs.adv.br/pdf/artigos/5198968567d705037c0540c6705df4bce3915714.pdf>. Acesso em: 15 dez 2021.

CARRAPATO, J. F.L; CASTANHEIRA, E. R. L; PLACIDELI, N. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. **Saúde e Sociedade [online]**. 2018, v. 27, n. 2, pp. 518-530. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170012>>. Acesso em: 24 set.2021.

CASTILHO, L.X de; ESTEVES, J.T. A duração do trabalho e os três espíritos do capitalismo. **Revista Direito e Práxis [online]**. 2019, v. 10, n. 4. pp. 2512-2539. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2019/36036>. Acesso em: 17 set.2021.

CAVATORTA, M. G; CALDANA, N. F. da S; CAMPANHA, T. G. Relações Fronteiriças entre Foz Do Iguaçu, Ciudad del Este e Puerto Iguazu: Aspectos Políticos, Econômicos e Sociais que Promovem a Integração. *Geographia Opportuno Tempore*, v.

3, n. 1, p. 220-233, 2017. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/Geographia/article/view/31851>. Acesso em: 20 out.2020.

CHAGAS, A. M. R.; SALIM, C. A.; SERVO, L. M. S. **Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores**. 1. ed. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: http://ftp.medicina.ufmg.br/osat/biblioteca-outros/2017/livro_saudenotrabalho.pdf. Acesso em: 06 jul. 2020.

CHAUI, M. **Convite à Filosofia**. 13. ed. São Paulo: Ática, 2009. 425 p.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. Trad. de Adail Sobral. Petrópolis: Vozes, 2006.

CLOT, Y. **Clínica do trabalho e clínica da atividade. Clínicas do trabalho: novas perspectivas para a compreensão do trabalho na atualidade**, 2011.

CLOT, Y. **O ofício como operador de saúde**. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, v. 16, n. spe1, p. 1-11, 2013.

CLOT, Y. **Trabalho e poder de agir**/ Yves Clot; Trad. de Guilherme João de Freitas Teixeira e Marlene Machado Zica Vianna. Belo Horizonte: Fafrefactum, 2010.

CLOT, Y; KOSTULSKI, K. Intervening for transforming: The horizon of action in the Clinic of Activity. **Theory & Psychology**, v. 21, n. 5, p. 681-696, 2011.

COFEN atribui queda à cobertura vacinal; sudeste teve um óbito em abril, menor índice, desde o início da pandemia. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. 4 de maio.2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/mortes-entre-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19-cai-71-em-abril_86775.html. Acesso em: 06 out.2021.

Cofen registra 10 mil casos suspeitos de COVID-19 entre profissionais de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. 6 maio 2020. Disponível em: Disponível em: » http://www.cofen.gov.br/cofen-registra-10-mil-casos-de-covid-19-entre-profissionais-deenfermagem_79551.html#:~:text=Cofen%20registra%2010%20mil%20casos%20de%20COVID%2D19%20entre%20profissionais%20de%20Enfermagem,-Observat%C3%B3rio%20da%20Enfermagem&text=O%20Comit%C3%AA%20Gestor%20de%20Crise,COVID%2D19%20entre%20os%20profissionais. Acesso em: 06 out. 2021.

COREN. **Parecer técnico Cofen- DF n° 05/2011**. Disponível em: <https://www.coren-df.gov.br/site/no-0052011/>. Acesso em: 16 set. 2021.

COREN-PE. Parecer Técnico n° 037/2016. Disponível em: http://www.coren-pe.gov.br/novo/parecer-tecnico-coren-pe-no-0372016_7783.html. Acesso em: 05 out. 2021.

COSTA, C. O da; et al. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]**. 2019, v. 68, n. 2. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>>. Acesso em: 15 dez 2021.

DA COSTA; et al. Domínio de idiomas estrangeiros por enfermeiros que atuam em serviços de urgência e emergência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/acer/Downloads/800-4471-1-PB.pdf>. Acesso em: 04 out. 2021.

DAL'BOSCO, E. B; et al. A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, supl. 2, e20200434, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001400153&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2021

D'ÁVILA, L. I; et al. Processo patológico do transtorno de ansiedade segundo a literatura digital disponível em português-revisão integrativa. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 155-168, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/6098/609864608012/609864608012.pdf>. Acesso em: 04 out.2021.

DE ALMEIDA, José Luís Vieira. **Tá na rua: representações da prática dos educadores de rua**. Xamã, 2001. p. 73-169.

DE MENDONÇA, T. G. L; et al. Análise da saúde psíquica nos profissionais da saúde em tempos de Covid-19. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, v. 4, n. 4, pág. 14652-14665, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/acer/Downloads/32452-82938-1-PB.pdf>. Acesso em: 07 out.2021.

DE OLIVEIRA MENEZES, S. K. Lazer e saúde mental em tempos de covid-19. **LICERE-Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer**, v. 24, n. 1, p. 408-446, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/licere/article/view/31341>. Acesso em: 12 out.2021.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho: estudo de Psicopatologia do Trabalho**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2015.

DEJOURS, C. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1993. _____
Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. **Por um trabalho, fator de equilíbrio**. RAE. São Paulo, v. 33, n. 3, p.98-104, maio/jun. 1993.

DELFINI, G; TOLEDO, V. P; GARCIA, A. P. R. Processo de trabalho da equipe de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP, [online]**. 2021, v. 55, e03775. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020044403775>>. Acesso em:04 out.2021.

DEL'OLMO, F de S; CERVI, T. M. D. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Sequência (Florianópolis)**, Florianópolis, n. 77, pág. 197-220, dezembro de 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-70552017000300197&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mai. 2021.

DUARTE, M de L. C; GLANZNER, C. H; PEREIRA, L. P. O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem [online]**. 2018, v. 39 e2017-0255. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0255>>. Acesso em: 28 set.2021.

DUARTE, M. de L. C; SILVA, D. G. da; BAGATINI, M. M. C. Enfermagem e saúde mental: uma reflexão em meio à pandemia de coronavírus. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 42, n. spe, e20200140, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472021000200701&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mai. 2021.

ENGELS, F; MARX, K. **A ideologia alemã**. Trad. de Rubens Enderle, Nélcio Schneider e Luciano Cavini Martorano. São Paulo: Boitempo, 2007.

Entrevista: Yves Clot. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 99-107, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172006000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 mai. 2021.

FABRIZ, Luciana Aparecida. Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras entre o Brasil e o Paraguai, no Estado do Paraná: um estudo avaliativo. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.161 p. (Tese, Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública).

FAGUNDES, H. S; et al. Saúde na linha de fronteira Brasil-Uruguai: pactos e protagonismos dos atores locais. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 293-304. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802018000200293&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2021.

FARIA, R. M. de. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4521-4530, nov. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001104521&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 mai. 2021.

FEITOSA, T. V. N; MARTINS, W; JAQUEIRA, M. O Acesso à Saúde em Região Fronteira: A Tríplice Fronteira Argentina, Brasil e Paraguai em meio à Pandemia do Coronavírus. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, v. 4, n. 11, p. 28-41, 2020. DOI: 10.5281/zenodo.4158985. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/30>. Acesso em: 24 mai.2021.

FERNANDES, M.A; et al. Prevalence of anxiety disorders as a cause of workers' absence. **Rev Bras Enferm [online]**. 2018;71(Suppl 5):2213-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0953>. Acesso em: 15 dez. 2021.

FERREIRA, C. M. P. G; MARIANI, M. A. P; BRATICEVIC, S.I. As múltiplas fronteiras presentes no atendimento à saúde do estrangeiro em Corumbá, Brasil. **Saúde soc.** vol.24 no.4 São Paulo Out./Dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902015000401137&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2020.

FILIPPON, J. G; KANTORSKI, L. P; SAEKI, T. Democracia e conquista: Saúde Mental como política pública municipal. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]*. 2015, v. 25, n. 1, pp. 187-208. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100011>. Acesso em: 26 mai.2021.

FOLHA DE S. PAULO. Caixa barra pagamento de auxílio emergencial a imigrantes. São Paulo, 2020. Disponível em: » <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/05/caixa-barra-pagamento-de-auxilio-emergencial-a-imigrantes.shtml>. Acesso em: 25 mai. 2021.

FUSCH, P.I. NESS, L. R. Are We There Yet? Data Saturation in Qualitative Research. **Qual Report [online]**. 1408-16. 2016. Disponível em: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR20/9/fusch1.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2020.

GAINO, L. V; SOUZA, J. de; CIRINEU, C. T.; TULIMOSKY, T. D. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/149449>>. Acesso em: 25 mai. 2021.

GARBOIS, J. A; SODRE, F; DALBELLO-ARAÚJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, Mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100063&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2021.

GARCIA, E. A Proposta de Reforma da Previdência de 2019: o que se diz e o que realmente é. (Brasil). 2019. Disponível em: <<https://www.conamp.org.br/pt/item/2386-a-proposta-de-reforma-da-previdencia-de2019-o-que-se-diz-e-o-que-realmente-e.html>>. Acesso em: 15 dez. 2021.

GIOVANELLA, L; et al. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S251-S266, 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mai. 2021.

GIOVANELLA, L; FRANCO, C. M; ALMEIDA, P. F de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2020, v. 25, n. 4, pp.

1475-1482. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em: 25 mai.2021.

GIUPPONI, L. Combate à Psicofobia: A Conscientização do Preconceito Através de Testemunhos e Emoções. Intercom – **Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação 43º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – VIRTUAL – 1º a 10/12/2020**. Disponível em: <https://portalintercom.org.br/anais/nacional2020/resumos/R15-1682-1.pdf>. Acesso em: 01 fev.2022.

GOMES, G. A. O; et al. Barreiras para prática de atividade física entre mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Porto Alegre, v. 41, n. 3, p. 263-270, sept. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.04.007>> Acesso em: 12 out. 2021.

GOMEZ, C. M; VASCONCELLOS, L. C. F. de; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601963&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mai. 2021.

GONDIM, G. M. de M; et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. **Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz**, p. 237-255, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000600008>. Acesso em: 26 mai.2021.

GOUVEIA, L. H de A; RIBEIRO, V.F; CARVALHO, R de. Satisfação profissional de enfermeiros que atuam no bloco cirúrgico de um hospital de excelência. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 33-41, abr. 2020. ISSN 2358-2871. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/574>>. Acesso em: 16 set. 2021.

GRILLO, P. D. P. Absenteísmo em profissionais da área de enfermagem: causas mais frequentes—uma revisão da bibliografia atual. **Rev Sau Era**, v. 2, n. 1, p. 15-20, 2019. Disponível em: https://www2.fab.mil.br/dirs/phocadownload/revista2/Artigo_Original.pdf. Acesso em: 17 set.2021.

HORTELAN, M. dos S; et al. Papel do gestor de saúde pública em região de fronteira: scoping review. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 32, n. 2, p. 229-236. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000200229&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jan. 2021.

IAMAMOTO, M.V. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche – capital financeiro, trabalho e questão social**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Censo Demográfico (IBGE), 2019. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/ibge-atualiza-relacao-dos-municipios-de-fronteira>. Acesso em: 15 fev. 2020.

IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Foz do Iguaçu - PR - IBGE Cidades, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/foz-do-iguacu/panorama>. Acesso em: 21 mar.2022.

IENSUE, G. MERCOSUL: análise dos custos e benefícios no primeiro quartel de século da integração. *RSTPR*, Asunción, v. 4, n. 8, p. 177-208. 2016. Disponível em: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230478872016000800177&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2020.

JACQUES, M. da G. O nexó causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia. **Psicologia & Sociedade [online]**. 2007, v. 19, n. spe, pp. 112-119. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000400015>>. Acesso em: 21 mar.2022.

JUNQUEIRA, M. A de B; et al. Depressive symptoms and drug use among nursing staff professionals. **Escola Anna Nery [online]**. 2018, v. 22, n. 4 e20180129. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0129>. Acesso em: 17 set.2021.

JUSTI, A; WURMEISTER, F; VIANNA, J. Vereadores de Foz do Iguaçu presos recebiam 'mensalinho', afirma PF. Investigações apontam que o dinheiro era pago em troca de apoio político. Suspeitos são investigados ainda por indicações para cargos na Prefeitura. Disponível em: <http://g1.globo.com/pr/oeste-sudoeste/noticia/2016/12/vereadores-de-foz-do-iguacu-presos-recebiam-mensalinho-afirma-pf.html>. Acesso em: 16 nov. 2021.

KAHHALE, E. M. P; ESPER, E. M. B. Novas possibilidades metodológicas: a quebra dos paradigmas qualitativo e quantitativo em psicologia. **Psicologia & Sociedade [online]**. 2014, v. 26, n. spe2, pp. 70-83. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000600008>>. Acesso em: 26 mai.2021.

KLEINSCHMITT, S. C; AZEVEDO, P. R; CARDIN, E. G. A tríplice fronteira internacional entre Brasil, Paraguai e Argentina: contexto histórico, econômico e social de um espaço conhecido pela violência e pelas práticas ilegais. **Unbral Fronteiras**, 2013. Disponível em: <http://unbral.nuvem.ufrgs.br/base/items/show/2369>. Acesso em: 20 out.2020.

LAGE, C. E. B; ALVES, M da S. (Des) valorização da Enfermagem: implicações no cotidiano do Enfermeiro. **Enfermagem em foco**, v. 7, n. 3/4, p. 12-16, 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/908>. Acesso em: 17 set.2021.

LANCMAN, S. et al. Intersetorialidade na saúde do trabalhador: velhas questões, novas perspectivas? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 4033-4044. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001004033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jan. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202510.27572018>.

LA-ROTTA, E; et al. Nomeação e Institucionalização as Saúde do Trabalhador: Um Campo em Disputa. **Trabalho em Educação em Saúde**, Rio de Janeiro, 2018.

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S198177462019000200504&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 20 de janeiro de 2020.

LEITE, A. C; et al. Estratégias e desafios na manutenção da saúde mental dos profissionais de enfermagem no contexto da pandemia de Covid-19. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 7, pág. e40510716417, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16417>. Acesso em: 07 out. 2021.

LIMA, F. P. de; BLANK, V. L. G; MENEGON, F. A. Prevalência de Transtorno Mental e Comportamental em Polícias Militares/SC, em Licença para Tratamento de Saúde. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 3, p. 824-840, Sept. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000300824&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2021.

LIMA, L.; TOSO, B. Acesso a atenção primária no tríplice fronteira sob a ótica do brasileiro não residente no país. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, n. 1, p. 13-20, 16 jul. 2019. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/213/43>. Acesso em: 01 fev.2022.

LIMA, M. E. A. Contribuições da Clínica da Atividade para o campo da segurança no trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [online]**. 2007, v. 32, n. 115. pp. 99-107. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572007000100009>. Acesso em: 20 set.2021.

LIMA, M. E. A. Trabalho e poder de agir. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [online]**. 2011, v. 36, n. 123, pp. 150-152. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000100015>>. Acesso em: 25 mai. 2021.

LONGAREZI, A. M. Gênese e constituição da Obutchénie Desenvolvimental: expressão da produção singular-particular-universal enquanto campo de tensão contraditória. **Educação (UFSM)**, v. 45, p. 98-1-31, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reeducacao/article/view/48103>. Acesso em: 13 set.2021.

LOPES, H. L; et al. Atuação do psicólogo em saúde do trabalhador na perspectiva psicossociológica. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 72-81, Apr. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922020000100072&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mai. 2021.

MACAMBIRA, D.D.C.B; TEIXEIRA, S. M. A saúde mental do trabalhador na era do capitalismo monopolista. **VIII Jornada Internacional políticas públicas**, p. 12, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo2/asaudementaldotrabalhadornaeradocapitalismomonopolista.pdf>. Acesso em: 28 set.2021.

MACHADO, C. V. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro vol. 23, n. 7.

2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.08362018>. Acesso em: 09 out.2020.

MAGALHÃES, L. P. M; RONCONI, L; DE OLIVEIRA ASSIS, G. A gestão pública da Covid-19 nas fronteiras brasileiras. O caso do município de Foz do Iguaçu. **Simbiótica. Revista Eletrônica**, v. 8, n. 2, p. 67-91, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/simbiotica/article/view/36379>. Acesso em: 12 out. 2021.

MARX K. **O capital: crítica da economia política**. Livro I. 30ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Civilização Brasileira; 2012.

MARX, K. **Manuscritos Económico-filosóficos de 1844**. São Paulo: Boitempo, 2008.

MARX, K. **O Capital**, V.I. Tomo I. Coleção Os Economistas. Trad. Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo – SP, Abril Cultural, 1978.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**, livro 1, vol. 2: O processo de produção do capital, São Paulo: Civilização Brasileira, 2009.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. Livro primeiro, Tomo I. Tradução Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo, ed: Abril Cultural, 1983.

MARX, K. **Trabalho alienado**. Manuscritos econômicos-filosóficos. A. Martins, Trad, pp. 110-122. São Paulo: Martin Claret. 2004 (Original publicado em 1844).

MARX, Karl. **Trabalho assalariado e capital. Salário, preço e lucro**. Publicações Escorpião, 1975.

MASSON, G. A categoria da particularidade como mediação para a produção do conhecimento: contribuições de György Lukács. **Cadernos do GPOSSHE [online]**. [S. l.], v. 1, n. 1, p. 29–48, 2018. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/CadernosdoGPOSSHE/article/view/487>. Acesso em: 13 set. 2021.

MEDEIROS, S. Bases Epistemológicas do Positivismo e do Materialismo Dialético: Notas para Reflexão. **Itinerarius Reflectionis**, v. 6, n. 2, 9 mar. 2011. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/rir/article/view/20360/19207>. Acesso em: 07 setem.2020.

MELLO, F de; VICTORA, C. G; GONCALVES, H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro Materno Infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2135-2145, July 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702135&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 mai. 2021.

MELLO, I. A. P de; et al. Adoecimento dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família em município da região Centro-Oeste do Brasil. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, e0024390, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000200501&lng=en&nrm=iso>. Aceso em: 13 mai. 2021.

MENDES, R; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública [online]**. 1991, v. 25, n. 5 pp. 341-349. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101991000500003>>. Acesso em: 07 setem.2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Profissionais do SUS já podem contar com suporte psicológico [Internet]. Brasília; 2020. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46906-profissionais-do-sus-ja-podem-contar-com-suporte-psicologico>. Acesso em: 25 mai.2021.

MIRANDA, F. B. G; et al. Sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem durante a pandemia da COVID-19: Scoping Review. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. spe, e20200363, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000500301&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2021.

MIRANDA, V. G de O. Os impactos da desconstitucionalização do regime geral de previdência social. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, 2020. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/87086>. Acesso em: 15 dez. 2021.

MOCHIZUKE, K.C. Influência do atendimento em saúde à estratégia em uma cidade fronteira brasileira. ISSN 2526-1010.2017. 2(1): 241-253. Disponível em: <http://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1824>. Acesso em: 24 mai.2021.

MOURA, E. D. de. Território, Fronteira e Coneccidade: Um Olhar para a Fronteira Franco-Brasileira. **Revista da Casa da Geografia de Sobral (RCGS)**, v. 22, n. 3, p. 143-161, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.35701/rcgs.v22n3.724>. Acesso em: 06 jan. 2021.

NASCIMENTO, L. de C. N; et al. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 71, n. 1, p. 228-233, Feb. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100228&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2020.

NETO, T. E; ROCHA, T. A saúde e as fronteiras no âmbito da integração regional: uma análise do Sis-Fronteiras nas cidades de Ponta Porã e Pedro Juan Caballero (2005-2014). **Revista MERCOSUR de Políticas Sociais**, v. 4, p. 29-54, 2020. Disponível em: <http://revista.ismercosur.org/index.php/revista/article/view/117/62>. Acesso em: 28 set. 2021.

NETTO, J. P; BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. v. 1. Coleção Biblioteca Básica de Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2006.

NORA, C. R. D; BEGHETTO, M. G. Desafios da segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão de escopo. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. 2020, v. 73, n. 5 e20190209. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0209>. Acesso em: 01 fev. 2022.

NUNCIARONI, A. T; et al. New Coronavirus: (Re)thinking the care process in Primary Health and Nursing. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. 2020, v. 73, suppl 2, e20200256. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0256>. Acesso em: 25 mai.2021.

OLIVEIRA, A. A. S. de.; BASTOS, J. A. Saúde mental e trabalho: descrição da produção acadêmica no contexto da pós-graduação brasileira. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172014000300007. Acesso em 24 de setembro de 2019.

OLIVEIRA, J. F de; et al. Satisfação profissional e sobrecarga de trabalho de enfermeiros da área de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2019, v. 24, n. 7, pp. 2593-2599. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/141381232018247.20252017>>. Acesso em: 05 out.2021.

OLIVEIRA, R.F. DE; LIMA, G.G. DE; VILELA, G. DE S. Incidência da Síndrome de Burnout nos Profissionais de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. **Rev. de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/pc/Downloads/1383-7656-1-PB.pdf>. Acesso em: 04 abril. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Disponível em: www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>. Acesso em: 06 ago. 2020.

ORTEGA, F; BEHAGUE, D. O que a medicina social latino-americana pode contribuir para os debates globais sobre as políticas da Covid-19: lições do Brasil. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, e300205, 2020. Disponível em: https://www.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2020/04/physis30_2_a05.pdf. Acesso em: 25 mai. 2021.

PASQUALINI, J.C; MARTINS, L. M. Dialética Singular-Particular-Universal: Implicações do Método Materialista Dialético para a Psicologia. **Psicologia & Sociedade [online]**. 2015, v. 27, n. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p362>>. Acesso em: 13 set. 2021.

PEREIRA, A. C. C; et al. O agravamento dos transtornos de ansiedade em profissionais de saúde no contexto da pandemia da COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 4094-4110, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/25537/20337>. Acesso em: 15 dez. 2021.

PEREIRA, L.C de A. Perseguição Política aplicada ao Servidor Público. **Jusbrasil**, 2016. Disponível em: <https://lcdeaquino50.jusbrasil.com.br/artigos/305482639/perseguiacao-politica-aplicada-ao-servidor-publico>. Acesso em: 20 set.2021.

PINHEIRO, F. P. H. A; et al. Clínica da Atividade: conceitos e fundamentos teóricos. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 3, p. 110-124, dez. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672016000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 mai. 2021.

PIOVESAN, A; TEMPORINI, R. apud THEODORSON, G. A; THEODORSON, A. G. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública, 1995. **Sítio Scielo Public Health**. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489101995000400010&script=sciarttext&tlng=>>> Acesso em: 14 set. 2019.

POMBO, M. F. Medicalização do sofrimento na cultura terapêutica: vulnerabilidade e normalidade inalcançável. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 11, n. 1, 2017. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1235/2098>. Acesso em: 28 set.2021.

PRADO, A. D; et al. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 46, p. e4128-e4128, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/29539/1/Sa%c3%badeMentalProfissionais.pdf>. Acesso em: 07 out.2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU, 2019. Disponível em: [file:///C:/Users/pc/Downloads/RAG%202019%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/pc/Downloads/RAG%202019%20(1).pdf). Acesso em: 01 abr. 2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOZ DO IGUAÇU, 2020. Disponível em: <http://www2.mppr.mp.br/cid/foziguacu.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2020.

QUADROS, L. de C. M de; et al. Transtornos mentais comuns e fatores contemporâneos: coorte de nascimentos de 1982. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 1, e20180162, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000100168&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2021.

RAMOS-TOESCHER, A. M; et al. Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio. **Escola Anna Nery [online]**. 2020, v. 24, n. spe, e20200276. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0276>. Acesso em: 25 mai.2021.

RAMPAZZO, L. **Metodologia Científica para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

Resolução COFEN nº 634, de 26 de março de 2020 (BR). Autoriza e normatiza a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo

coronavírus (Sars-Cov-2). Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 27 mar 2020 [citado 2020 Jun 28]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html. Acesso em: 25 mai.2021.

ROCHA, C. T. M. da; AMADOR, F. S. A respeito do conceito de experiência na clínica da atividade. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei, v. 13, n. 2, p. 1-15, ago. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082018000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 mai. 2021.

ROCHA, G. S de A; et al. Feelings of pleasure of nurses working in primary care. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. 2019, v. 72, n. 4. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0518>>. Acesso em: 19 nov. 2021.

RODRIGUES, I de A; CAVALCANTE, J. R; FAERSTEIN, E. Pandemia de Covid-19 e a saúde dos refugiados no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. 2020, v. 30, n. 03, e300306. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300306>>. Acesso em: 25 mai. 2021.

ROTOLI, A; et al. Saúde mental na Atenção Primária: desafios para a resolutividade das ações. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, e20180303, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452019000200209&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mai. 2021.

RUCKERT, A. A. Usos do território e políticas territoriais contemporâneas: alguns cenários no Brasil, União Europeia e Mercosul. **Revista de Geopolítica**, v. 1, n. 1, p. 17-32, 2016. Disponível em: <http://revistageopolitica.com.br/index.php/revistageopolitica/article/viewFile/1/3>. Acesso em: 15 out.2020.

SAMPAIO, J.R. **Psicologia do trabalho em três faces**. Em: I. B. Goulart & J. R. Sampaio (org.) *Psicologia do trabalho e gestão de recursos humanos: Estudos contemporâneos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998, p. 19-40. Disponível em: <https://xdocs.com.br/doc/texto-1-sampaio-jr-versao-digitalizada-3285031p0mnx>. Acesso em: 21 mar. 2022.

SANTOS, G. de B. V. dos; et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00236318, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001305008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jan. 2021.

SANTOS, T. A dos; et al. O Materialismo Dialético e a Análise de Dados Quantitativos. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**. 2018, v. 27, n. 4, e0480017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000480017>. Acesso em: 26 mai.2021.

SANTOS-MELO, G. Z dos; et al. Integração em saúde: cooperação na tríplice fronteira internacional amazônica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, 05, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100203&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 mai. 2021.

SARAIVA, R. STF reconhece Covid como acidente de trabalho. Agora São Paulo [online]. 4 maio 2020. Disponível em: <https://agora.folha.uol.com.br/grana/2020/05/stf-reconhece-covid-como-acidente-de-trabalho.shtml>. Acesso em: 06 out. 2021.

SILVA, A.T.C. Esgotamento profissional e depressão em profissionais da estratégia saúde da família no município de São Paulo. Dissertação de mestrado do programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2015.

SILVA, L. S; et al. Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [online]**. 2020, v. 45, e24. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-6369000014520>>. Acesso em: 06 out. 2021.

SILVA, M. C. N da; MACHADO, M. H. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2020, v. 25, n. 1. pp. 07-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>. Acesso em: 17 set.2021.

SILVA, M. P DA; BERNARDO, M. H; SOUZA, H. A. Relação entre saúde mental e trabalho: a concepção de sindicalistas e possíveis formas de enfrentamento. **Rev. bras. saúde ocup**, São Paulo, v. 41, e23, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100214&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2019.

SILVA, S. A. G. J. Dificuldades no atendimento a pacientes estrangeiros em Roraima: Na perspectiva da saúde do trabalhador. 2017. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://www.repositorio-bc.unirio.br:8080/xmlui/bitstream/handle/unirio/10913/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20CAPA%20DURA.pdf?sequence=1>. Acesso em: 04 out.2021.

SILVA-SOBRINHO, R. A; et al. Enfrentamento da COVID-19 em região de fronteira internacional: saúde e economia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, e3398, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692021000100305&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2021.

SIQUEIRA, M. V. S; DIAS, C. A; MEDEIROS, B. N. *Loneliness and Contemporary Work: Multiple Perspectives of Analysis*. **Ram. Revista de Administração Mackenzie [online]**. 2019, v. 20, n. 2. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1678-6971/eRAMG190058>>. Acesso em: 16 set.2021.

SOUSA, Y. G de; et al. Desenvolvimento de cargas psíquicas relacionadas ao trabalho da enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 74, supl. 3, e20200114, 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672021001000203&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 mai. 2021.

SOUZA, A. D da S; QUEIRÓZ, M. de F. F de. Percepção dos trabalhadores inseridos na reabilitação profissional do Instituto Nacional do Seguro Social: a organização do trabalho adoecido? **Saúde em Debate [online]**, v. 42, n. 116. pp. 100-112.2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811608>>. Acesso em: 06 jan.2021.

SOUZA, H. A; BERNARDO, M. H. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 44, e26, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572019000100302&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mai. 2021.

SOUZA, J. G de; ALVES, W. R. **A Geografia e o Materialismo Histórico Dialético**. Terra Livre, v. 1, n. 54, p. 923-961, 2020.

SOUZA, L. P; et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 18, p. 59-66, 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602017000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 jul. 2020.

SOUZA, N. V. D de O; et al. *Neoliberalist influences on nursing hospital work process and organization*. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. 2017, v. 70, n. 5. pp. 912-919. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0092>>. Acesso em: 21 set.2021.

SOUZA, N. V. D. de O; et al. O trabalho da enfermagem na pandemia do COVID-19 e suas repercussões na saúde mental do trabalhador. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 42, n. spe, e20200225, 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472021000200703&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez.2020.

STRADA, Cinthya de Fátima Oliveira. Organização dos atendimentos de saúde aos estrangeiros de um município da tríplce fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina): uma Análise da Política. Foz do Iguaçu: Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política (ILAESP) Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento (PPGPPD), Foz do Iguaçu, PR, 2018. 112 f: il. (Dissertação, Mestrado- em Políticas Públicas e Desenvolvimento).

SULLIVAN, A.B; et al. The COVID-19 crisis: a mental health perspective and response using telemedicine. *J Patient Exp*. 2020;7(3):295-301. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/2374373520922747>. Acesso em: 25 mai.2021.

TEIXEIRA, C. F de S; et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**.2020. v. 25, n. 9, pp. 3465-3474. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>>. Acesso em: 07 out.2021.

TIARA, T. C. S; OLIVEIRA, N. A de; CASTRO, J. G. D. Afastamentos por transtornos mentais de servidores públicos de uma instituição federal de ensino. **Revista CEREUS**,

v. 13, n. 1, p. 138-155, 1 abr. 2021. Disponível em:
<http://www.ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/3349/1758>. Acesso em: 15 dez.2021.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. Disponível em:
<https://revista.fct.unesp.br/index.php/formacao/article/view/2335/2316>. Acesso em: 13 jun. 2020.

UNITED NATIONS. Policy brief: Covid-19 and the need for action on mental health [Internet]. 2020 [citado 2020 Jun 28]. Disponível em:
https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf. Acesso em: 25 mai.2021.

VIAPIANA, V.N; GOMES, R.M; ALBUQUERQUE, G.S.D de. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde em Debate [online]**. 2018, v. 42, n. spe4, pp. 175-186. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S414>>. Acesso em: 28 set.2021.

VITORINO, C. A; VITORINO, W. R. M. Xenofobia: Política de Exclusões e de Discriminações. **Revista Pensamento Jurídico**, v. 12, n. 2, 2018. Disponível em:
<https://fadisp.com.br/revista/ojs/index.php/pensamentojuridico/article/view/140/180>. Acesso em: 01 fev.2022.

WAISSMANN, W. A “cultura de limites” e a desconstrução médica das relações entre saúde e trabalho. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

ZASLAVSKY, R; GOULART, B. N. G. de. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 3981-3986, Dec. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.03522016>. Acesso em: 08 out.2020.

PÊNDICE I

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

PERGUNTAS RELACIONADAS AO AMBIENTE DE TRABALHO

1. Nome:
2. Idade:
3. Profissão:
4. Ha quanto tempo mora em Foz do Iguaçu?
5. Aonde você trabalha?
6. Tipo de vínculo de trabalho (concurso, contrato temporário)
7. Possui mais de um vínculo trabalhista?
8. Desde de quando está afastada do local de trabalho?
9. O que acha que desencadeou ou contribuiu para o adoecimento?
10. Como se sentiu ao perceber-se doente?
11. Onde buscou ajuda para verificar sua saúde mental?
12. Como foi tratada?
13. Como gostaria que tivesse sido?
14. Após seu adoecimento, a busca por utilização de serviços de saúde aumentou?
15. No trabalho, qual é a função que exerce?
16. Há quanto tempo trabalha nessa atividade ou ocupação?
17. Para você, existe em seu local de trabalho excesso de demandas profissionais, ritmo acelerado de trabalho, intensidade, cobrança por resultados?
18. você sente que tem controle sobre seu trabalho, sobre as atividades que você tem que desempenhar no dia a dia?
19. Quantas horas você trabalha?
 20. Você faz ou já fez horas-extras?
21. Você trabalha ou já trabalhou em mais de um turno?
22. A renda que você possui, vem de um único emprego ou você precisa trabalhar em outros lugares para aumentar sua renda?
23. A comunicação de informações necessárias sobre os fluxos de trabalho, acontece de que forma em seu local de trabalho? (ex: reuniões).
24. Você se sente seguro e protegido no seu local de trabalho?
25. O que você gostaria que mudasse?
26. No seu local de trabalho o que lhe causa pressão, tensão?
27. Sente desgaste relacionado ao trabalho?
28. Para você, o que poderia recuperar este desgaste?
29. Quais são as dificuldades que você tem em seu dia a dia de trabalho?
30. Pode me descrever um dia comum de trabalho?
31. Para você o que é ser um servidor Público?
32. A burocratização existente no serviço público, possibilita que exista a falta de flexibilidade para que o servidor utilize de sua criatividade no trabalho?
33. Quando ocorre as mudanças no local de trabalho, essas mudanças contam com a opinião dos trabalhadores?
34. 34.As mudanças na gestão do município, geram preocupação, insegurança, angustia e estresse no trabalhador?

PERGUNTAS RELACIONADAS AO FATOR PSICOLOGICO

1. Sente ou já sentiu algum sentimento negativo relacionado ao seu trabalho?
2. Você possui alguma experiência negativa vivenciada no trabalho?
3. De um modo geral, você está satisfeito com seu trabalho?
4. Se pudesse, mudaria de profissão?
5. Você está satisfeito com seu salário?
6. O que o incomoda (em relação a que)?
7. Como é o relacionamento interpessoal entre as equipes, gestores e usuários?
8. Você se sente valorizado no seu trabalho?
9. Você se sente motivado com seu trabalho?
10. No seu trabalho, existe uma alta demanda psicológica? (ex: estressor, tenso, angustiante, confortável, acolhedor).
11. O que você faz para lidar com as tensões diárias?
12. De que forma você acha que seu trabalho influencia no seu estado de saúde?
13. Você conhece outros(as) trabalhadores(as) colegas, com queixas ou adoecimento semelhantes ao seu?
14. Se tivesse oportunidade, mudaria de local de trabalho? Por que?

PERGUNTAS RELACIONADAS AO FLUXO DE ATENDIMENTO A ESTRANGEIROS

1. No seu trabalho, como é o fluxo de estrangeiro?
2. Como é realizado o atendimento a estrangeiros?
3. Existe alguma dificuldade para o atendimento de estrangeiro em seu local de trabalho?
4. Como você se sente em relação ao atendimento a estrangeiros?
5. Você sentiu ou já sentiu dificuldade para realizar o atendimento? Quais?
6. Para você, o atendimento a estrangeiros é estressante? Porque...
7. Já passou por algum tipo de constrangimento ao atender um estrangeiro? (comunicação, vergonha, dificuldades)
8. O fato de trabalhar na saúde, em um município de fronteira, tem relação com seu adoecimento?
9. Você já trabalhou na saúde em outro município que não fosse região de fronteira? Ao seu ver, o que é diferente?
10. Por trabalhar na saúde em região de fronteira, você já participou de cursos de capacitação ou treinamento para atender estrangeiros?
11. Para você, a frequência desses cursos é satisfatória?
12. O que você sugeriria como mudanças para melhorar o trabalho e o atendimento a estrangeiros na saúde?

PERGUNTAS RELACIONADAS A COVID-19

1. Você estava trabalhando durante a pandemia da coronavírus?
2. Durante a pandemia, como estavam as condições de trabalho?
3. O que mudou com a chegada da pandemia no município na sua rotina de trabalho?
4. Para você, a região de fronteira vivenciou a pandemia de forma diferente em relação ao restante do mundo? Como?
5. Com a crise causada pela pandemia, ocorreu aumento de carga de trabalho? Teve que realizar horas extras?

6. Ocorreu no trabalho desvio de funções durante a pandemia? Como você percebeu essa situação?
7. Como ocorreram as informações e atualizações de informações sobre a COVID-19 no local de trabalho? (gerente, gestão)
8. Como os trabalhadores buscavam informações sobre a COVID-19?
9. Como você se sentia a cada informação a respeito da COVID-19?
10. O que você sentiu no início da pandemia sobre seu trabalho, família, mundo?
11. Como você percebe hoje a situação da pandemia?

APÊNDICE II

PLANILHA DE DADOS QUANTITATIVOS

Servidor	Sexo	Idade	cargo/função	Vínculo Empregatício	Atestados (dias)	Período inicial - atestado	Período final - atestado	Afastamento (dias)	Período inicial - Licença	Período final - Licença	CID-10 [F00 - F99]	Distritos sanitários	Unidade Básica de Saúde- USF/UBS
1	F	57	Enfermeiro	Estatutário	10	18/12/2019	27/12/2019				F412		SMSA - UBS VILA YOLANDA
2	F	57	Enfermeiro	Estatutário	5	20/01/2020	24/01/2020				F412		SMSA - UBS VILA YOLANDA
3	F	52	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	13	13/02/2020	25/02/2020				F320		SMSA - BANCO DE LEITE HUMANO
4	F	56	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	2	26/03/2020	27/03/2020				F411		SMSA - UPA DR WALTER CAVALCANTI BARBOSA
5	F	57	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	2	22/09/2020	23/09/2020				F411		SMSA - UPA DR WALTER CAVALCANTI BARBOSA
6	F	46	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	11	24/10/2019	03/11/2019				F320		SMSA - CEMUSA
7	F	46	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	1	04/11/2019	04/11/2019				F320		SMSA - CEMUSA
8	F	51	Enfermeiro	Estatutário	15	14/01/2021	28/01/2021				F321		SMSA - UBS TRES BANDEIRAS
9	F	52	Enfermeiro	Estatutário	12	10/06/2021	21/06/2021				F322		SMSA - UBS TRES BANDEIRAS
10	F	48	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	12	30/10/2020	10/11/2020				F32		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
11	F	48	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	4	09/10/2020	12/10/2020				F411		SMSA - UPA DR WALTER CAVALCANTI BARBOSA
12	F	47	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	10	30/01/2019	08/02/2019				F330		SMSA - UPA DR WALTER CAVALCANTI BARBOSA
13	F	47	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	2	23/02/2019	24/02/2019				F411		SMSA - UPA DR WALTER CAVALCANTI BARBOSA
14	F	48	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	7	17/08/2020	23/08/2020				F411		SMSA - UPA DR WALTER CAVALCANTI BARBOSA
15	F	57	Enfermeiro	Estatutário	15	09/08/2019	23/08/2019				F332		SMSA - UBS PROFILURB II
16	F	51	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	14	07/07/2020	20/07/2020				F431		SMSA - UBS MARIA M PORTINHO - MORUMBI III
17	F	51	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	15	19/07/2019	02/08/2019				F431		SMSA - UBS MARIA M PORTINHO - MORUMBI III
18	F	51	Enfermeiro	Estatutário	5	08/04/2019	12/04/2019				F331		SMSA - UBS CECILIA NEUMANN - VILA ADRIANA
19	M	52	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	5	05/12/2020	09/12/2020				F411		SMSA - SAMU
20	F	60	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	15	17/07/2019	31/07/2019				F310		SMSA - UBS VILA YOLANDA
21	F	51	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	10	12/10/2019	21/10/2019				F322		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
22	F	50	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	1	01/01/2019	01/01/2019				F411		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
23	M	57	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	15	18/06/2020	02/07/2020				F310		SMSA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE (SEDE)
24	F	51	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	15	08/04/2019	22/04/2019				F130		SMSA - UBS 24 HORAS PADRE ITALO
25	F	47	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	1	25/11/2019	25/11/2019				F411		SMSA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE (SEDE)
26	F	52	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	15	15/09/2020	29/09/2020				F321		SMSA - UBS TRES BANDEIRAS
27	F	49	Enfermeiro	Estatutário	13	05/12/2020	17/12/2020				F400		SMSA - UBS JD CURITIBANO
28	F	48	Enfermeiro	Estatutário	15	12/02/2019	26/02/2019				F430		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
29	F	59	Enfermeiro	Estatutário	10	18/02/2020	27/02/2020				F29		SMSA - CAPS I AD
30	F	41	Enfermeiro	Estatutário	15	03/09/2019	17/09/2019				F321		SMSA - UBS TRES LAGOAS
31	F	52	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	15	04/11/2019	18/11/2019				F412		SMSA - PROGRAMA MUL. DST/AIDS/HEPATITE
32	F	42	Enfermeiro	Estatutário	15	09/01/2019	23/01/2019				F33		SMSA - UBS CANDIDA PETERS - OURO VERDE
33	F	41	Enfermeiro	Estatutário	15	13/04/2021	27/04/2021				F412		SMSA - UBS MORUMBI II
34	F	48	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	3	18/03/2020	20/03/2020				F411		SMSA - UBS PROFILURB I
35	F	50	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	5	22/03/2021	26/03/2021				F412		SMSA - UPA DR WALTER CAVALCANTI BARBOSA
36	F	52	Enfermeiro	Estatutário	10	24/02/2021	05/03/2021				F322		SMSA - UBS MARACANÁ
37	F	45	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	5	08/04/2020	12/04/2020				F411		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
38	F	43	Enfermeiro	Estatutário	15	21/10/2019	04/11/2019				F322		SMSA - UBS MARIA M PORTINHO - MORUMBI III
39	F	40	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	15	26/05/2020	09/06/2020				F332		SMSA - UBS PROFILURB II
40	F	41	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	10	05/04/2021	14/04/2021				F332		SMSA - UBS PROFILURB II
41	F	41	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	5	15/04/2021	19/04/2021				F332		SMSA - UBS PROFILURB II
42	F	40	Enfermeiro	Estatutário	3	10/08/2019	12/08/2019				F411		SMSA - CAPS AD VILA YOLANDA
43	F	40	Enfermeiro	Estatutário	12	13/08/2019	24/08/2019				F320		SMSA - CAPS AD VILA YOLANDA
44	F	50	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	14	06/09/2019	19/09/2019				F100		SMSA - CAPS I AD
45	F	52	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	5	14/06/2021	18/06/2021				F411		SMSA - CAPS I AD
46	F	39	Enfermeiro	Estatutário	10	21/08/2019	30/08/2019				F320		SMSA - UBS CIDADE NOVA
47	F	40	Enfermeiro	Estatutário	1	05/04/2021	05/04/2021				F331		SMSA - UBS CIDADE NOVA

48	F	38	Enfermeiro	Estatutário	15	14/05/2021	28/05/2021				F410	SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
49	F	41	Enfermeiro	Estatutário	3	02/09/2020	04/09/2020				F29	SMSA - UBS PARQUE PRESIDENTE
50	M	55	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	8	17/06/2020	24/06/2020				F411	SMSA - SIATE
51	F	40	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	10	22/02/2019	03/03/2019				F322	SMSA - UPA DR WALTER CAVALCANTI BARBOSA
52	F	40	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	5	23/03/2019	27/03/2019				F322	SMSA - UPA DR WALTER CAVALCANTI BARBOSA
53	F	40	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	10	26/07/2019	04/08/2019				F322	SMSA - UPA DR WALTER CAVALCANTI BARBOSA
54	F	41	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	4	02/06/2020	05/06/2020				F411	SMSA - UPA DR WALTER CAVALCANTI BARBOSA
55	F	41	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	5	31/08/2020	04/09/2020				F411	SMSA - UPA DR WALTER CAVALCANTI BARBOSA
56	F	41	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	2	24/10/2020	25/10/2020				F41	SMSA - UPA DR WALTER CAVALCANTI BARBOSA
57	F	41	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	10	08/01/2021	17/01/2021				F310	SMSA - UPA DR WALTER CAVALCANTI BARBOSA
58	F	42	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	2	22/04/2021	23/04/2021				F316	SMSA - UPA DR WALTER CAVALCANTI BARBOSA
59	F	42	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	3	07/05/2021	09/05/2021				F411	SMSA - UPA DR WALTER CAVALCANTI BARBOSA
60	F	42	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	4	20/05/2021	23/05/2021				F31	SMSA - UPA DR WALTER CAVALCANTI BARBOSA
61	M	59	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	1	22/02/2019	22/02/2019				F522	SMSA - SIATE
62	F	40	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	8	22/11/2019	29/11/2019				F410	SMSA - UBS JD CURITIBANO
63	F	41	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	4	08/09/2020	11/09/2020				F32	SMSA - UBS JD CURITIBANO
64	F	39	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	4	01/09/2020	04/09/2020				F32	SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
65	F	38	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	14	10/02/2020	23/02/2020				F411	SMSA - UBS VILA "C" NOVA
66	F	39	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	10	26/04/2021	05/05/2021				F411	SMSA - UBS CECILIA NEUMANN - VILA ADRIANA
67	M	43	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	3	12/09/2019	14/09/2019				F320	SMSA - SAMU
68	M	43	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	2	01/10/2019	02/10/2019				F321	SMSA - SAMU
MM	M	44	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	15	11/09/2020	25/09/2020				F411	SMSA - SAMU

Servidor	Sexo	Idade	cargo/função	Vínculo Empregatício	Atestados (dias)	Período inicial - atestado	Período final - atestado	Afastamento (dias)	Período inicial - Licença	Período final - Licença	CID-10 [F00 - F99]	Distritos sanitários	Unidade Básica de Saúde- USF/UBS
70	F	42	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	10	14/11/2019	23/11/2019				F31		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
71	F	54	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	1	11/05/2021	11/05/2021				F411		SMSA - UBS 24 HORAS PADRE ITALO
72	F	40	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	15	01/12/2019	15/12/2019				F412		SMSA - UBS 24 HORAS PADRE ITALO
73	F	44	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	10	04/10/2019	13/10/2019				F412		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
74	F	62	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	7	17/01/2019	23/01/2019				F411		SMSA - UPA DR WALTER CAVALCANTI BARBOSA
75	F	63	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	4	26/02/2020	29/02/2020				F411		SMSA - UPA DR WALTER CAVALCANTI BARBOSA
76	F	46	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	13	21/10/2019	02/11/2019				F412		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
77	M	35	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	5	21/07/2019	25/07/2019				F480		SMSA - SAMU
78	F	33	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	15	28/01/2019	11/02/2019				F422		SMSA - BANCO DE LEITE HUMANO
79	F	35	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	6	25/01/2021	30/01/2021				F411		SMSA - BANCO DE LEITE HUMANO
80	F	37	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	7	31/07/2019	06/08/2019				F410		SMSA - UBS CIDADE NOVA
81	F	37	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	15	02/12/2019	16/12/2019				F410		SMSA - UBS CIDADE NOVA
82	F	34	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	4	01/12/2020	04/12/2020				F411		SMSA - SAMU
83	F	38	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	7	18/09/2019	24/09/2019				F251		SMSA - UBS SOL DE MAIO
84	F	38	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	6	18/10/2019	23/10/2019				F410		SMSA - UBS SOL DE MAIO
85	F	51	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	5	19/12/2019	23/12/2019				F412		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
86	F	41	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	6	10/04/2019	15/04/2019				F410		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
87	F	41	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	1	25/06/2019	25/06/2019				F41		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
88	F	41	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	5	20/08/2019	24/08/2019				F410		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
89	F	43	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	13	20/04/2021	02/05/2021				F438		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
90	F	52	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	15	01/03/2019	15/03/2019				F330		SMSA - UBS JARDIM AMERICA
91	F	37	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	1	19/05/2020	19/05/2020				F39		SMSA - UBS EUFRIDA RIOS - CAMPOS DO IGUAÇU
92	F	44	Enfermeiro	Estatutário	5	21/03/2019	25/03/2019				F322		SMSA - Coordenação CER IV
93	F	45	Enfermeiro	Estatutário	1	30/04/2020	30/04/2020				F322		SMSA - Coordenação CER IV
94	F	38	Enfermeiro	Estatutário	14	22/04/2021	05/05/2021				F32		SMSA - VIGILANCIA SANITARIA
95	F	52	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	5	17/10/2019	21/10/2019				F43		SMSA - SAMU
96	F	41	Enfermeiro	Estatutário	1	30/03/2019	30/03/2019				F41		SMSA - UBS 24 HORAS PADRE ITALO
97	F	41	Enfermeiro	Estatutário	7	20/05/2019	26/05/2019				F43		SMSA - UBS 24 HORAS PADRE ITALO
98	F	41	Enfermeiro	Estatutário	10	07/08/2019	16/08/2019				F419		SMSA - UBS 24 HORAS PADRE ITALO
99	F	41	Enfermeiro	Estatutário	1	14/10/2019	14/10/2019				F41		SMSA - UBS 24 HORAS PADRE ITALO
100	F	42	Enfermeiro	Estatutário	15	12/05/2020	26/05/2020				F438		SMSA - UBS 24 HORAS PADRE ITALO
101	F	43	Enfermeiro	Estatutário	10	05/03/2021	14/03/2021				F438		SMSA - UBS 24 HORAS PADRE ITALO
102	F	39	Enfermeiro	Estatutário	8	06/03/2020	13/03/2020				F430		SMSA - UBS 24 HORAS PADRE ITALO
103	M	34	Enfermeiro	Estatutário	4	22/09/2020	25/09/2020				F411		SMSA - UBS PROFILURB II
104	F	44	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	9	18/06/2020	26/06/2020				F410		SMSA - PS JARDIM SAO PAULO II (PSF-DL)
105	M	32	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	15	20/09/2019	04/10/2019				F430		SMSA - UBS TRES LAGOAS
106	F	34	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	1	14/01/2021	14/01/2021				F410		SMSA - UBS 24 HORAS PADRE ITALO
107	F	36	Enfermeiro	Estatutário	1	04/04/2021	04/04/2021				F32		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
108	F	35	Enfermeiro	Estatutário	5	29/06/2020	03/07/2020				F410		SMSA - UBS MORUMBI II
109	F	30	Técnico em Enfermagem	Estatutário	13	22/04/2021	04/05/2021				F99		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
110	F	30	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	2	01/10/2019	02/10/2019				F32		SMSA - UBS SOL DE MAIO
111	F	30	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	7	09/12/2019	15/12/2019				F321		SMSA - UBS SOL DE MAIO
112	M	40	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	2	31/10/2019	01/11/2019				F411		SMSA - SAMU
113	F	46	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	7	09/09/2019	15/09/2019				F310		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
114	F	46	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	15	27/11/2019	11/12/2019				F320		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
115	F	26	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	2	04/02/2020	05/02/2020				F411		SMSA - UBS LAGOA DOURADA
116	F	26	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	2	06/02/2020	07/02/2020				F411		SMSA - UBS LAGOA DOURADA
117	F	28	Enfermeiro	Estatutário	2	23/11/2019	24/11/2019				F412		SMSA - UBS 24 HORAS PADRE ITALO
118	F	28	Enfermeiro	Estatutário	3	20/10/2020	22/10/2020				F411		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
119	F	34	Enfermeiro	Estatutário	10	18/06/2020	27/06/2020				F410		SMSA - UPA DR WALTER CAVALCANTI BARBOSA
120	F	31	Enfermeiro	Estatutário	15	09/12/2019	23/12/2019				F328		SMSA - UBS VILA YOLANDA

121	F	27	Enfermeiro	Estatutário	5	03/02/2020	07/02/2020				F412	SMSA - UBS PROFILURB II
122	F	27	Enfermeiro	Estatutário	5	08/02/2020	12/02/2020				F412	SMSA - UBS PROFILURB II
123	F	37	Enfermeiro	Estatutário	9	21/04/2021	29/04/2021				F300	SMSA - UBS MARIA M PORTINHO - MORUMBI III
124	F	29	Técnico em Enfermagem	Estatutário	5	15/06/2020	19/06/2020				F412	SMSA - Coordenação CER IV
125	F	26	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário	7	11/05/2021	17/05/2021				F320	SMSA - UBS SOL DE MAIO
126	F	53	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário				35	19/09/2019	23/10/2019	F10.0	SMSA - UBS AKLP
								60	24/10/2019	22/12/2019	F10.0	
								60	03/03/2020	01/05/2020	F10.0	
								70	06/11/2020	14/01/2021	F10.0	
								33	27/01/2021	28/02/2021	F10.0	
								70	01/03/2021	09/05/2021	F10.0	
								60	27/05/2021	25/07/2021	F10.0	
127	F	47	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário				30	05/11/2019	04/12/2019	F32.0	SMSA - CEMUSA
								90	10/02/2019	10/05/2019	F33.0	
								30	11/05/2019	09/06/2019	F33.0	
								90	05/12/2019	03/03/2020	F33.0	
								90	04/03/2020	01/06/2020	F41.1	

Servidor	Sexo	Idade	cargo/função	Vínculo Empregatício	Atestados (dias)	Período inicial - atestado	Período final - atestado	Afastamento (dias)	Período inicial - Licença	Período final - Licença	CID-10 [F00 - F99]	Distritos sanitários	Unidade Básica de Saúde- USF/UBS
128	F	51	Enfermeiro	Estatutário				45	22/06/2021	05/08/2021	F32.2		SMSA - UBS TRES BANDEIRAS
129	F	52	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário				3	01/08/2019	03/08/2019	F32.2		SMSA - NUCLEO SAUDE SAO JOAO - DSN
130	F	58	Enfermeiro	Estatutário				3	16/12/2019	18/12/2019	F14.2		SMSA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE (SEDE)
131	F	58	Enfermeiro	Estatutário				30	24/08/2019	22/09/2019	F33.2		SMSA - UBS PROFILURB II
								30	23/09/2019	22/10/2019	F33.2		
								40	23/10/2019	01/12/2019	F33.2		
								30	02/12/2019	31/12/2019	F33.2		
132	F	59	Técnico em Enfermagem	Estatutário				14	06/05/2021	19/05/2021	F41.0		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
133	F	52	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário				30	03/08/2019	01/09/2019	F43.1		SMSA - UBS MARIA M PORTINHO - MORUMBI III
								30	02/09/2019	01/10/2019	F43.1		
								60	02/10/2019	30/11/2019	F43.1		
								45	01/12/2019	14/01/2020	F43.1		
								60	15/01/2020	14/03/2020	F43.1		
								60	15/03/2020	13/05/2020	F43.1		
								1	14/05/2020	14/05/2020	F43.1		
								46	21/07/2020	04/09/2020	F43.1		
								60	05/09/2020	03/11/2020	F43.1		
								90	04/11/2020	01/02/2021	F43.1		
								75	02/02/2021	17/04/2021	F43.1		
								90	18/04/2021	16/07/2021	F43.1		
134	F	62	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário				61	01/10/2019	30/11/2019	F23.0		SMSA - UBS VILA YOLANDA
								62	01/12/2019	31/01/2020	F23.0		
								19	10/02/2019	28/02/2019	F31.0		
								15	01/08/2019	15/08/2019	F31.0		
								30	16/08/2019	14/09/2019	F34.9		
								61	01/04/2020	31/05/2020	F41.1		
								60	01/06/2020	30/07/2020	F41.1		
								45	31/07/2020	13/09/2020	F41.1		
								60	14/09/2020	12/11/2020	F41.1		
								60	13/11/2020	11/01/2021	F41.1		
								90	12/01/2021	11/04/2021	F41.1		

								60	01/02/2020	31/03/2020	F41.9		
								90	12/04/2021	10/07/2021	F43.8		
135	F	53	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário				15	23/04/2019	07/05/2019	F13.0		SMSA - UBS 24 HORAS PADRE ITALO
								60	08/05/2019	06/07/2019	F32.0		
136	F	49	Enfermeiro	Estatutário				2	18/12/2020	19/12/2020	F40.0		SMSA - UBS JD CURITIBANO
137	F	50	Enfermeiro	Estatutário				33	27/02/2019	31/03/2019	F33.0		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
								62	30/09/2019	30/11/2019	F33.0		
								45	01/12/2019	14/01/2020	F33.0		
								90	15/03/2020	12/06/2020	F33.0		
								49	13/06/2020	31/07/2020	F33.0		
								61	01/08/2020	30/09/2020	F33.0		
								61	30/12/2020	28/02/2021	F33.0		
								61	01/03/2021	30/04/2021	F33.0		
								90	01/05/2021	29/07/2021	F33.0		
								30	01/04/2019	30/04/2019	F43.0		
								30	01/05/2019	30/05/2019	F43.0		
								31	31/05/2019	30/06/2019	F43.0		
								31	01/07/2019	31/07/2019	F43.0		
								60	01/08/2019	29/09/2019	F43.0		
138	F	40	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário				60	01/01/2019	01/03/2019	F32.2		SMSA - UBS MARIA M PORTINHO - MORUMBI III
								60	02/03/2019	30/04/2019	F32.2		
								80	01/05/2019	19/07/2019	F32.2		
								60	20/07/2019	17/09/2019	F32.2		
								90	18/09/2019	16/12/2019	F32.3		
								60	17/12/2019	14/02/2020	F32.3		
								90	15/02/2020	14/05/2020	F32.3		
139	F	49	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário				5	21/05/2021	25/05/2021	F32.1		SMSA - UBS MARIA M PORTINHO - MORUMBI III
140	F	44	Enfermeiro	Estatutário				45	05/11/2019	19/12/2019	F32.2		SMSA - UBS MARIA M PORTINHO - MORUMBI III
								45	20/12/2019	02/02/2020	F32.2		
141	F	40	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário				5	20/04/2021	24/04/2021	F33.0		SMSA - UBS PROFILURB II
								10	22/05/2021	31/05/2021	F33.0		
								27	25/04/2021	21/05/2021	F33.2		
								10	22/05/2021	31/05/2021	F33.3		
142	F	41	Enfermeiro	Estatutário				33	29/04/2020	31/05/2020	F31.0		SMSA - CAPS AD VILA YOLANDA
								30	23/12/2019	21/01/2020	F31.0		
								30	30/03/2020	28/04/2020	F31.0		
								15	01/06/2020	15/06/2020	F31.0		

Servidor	Sexo	Idade	cargo/função	Vínculo Empregatício	Atestados (dias)	Período inicial - atestado	Período final - atestado	Afastamento (dias)	Período inicial - Licença	Período final - Licença	CID-10 [F00 - F99]	Distritos sanitários	Unidade Básica de Saúde- USE/UBS
								2	16/07/2020	17/07/2020	F31.0		
								30	25/08/2019	23/09/2019	F32.0		
								30	24/09/2019	23/10/2019	F32.0		
								30	24/10/2019	22/11/2019	F32.0		
								30	23/11/2019	22/12/2019	F32.0		
143	F	51	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário				19	22/02/2020	11/03/2020	F10.0		SMSA - CAPS I AD
								1	27/05/2021	27/05/2021	F41.1		
								61	01/08/2020	30/09/2020	F41.2		
								61	01/08/2020	30/09/2020	F41.2		
144	F	40	Enfermeiro	Estatutário				9	06/04/2021	14/04/2021	F33.1		SMSA - UBS CIDADE NOVA
145	F	39	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário				11	21/05/2020	31/05/2020	F33.2		SMSA - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

146	M	45	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário		45	26/09/2020	09/11/2020	F41.1		SMSA - SAMU
147	F	41	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário		10	19/08/2019	28/08/2019	F33.0		SMSA - UBS 24 HORAS PADRE ITALO
						22	09/09/2019	30/09/2019	F41.1		
						40	25/01/2020	04/03/2020	F41.2		
						35	13/05/2021	16/06/2021	F41.2		
						30	18/12/2018	16/01/2019	F43.0		
						30	01/02/2019	02/03/2019	F43.8		
148	F	45	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário		30	14/10/2019	12/11/2019	F41.2		SMSA - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
149	F	49	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário		1	31/01/2019	31/01/2019	F13.2		SMSA - UBS 24 HORAS PADRE ITALO
150	M	36	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário		10	14/08/2019	23/08/2019	F32.1		SMSA - SAMU
						90	24/08/2019	21/11/2019	F41.2		
						9	22/11/2019	30/11/2019	F41.2		
151	F	35	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário		21	08/02/2021	28/02/2021	F29.0		SMSA - BANCO DE LEITE HUMANO
						1	31/01/2021	31/01/2021	F41.1		
						7	01/02/2021	07/02/2021	F41.1		
						15	04/03/2019	18/03/2019	F42.2		
152	F	34	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário		11	05/12/2020	15/12/2020	F41.1		SMSA - SAMU
153	F	39	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário		15	24/10/2019	07/11/2019	F25.1		SMSA - UBS SOL DE MAIO
						3	08/11/2019	10/11/2019	F41.0		
154	F	54	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário		20	15/05/2019	03/06/2019	F32.3		SMSA - UBS JARDIM AMERICA
						60	16/03/2019	14/05/2019	F33.0		
						60	04/06/2019	02/08/2019	F33.3		
						90	03/08/2019	31/10/2019	F33.3		
						90	01/11/2019	29/01/2020	F33.3		
155	F	38	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário		47	15/09/2019	31/10/2019	F32.0		SMSA - UBS EUFRIDA RIOS - CAMPOS DO IGUACU
						30	01/07/2019	30/07/2019	F33.0		
						90	02/04/2019	30/06/2019	F33.1		
						15	18/03/2019	01/04/2019	F39.0		
						90	01/11/2019	29/01/2020	F39.0		
						4	30/01/2020	02/02/2020	F39.0		
						11	03/02/2020	13/02/2020	F39.0		
						9	18/11/2020	26/11/2020	F39.0		
						4	27/11/2020	30/11/2020	F40.0		
						3	16/04/2020	18/04/2020	F41.0		
						9	07/05/2021	15/05/2021	F41.2		
156	F	46	Enfermeiro	Estatutário		14	01/05/2020	14/05/2020	F32.2		SMSA - Coordenação CER IV
157	F	38	Enfermeiro	Estatutário		7	08/01/2019	14/01/2019	F33.0		SMSA - VIGILANCIA SANITARIA
158	F	54	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário		30	22/10/2019	20/11/2019	F43.0		SMSA - SAMU
159	F	60	Enfermeiro	Estatutário		60	04/01/2019	04/03/2019	F33.0		SMSA - UBS SOL DE MAIO
						90	05/03/2019	02/06/2019	F33.0		
						90	03/06/2019	31/08/2019	F33.0		
						60	01/09/2019	30/10/2019	F33.0		
						31	31/10/2019	30/11/2019	F33.0		
						90	01/12/2019	28/02/2020	F33.0		
						64	29/05/2020	31/07/2020	F33.0		
						90	01/08/2020	29/10/2020	F33.0		
						90	30/10/2020	27/01/2021	F33.0		
						80	28/01/2021	17/04/2021	F33.0		
160	F	38	Enfermeiro	Estatutário		15	25/11/2019	09/12/2019	F43.1		SMSA - UBS MORUMBI II
						30	10/12/2019	08/01/2020	F43.1		
						2	09/01/2020	10/01/2020	F43.1		
161	F	43	Enfermeiro	Estatutário		15	27/05/2020	10/06/2020	F43.8		SMSA - UBS 24 HORAS PADRE ITALO
						30	19/03/2021	17/04/2021	F43.8		

								30	15/03/2021	13/04/2021	F43.8		
162	F	39	Enfermeiro	Estatutário				90	15/04/2020	13/07/2020	F41.0		SMAS - UBS 24 HORAS PADRE ITALO
								18	14/03/2020	31/03/2020	F43.0		
								14	01/04/2020	14/04/2020	F43.0		

Servidor	Sexo	Idade	cargo/função	Vínculo Empregatício	Atestados (dias)	Período inicial - atestado	Período final - atestado	Afastamento (dias)	Período inicial - Licença	Período final - Licença	CID-10 [F00 - F99]	Distritos sanitários	Unidade Básica de Saúde- USE/UBS
								60	12/09/2020	10/11/2020	F43.8		
								90	11/11/2020	08/02/2021	F43.8		
163	F	29	Técnico em Enfermagem	Estatutário				90	05/05/2021	02/08/2021	F13.1		SMAS - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
164	F	47	Auxiliar de Enfermagem	Estatutário				60	12/12/2019	09/02/2020	F31.7		SMAS - UPA JOAO SAMEK 24 HORAS
								1	10/02/2020	10/02/2020	F31.7		
165	F	28	Enfermeiro	Estatutário				25	13/02/2020	08/03/2020	F41.2		SMAS - UBS PROFILURB II
166	F	37	Enfermeiro	Estatutário				5	30/04/2021	04/05/2021	F30.0		SMAS - UBS MARIA M PORTINHO - MORUMBI III
								2	19/05/2021	20/05/2021	F30.0		
								12	21/05/2021	01/06/2021	F30.1		
								7	05/05/2021	11/05/2021	F41.0		
								1	02/06/2021	02/06/2021	F41.0		
								7	12/05/2021	18/05/2021	F41.1		
167	F	30	Técnico em Enfermagem	Estatutário				20	24/06/2020	13/07/2020	F32.1		SMAS - Coordenação CER IV
								20	20/07/2020	08/08/2020	F32.1		
								30	09/08/2020	07/09/2020	F32.1		
								60	08/09/2020	06/11/2020	F32.1		
								60	08/09/2020	06/11/2020	F32.1		
								30	20/06/2020	19/07/2020	F41.2		

