

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGPSI)

SAÚDE MENTAL APÓS A PANDEMIA DE COVID-19 DE PROFISSIONAIS DA
ENFERMAGEM QUE ATUARAM EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA.

Gabriela Teixeira de Rezende

UBERLÂNDIA

2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGPSI)

SAÚDE MENTAL APÓS A PANDEMIA DE COVID-19 DE PROFISSIONAIS DA
ENFERMAGEM QUE ATUARAM EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia - PPGPSI/UFU, como requisito para obtenção do título de mestre em Psicologia. Linha de pesquisa: Processos Psicossociais em Saúde e Educação.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maristela de Souza Pereira.

UBERLÂNDIA

2024

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

R467
2024 Rezende, Gabriela Teixeira de, 1987-
Saúde Mental após a pandemia de Covid-19 de
profissionais da enfermagem que atuaram em serviços de
urgência e emergência [recurso eletrônico] : . /
Gabriela Teixeira de Rezende. - 2024.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maristela de Souza Pereira.

Coorientador: . . .

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de
Uberlândia, Pós-graduação em Psicologia.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2024.537>

Inclui bibliografia.

1. Psicologia. I. Pereira, Prof.^a Dr.^a Maristela de
Souza, 2024-, (Orient.). II. . . ., 2024-, (Coorient.).
III. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação
em Psicologia. IV. Título.

CDU: 159.9

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
 Av. Pará, 1720, Bloco 2C, Sala 54 - Bairro Umarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
 Telefone: +55 (34) 3225 8512 - www.pgpsi.ufu.br - pgpsi@psi.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Psicologia				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico/ número 469, PPGPSI				
Data:	Seis de agosto de dois mil e vinte e quatro	Hora de início:	13:00	Hora de encerramento:	15:05
Matrícula do Discente:	12222PSI011				
Nome do Discente:	Gabriela Teixeira de Rezende				
Título do Trabalho:	Saúde Mental após a pandemia de Covid-19 de profissionais da enfermagem que atuaram em serviços de urgência e emergência				
Área de concentração:	Psicologia				
Linha de pesquisa:	Processos Psicossociais em Saúde e Educação				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Capitalismo, trabalho e processos de saúde: intersecções a partir da Psicologia Social				

Reuniu-se de forma remota, via web conferência, junto a Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, assim composta: Professoras Doutoras: Renata Paparelli - PUC-SP; Renata Fabiana Pegoraro - PPGPSI/UFU; Maristela de Souza Pereira, orientadora da candidata. Ressalta-se que todos os membros da banca participaram por web conferência, sendo que a Prof.^a Dr.^a Renata Paparelli participou da cidade de São Paulo - SP, as professoras doutoras: Renata Fabiana Pegoraro, Maristela de Souza Pereira e a discente Gabriela Teixeira de Rezende participaram da cidade de Uberlândia - MG, conforme a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020.

Iniciando os trabalhos, a presidente da mesa, Dr.^a Maristela de Souza Pereira, apresentou a comissão examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu à discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovado(a).

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Maristela de Souza Pereira**, **Professor(a) do Magistério Superior**, em 06/08/2024, às 15:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Renata Fabiana Pegoraro**, **Professor(a) do Magistério Superior**, em 06/08/2024, às 15:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Renata Paparelli, Usuário Externo**, em 06/08/2024, às 15:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **5566809** e o código CRC **E2CBD2E0**.

Referência: Processo nº 23117.048130/2024-05

SEI nº 5566809

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGPSI)

Gabriela Teixeira de Rezende

**SAÚDE MENTAL APÓS A PANDEMIA DE COVID-19 DE PROFISSIONAIS DA
ENFERMAGEM QUE ATUARAM EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia - PPGPSI/UFU, como requisito para obtenção do título de mestre em Psicologia.
Linha de pesquisa: Processos Psicossociais em Saúde e Educação. Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maristela de Souza Pereira.

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Maristela de Souza Pereira

Universidade Federal de Uberlândia

Prof^ª. Dr^ª. Renata Paparelli

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Prof.^a Dr.^a Renata Fabiana Pegoraro

Universidade Federal de Uberlândia

“A humanidade enfrenta uma crise global. Talvez a maior crise de nossa geração. Sim, passará. A humanidade sobreviverá, a maioria de nós seguiremos vivos, porém habitaremos um mundo diferente. Muitas medidas de emergência de curto prazo se tornarão hábitos de vida. Essa é a natureza das emergências. Os processos históricos avançam rapidamente. Decisões que em tempos normais levam anos de deliberação se aprovam em questões de horas. Entram em serviço tecnologias imaturas e inclusive perigosas, porque os riscos de não fazer nada são maiores. Países inteiros servem como cobaias em experimentos sociais de grande escala. O que acontece quando todos trabalham em casa e se comunicam somente à distância? O que acontece quando escolas e universidades operam apenas online? Em tempos normais, governos, empresas e juntas educativas nunca aceitariam realizar tais experimentos. Porém, esses não são tempos normais” (HARARI, 2020).

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento desta dissertação contou com a ajuda de diversas pessoas, dentre as quais agradeço:

À professora Dr^a Maristela, por, nesse reencontro acadêmico, me acompanhar e me guiar durante o percurso e partilhar seus conhecimentos de forma carinhosa. Saio dessa experiência transformada, com o desejo de continuar estudando questões referentes a saúde mental e trabalho.

À banca examinadora, professoras Dr^a Renata Paparelli e Dr^a Renata Pegoraro, pelas generosas contribuições e olhar cuidadoso, que enriqueceram esta pesquisa.

Às equipes de gerência das unidades de saúde, pela recepção amistosa e permissão para entrar em contato com as equipes de enfermagem.

Às participantes enfermeiras, sem as quais esta pesquisa não seria possível e pelo valiosíssimo trabalho prestado durante a pandemia, sobre o qual falo emocionada com tamanho altruísmo que tiveram. Minha grande admiração a vocês.

À minha família, pais Antônio Carlos e Virgínia, irmãs Mariana e Nathalia, tios Antenor e Elaine e primos Frederico e Tarsila pelo incentivo e apoio amoroso de sempre, e pela compreensão dos momentos em que estive temporariamente ausente. E aos avós João Martins e Shirley (in memoriam), pioneiros da família a ingressarem em universidade, sempre valorizando os estudos.

Às amigas, Ariane, Renata, Fábiana, Daiane, Débora e Fernanda que tornam minha vida e meu ambiente de trabalho mais feliz. Ao amigo Jorge, que, na sua disponibilidade comigo, tornou mais fácil esse processo. Às amigas Nádia, Bruna e Patrícia pelo incentivo e bom humor.

À Helga Quagliatto, pela escuta atenciosa e apoio desde o início desta jornada.

RESUMO

Os modos de viver, as relações humanas e sociais, assim como os processos de trabalho ao redor do mundo sofreram grandes transformações com o início da pandemia de Covid-19. Profissionais da saúde, que já sofriam com sobrecarga e precarização das condições de trabalho, tiveram essas condições potencializadas e reações emocionais de ansiedade, angústia, estresse e medo tornaram-se frequentes, especialmente por aqueles diretamente envolvidos no enfrentamento à Covid-19. A literatura aponta que as condições de trabalho altamente estressantes deixaram os profissionais dos serviços de saúde em situação de grande vulnerabilidade. Dentro deste grupo, a enfermagem é a categoria profissional que, reconhecidamente, protagonizou o enfrentamento à Covid-19 e que representa o maior efetivo de profissionais da saúde nas instituições. Dessa forma, faz-se importante refletir sobre a saúde mental dessa população e elaborar estratégias de suporte a essa equipe. Pretende-se compreender as mudanças ocorridas no processo de trabalho das profissionais de enfermagem que atuaram em serviços de urgência e emergência durante o enfrentamento à pandemia e como estas analisam os efeitos que sofreram em sua saúde mental durante o período de crise sanitária e na atualidade. Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo e exploratório, referenciado teoricamente pela Saúde Mental Relacionada ao Trabalho, subcampo da Saúde do Trabalhador, perspectiva interdisciplinar cujo objeto é o trabalho e suas relações com os processos de saúde, adoecimento e sofrimento mental, a qual busca compreender a relação entre esses processos e seus determinantes, decorrentes de fatores objetivos moldados nas situações de trabalho. Foram entrevistadas 7 profissionais da enfermagem, de 26 a 45 anos, que trabalharam na rede municipal de urgência e emergência de Uberlândia-MG na linha de frente do enfrentamento à Covid-19. As entrevistas foram analisadas por meio da Análise de Conteúdo e deram origem a categorias como: 1) Condições e organização do trabalho da enfermagem; 2) Mudanças no processo de trabalho da enfermagem durante o enfrentamento à pandemia de

Covid-19; 3) Efeitos da pandemia sobre a saúde mental das profissionais de enfermagem; 4) Estratégias desenvolvidas para lidar com os efeitos sobre a saúde mental e 5) Repercussões sobre o trabalho e a vida na atualidade. Os resultados apontam repercussões na saúde física e mental das enfermeiras na atualidade, assim como na vida pessoal e profissional, através de mudanças nas relações laborais e repercussões em nível institucional, que devem ser avaliadas também pela empresa contratante a fim de prover medidas institucionais de suporte às profissionais.

Palavras-chave: Saúde Mental, Trabalho, Enfermagem, Covid-19.

ABSTRACT

Ways of living, human and social relationships, as well as work processes around the world underwent major transformations with the start of the pandemic. Health professionals, who were already suffering from overload and precarious working conditions, had these conditions heightened and emotional reactions of anxiety, anguish, stress and fear became frequent, especially by those directly involved in fighting Covid-19. The literature points out that highly stressful working conditions leave health service professionals in a situation of great vulnerability. Within this group, nursing is the professional category that, recognized, played a leading role in the fight against Covid-19 and represents the largest number of health professionals in institutions. Therefore, it is important to reflect on the mental health of this population and develop support strategies for this team. The aim is to understand the changes that occurred in the work process of nursing professionals who worked in urgent and emergency services during the fight against the Covid-19 pandemic and how they analyze the effects they suffered on their mental health during the period of health crisis. and at the present time. This is a qualitative, descriptive and exploratory study, theoretically referenced by Work-Related Mental Health, a subfield of Occupational Health, an interdisciplinary perspective whose object is work and its relationships with health processes, illness and mental suffering, which seeks to understand the relationship between these processes and their determinants, arising from objective factors shaped in work situations. We interviewed 7 nursing professionals, aged 26 to 45, who work in the municipal urgency and emergency network in the city of Uberlândia-MG on the front line of fighting Covid-19. The interviews were analyzed using Content Analysis and gave rise to categories such as: 1) Conditions and organization of nursing work; 2) Changes in the nursing work process during the fight against the Covid-19 pandemic; 3) Effects of the pandemic on the mental health of nursing professionals; 4) Strategies developed to deal with

the effects on mental health and 5) Repercussions on work and life today. The results point to repercussions on the physical and mental health of nurses today, as well as on their personal and professional lives, through changes in labor relations and repercussions at the institutional level, which must also be evaluated by the contracting institution in order to provide institutional measures of support for professionals.

Keywords: Mental Health, Work, Nursing, Covid-19.

AAE - Atenção Ambulatorial Especializada

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CIM - Centro de Internação Municipal

CIP - Centro de Internação Pediátrico

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CR-TEA - Centro de Referência Transtorno de Espectro Autista

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EPI - Equipamento de Proteção Individual

HCU - Hospital de Clínicas de Uberlândia

MSDT - Missão Sal da Terra

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

OSS - Organizações Sociais de Saúde

PMU - Prefeitura Municipal de Uberlândia

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SIPAT – Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho

SMRT - Saúde Mental Relacionada ao Trabalho

SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

SUS - Sistema Único de Saúde

TIC- Tecnologia da Informação e da Comunicação

UAI - Unidade de Atendimento Integrado

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UBSF - Unidades Básicas de Saúde da Família

UFU - Universidade Federal de Uberlândia

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1. INTRODUÇÃO	20
1.1. Contextualizando a pandemia de Covid-19	20
1.2. O trabalho da enfermagem e seu papel durante o enfrentamento à Covid-19	27
1.3. Composição e características da Rede de Atenção à Saúde de Uberlândia, com a participação de Organizações Sociais da Saúde.....	30
1.4. A pandemia em Uberlândia – MG	36
1.5. Efeitos psíquicos da pandemia a médio e longo prazo	39
2. OBJETIVOS	41
2.1. Objetivo Geral.....	41
2.2. Objetivos Específicos	41
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	42
3.1. Trabalho: do materialismo histórico dialético de Marx ao neoliberalismo	42
3.2. Saúde e seu caráter social	49
3.3. Saúde mental: dimensão indissociável do processo saúde-doença	49
3.4. O campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho	54
4. METODOLOGIA	60
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
5.1. Breves notas sobre o campo de pesquisa	64
5.2. Perfil das participantes	67
5.3. A escolha dos nomes fictícios	68
5.4. Apresentação e discussão dos materiais empíricos	69
5.4.1. Condições e organização do trabalho da enfermagem	70
5.4.1.1. Atividades desenvolvidas pela enfermagem	71

5.4.1.2. Divisão das tarefas.....	73
5.4.1.3. Jornada e carga horária.....	75
5.4.2. Mudanças no processo de trabalho da enfermagem durante o enfrentamento à pandemia de Covid-19	78
5.4.2.1. Planos de contingência e mudanças de protocolos	79
5.4.2.2. Aumento da jornada/ carga horária de trabalho e sobrecarga de atividades.....	80
5.4.2.3. Reformas no espaço físico	82
5.4.2.4. Dilemas éticos	84
5.4.2.5. Contato acentuado com a morte de pacientes.....	86
5.4.2.6. Risco aumentado de contaminação no trabalho.....	88
5.4.2.7. Adoecimento de colegas e afastamentos laborais	90
5.4.3. Efeitos da pandemia sobre a saúde mental das profissionais de enfermagem...	91
5.4.3.1. Sofrimento e emoções vivenciadas	91
5.4.3.2. Heroificação da enfermagem	97
5.4.3.3. Hostilidade da população	98
5.4.4 Estratégias desenvolvidas para lidar com os efeitos sobre a saúde mental.....	100
5.4.4.1. Estratégias individuais	100
5.4.4.2. Estratégias coletivas	104
5.4.4.3. Estratégias institucionais.....	107
5.4.5. Repercussões sobre o trabalho e a vida na atualidade	111
5.4.5.1. Mudanças na esfera profissional	111
5.4.5.2. Mudanças nas relações laborais	114
5.4.5.3. Repercussões atuais sobre a saúde	116
5.4.5.4. Repercussões na vida pessoal	120

5.4.5.5. Repercussões em nível institucional	122
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
REFERÊNCIAS	131
APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	148
APÊNDICE 2 – ROTEIROS PARA AS ENTREVISTAS SEMIDIRIGIDAS	149
Roteiro 1	149
Roteiro 2	150
ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	151
ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP APROVADO	153

APRESENTAÇÃO

Por que pesquisar? O que pesquisar? Quando começar? Como tema e pesquisadora se entrelaçam? O que um tema de mestrado também diz sobre a pesquisadora?

Nesse momento, 14 anos já se passaram desde que eu me graduei em Psicologia. Na época, alguns colegas já se dirigiram ao mestrado. E eu me lembro que queria muito começar a trabalhar. Mas, esperava que um dia o mestrado também viria. Durante esse tempo, sempre achei difícil pensar em algum tema no qual quisesse me aprofundar, e aconselhada por profissionais mais experientes, me acalmava pensando que, ao lidar com as questões práticas do trabalho, surgiria, enfim, a questão a ser pesquisada.

E então, ao mesmo tempo em que vivenciava uma transformação pessoal e profissional, eis que o tema desta pesquisa me liga novamente a um lugar que percorri por 11 anos: os serviços de atendimento em urgência e emergência na rede pública do Sistema Único de Saúde - SUS.

A primeira experiência como residente de Psicologia em um Programa de Residência Multiprofissional me aproximou profundamente do trabalho em equipe e do olhar para as demais profissões que compõem esse ofício de cuidar de outras pessoas. Quis continuar. E daí, veio a experiência de trabalhar na Atenção Terciária: enfermaria de Psiquiatria, Pronto Socorro...até vir a pandemia e ser a psicóloga referência da enfermaria de Covid-19 em um hospital do município de Uberlândia/MG. Os questionamentos pessoais sobre trabalho se somaram aos questionamentos existenciais influenciados pela pandemia. “Como eu já não queria mais algo que eu quis tanto?”, “Que eu fiz tanto investimento?”, “Que eu me especializei?”. Dessa vez, fui me “aventurar” e me permitir viver outras experiências e desafios.

O trabalho em serviços de urgência e emergência tende a ser muito desgastante por diversos fatores e se faz muito importante ter consciência, analisar e refletir sobre as condições

e organização do trabalho¹, bem como suas relações com a saúde mental. E assim, como o trabalho é importante para mim, exerce centralidade na vida das pessoas, é fundante e protoforma da atividade humana.

Neste projeto, escolhi olhar para a saúde mental da equipe de enfermagem, caracterizada como uma profissão de cuidado integral ao outro, ressaltando que esta pesquisa trata a enfermagem enquanto profissão, e não sob a concepção idealizada de doação e vocação.

No Brasil, a assistência de enfermagem é prestada por enfermeiras² (profissionais de nível superior), técnicas de enfermagem e auxiliares de enfermagem (profissionais de nível médio/técnico). A categoria representa o maior efetivo de profissionais da saúde³ nas instituições e, reconhecidamente, protagonizou o enfrentamento à Covid-19, tornando mais evidente as demandas históricas da categoria quanto às condições e organização do trabalho e situações estressoras relacionadas à profissão. Durante a pandemia, as profissionais de enfermagem enfrentaram diversas situações sem precedentes, como uma rotina de trabalho ainda mais intensificada por tarefas, exigências por resultados positivos relacionados aos cuidados prestados aos pacientes e pela expectativa social, amparada em um discurso heroico divulgado pela mídia, com grande potencial de impacto em sua saúde mental, podendo predispor-las ao adoecimento laboral.

Inclusive a decisão referente ao tema sobre o qual escreveria o projeto para a seleção do mestrado: “Saúde mental de profissionais da enfermagem em serviços de urgência e emergência

¹ Partindo dos conceitos desenvolvidos por Dejours, Pereira (2017) apresenta as condições de trabalho como relacionadas ao ambiente em que a atividade se desenvolve, com seus aspectos físicos, químicos e biológicos. Já a organização do trabalho envolve questões como divisão e conteúdo das tarefas, duração da jornada, ritmo de trabalho, cadeias hierárquicas, bem como mecanismos de supervisão e controle sobre os trabalhadores.

² As profissionais de enfermagem serão referidas no gênero feminino por esta ser uma categoria predominantemente feminina. Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem - Cofen (2015) 84,6% do quadro profissional é composto por mulheres. Ressalta-se também o fato de todas as participantes desta pesquisa serem mulheres. Entretanto, ao longo do texto, os demais profissionais da área da saúde serão referidos no gênero masculino, de acordo com as normas da língua portuguesa.

³ Profissionais da saúde: profissionais de nível superior da saúde constante na Resolução CNS nº 287/98 de 08.10.98.

após enfrentamento à pandemia de Covid-19” se deu em 2021, após ter organizado e coordenado, juntamente com colegas de trabalho, uma capacitação direcionada a profissionais da enfermagem. Durante a realização desta, as participantes compartilharam suas vivências e sentimentos durante o trabalho na pandemia, a qual foi sentida por elas mais como um “grupo de apoio” do que como uma capacitação, denotando a necessidade que sentiam em conversar sobre as repercussões da pandemia. Ali algumas profissionais relataram, por exemplo, que o som dos monitores da sala de emergência naquele momento lhes gerava ansiedade, pois remetia à sonoridade do alerta de parada cardíaca, ruído muito frequente no auge da crise pandêmica. Além disso, algumas pessoas da equipe contaram que tinham buscado apoio psicológico após esse período de trabalho.

Essa pesquisa pode se somar a outras já existentes com temática da pandemia de Covid-19, conforme revisão de literatura, promovendo importante registro histórico desse momento, que marcou profundas transformações nos modos de existência das pessoas. Como relevância científica, este estudo pode contribuir com reflexões críticas sobre as condições e organização do trabalho na área da saúde, especificamente da enfermagem, e a implicação dessas profissionais em seu trabalho, bem como sobre as condições de saúde mental em que se encontram no período pós-pandêmico, momento ainda recente na história.

A relevância prática e social encontra-se na busca por melhorar a compreensão sobre a categoria profissional da enfermagem, sobre as estratégias (individuais e coletivas) utilizadas diante dos desafios impostos durante a pandemia, e, principalmente, sobre as possibilidades de apoio institucional, a fim de minimizar o desgaste emocional das equipes e auxiliar na manutenção da saúde mental no ambiente de trabalho. Espera-se, com esse estudo, que estratégias de cuidados para essas profissionais possam ser revistas, elaboradas e aplicadas no cotidiano do trabalho. Como relevância pessoal, destaco a possibilidade de contribuir para dar

visibilidade a uma categoria profissional a qual admiro e tenho como colegas de trabalho e amigas pessoais.

Este relatório encontra-se organizado de forma que a Introdução aborda a contextualização sobre a pandemia de Covid-19, as características da crise pandêmica apresentadas mundial e localmente, no município de Uberlândia, que tem como característica a participação de organizações sociais na gestão da Rede de Atenção à Saúde, assim como o trabalho da enfermagem e seu papel durante o enfrentamento à Covid-19 e possíveis efeitos psíquicos da pandemia a médio e longo prazo. Em seguida, são apresentados os objetivos da pesquisa e a fundamentação teórica, ancorada na perspectiva interdisciplinar da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT), compreendida como subcampo da Saúde do Trabalhador. Discute ainda o trabalho, a partir do materialismo histórico dialético, com foco no neoliberalismo, a evolução do conceito de saúde e seu caráter social, assim como a saúde mental entendida enquanto dimensão indissociável do processo saúde-doença. Em seguida, apresenta o método da pesquisa, o perfil das participantes, análise e discussão dos resultados a partir do material encontrado e as considerações finais. Logo após, estão as referências utilizadas, o questionário sociodemográfico, os roteiros das entrevistas semiestruturadas e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), entregue às participantes no momento das entrevistas e o Parecer Consubstanciado do CEP aprovado (nº 6.031.906).

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualizando a pandemia de Covid-19

Em dezembro de 2019, foi identificado um surto de coronavírus (Covid-19) na cidade de Wuhan – China. A Covid-19 é uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2, em que a maioria das pessoas contaminadas apresentam sintomas leves a moderados (geralmente

febre, cansaço, tosse seca, perda do paladar ou olfato, podendo surgir também dores musculares, cefaleia, dor de garganta e diarreia) e se recuperam sem tratamento especial (cerca de 80%). No entanto, algumas desenvolvem um quadro grave e precisam de atendimento médico, pois os sintomas podem evoluir para uma pneumonia grave, insuficiência respiratória aguda e choque séptico, com risco de morte, conforme a Organização Mundial de Saúde – OMS (2022).

A forma de transmissão se dá pela boca ou nariz de uma pessoa infectada, em pequenas partículas líquidas expelidas quando elas tosse, espirram, falam ou respiram, com as partículas variando de tamanho, desde gotas respiratórias maiores até aerossóis menores, de acordo com a OMS (2022). Isso significa que a infecção pode ocorrer caso alguém inale o vírus quando estiver perto de outra pessoa que tenha Covid-19 ou se tocar em uma superfície contaminada e, em seguida, passar as mãos nos olhos, nariz ou boca. Dessa maneira, o vírus se espalha com mais facilidade em locais fechados e em multidões.

A rapidez da transmissão entre os países foi atribuída à circulação de pessoas infectadas, sintomáticas ou não, e que, no retorno, estiveram em contato com outras em ambientes fechados, facilitando o contágio, e conseqüentemente, a transmissão comunitária (aquela em que já não é mais possível rastrear a origem da infecção), como explicam Candido et al. (2020). No Brasil, os primeiros casos foram confirmados no final de fevereiro de 2020 e relacionados a pessoas que retornaram de viagens ao exterior, principalmente China, Itália ou Estados Unidos. Porém, rapidamente, em março de 2020, o Ministério da Saúde já havia identificado a transmissão comunitária no Brasil e a OMS havia declarado estado de pandemia (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2020a).

As únicas informações conhecidas, até então, pela experiência dos países acometidos, eram a alta capacidade de disseminação, circulação e contágio do vírus. Dessa forma, conforme apontam Souza et al. (2021), as medidas de prevenção e controle da infecção passaram a ser rigorosamente divulgadas e implementadas (como aumentar a frequência e a confiabilidade da

higiene das mãos; realizar triagem de todos os pacientes com sintomas gripais, devendo imediatamente colocarem máscara e serem direcionados para atendimento em uma sala isolada, bem como implementar antecipadamente precauções de contato, gotículas e aerossóis). Nesse momento, fez-se importante assegurar a proteção ocupacional dos profissionais de saúde, pois já se apresentava a falta ou quantidade insuficiente de EPIs, insumos e equipamentos, além da identificação de condições inseguras para assistência, conforme Oliveira (2020).

A fim de prevenir a disseminação do vírus em maior escala e evitar o colapso dos sistemas de saúde, que já não apresentavam uma estrutura adequada e programada para lidar com grande número de pessoas infectadas, recomendou-se à população seguir as medidas protetivas da OMS (quarentena, isolamento)⁴. Vedovato et al. (2021) apontam que os modos de viver, as relações humanas e sociais, assim como as práticas cotidianas de cuidado ao redor do mundo sofreram grandes transformações desde então.

Casellato (2020) aponta uma infinidade de lutos concretos e intangíveis vividos de forma privada e coletiva durante uma pandemia. Logo de início, a perda do mundo presumido colocou todos em estado de alerta e medo. Dessa forma, o pânico coletivo diante da ameaça de um vírus perigoso e desconhecido, vivido principalmente durante o primeiro ano da pandemia, fomentou a insegurança individual e vice-versa. O desafio colocado, então, foi o de vivenciar perdas inerentes aos efeitos da pandemia enquanto se buscava, individual e coletivamente, adaptar-se à crise e processar a experiência.

Trabalhadores de serviços não essenciais tiveram que se adaptar ao trabalho em casa (*home office*), ao mesmo tempo em que os profissionais dos serviços considerados essenciais (setores da saúde e alimentação, por exemplo) além de manterem suas funções presenciais,

⁴ A quarentena de pessoas é a restrição de atividades ou separação de pessoas que não estão doentes, mas que possam ter sido expostas a uma doença ou agente infeccioso, com o objetivo de monitorar sintomas e fazer a detecção precoce dos casos. Já o isolamento é a separação de pessoas doentes ou infectadas dos outros, de modo a evitar a disseminação de infecção ou contaminação, de acordo com a OPAS (2020b).

passaram a sofrer maior sobrecarga no trabalho. Ansiedade, angústia, estresse e medo passaram a ser reações emocionais muito comuns, especialmente nos profissionais de saúde diretamente envolvidos no enfrentamento à Covid-19: médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, entre outros trabalhadores da chamada “linha de frente”.

Pavani et al. (2021) destacam que as medidas protetivas, mesmo consideradas cruciais para diminuir a probabilidade de contaminação, podem acarretar implicações à saúde física e mental da população. Sentimentos e emoções negativas, como tédio, solidão, raiva e tristeza podem surgir em decorrência do isolamento social, tornando alguns grupos mais suscetíveis ao desenvolvimento de agravos à saúde mental.

Pesquisando as repercussões da Covid-19 na saúde mental de grupos e populações no contexto da pandemia, os referidos autores concluíram que os profissionais de saúde, os pacientes confirmados ou com suspeita de Covid-19, pessoas com diagnósticos de transtornos mentais prévios, mulheres, estudantes e trabalhadores imigrantes estavam diante de maiores riscos à saúde mental, tendo em vista o conjunto de componentes individuais (risco biológico, resiliência psicológica), sociais (condições de gênero, econômicas, trabalho, relações) e programáticos (serviços, políticas), bem como a disponibilidade de recursos protetivos para essas situações.

Brandão e Mahfoud (2007) apontam que para a psicologia social, mesmo o conceito de resiliência psicológica sendo apontado como um fator individual, este ainda pode ser compreendido como o resultado de interações entre fatores do indivíduo, como genética, idade, sexo, fase do desenvolvimento, experiência e história de vida etc.; fatores do contexto em que o indivíduo se insere (suporte social, classe social, cultura, ambiente); com a qualidade e quantidade de eventos (principalmente adversos), acontecimentos da vida; além dos chamados fatores de proteção encontrados na família e no meio social. Portanto, não se poderia negar o caráter social da resiliência, tanto em sua origem, quanto nos efeitos de sua manifestação, os

quais são indesejáveis quando contribuem para classificar ou categorizar sujeitos idealizados, quase perfeitos e inflexíveis, em detrimento dos "imperfeitos" que sucumbiram como "não-resilientes".

Feita essa digressão, reforça-se as ideias apresentadas por Pavani et al. (2021) de que as condições e organização do trabalho durante a pandemia, com alto risco de contaminação, pressão psicológica, cargas horárias extensas, altos índices de frustração, falta de materiais e de equipamentos de proteção, isolamento dos familiares e falta de redes de apoio, assim como episódios de discriminação vivenciados pelos profissionais da área da saúde, deixaram os trabalhadores da linha de frente em situação de grande vulnerabilidade.

Atualmente, passados mais de quatro anos desde o surgimento da pandemia por Covid-19, sabe-se que esta representou uma emergência de saúde pública mundial, talvez, um dos maiores desafios da humanidade e da Ciência desde a Segunda Guerra Mundial, conforme OPAS (2020a). Birman (2020) cita a pandemia como maior acontecimento sanitário desde a gripe espanhola de 1918, e com efeitos mais catastróficos que a pandemia do HIV/Aids nos anos 1980, visto que colocou em suspensão todas as atividades sociais e econômicas na grande maioria dos países, transformando de forma radical formas de vida e de sociabilidade.

Flauzino et al. (2022) apontam o impacto severo que a Covid-19 teve sobre os sistemas de saúde em todo o mundo, afetando a disponibilidade de leitos em hospitais e unidades de terapia intensiva. Machado et al. (2023) complementam que além disso, a interrupção de serviços essenciais em saúde, como consultas e cirurgias eletivas, levaram ao agravamento de comorbidades e ocorrência de óbitos por condições evitáveis.

Para Machado et al. (2023), com o avançar da pandemia, a Covid-19 mostrou-se uma doença muito mais complexa, apresentando manifestações hiperinflamatórias, multissistêmicas e podendo ser seguidas de complicações crônicas graves, inclusive em pessoas jovens e sem comorbidades, a denominada “síndrome da Covid longa”, um conjunto com mais de 20

sintomas que perduram após a fase aguda da doença, podendo se estender por mais de um ano. Birman (2020) exemplifica as sequelas clínicas, como insuficiência renal crônica, insuficiência pulmonar crônica (fibrose cística), insuficiência cardíaca com inflamação grave, lesões hepáticas severas, acidentes vasculares cerebrais, entre outras.

Hoje tem-se uma visão mais clara sobre as manifestações clínicas da Covid-19 e as melhores opções de conduta clínica, mas na época, pontuam Machado et al. (2023), a situação foi abrupta, sem planejamento sanitário prévio, configurando a pandemia como uma calamidade sem precedentes, cujos danos e efeitos ainda estão sendo estimados.

A Itália, epicentro europeu da pandemia, foi um dos países que mais sofreu no início da propagação do vírus. Riboli et al. (2020) relatam o assustador crescimento de casos naquele país, que, dentro do primeiro mês, atingiu mais de 35 mil pessoas. Dados do Istituto Superiore di Sanità italiano atribuem o elevado número de óbitos na Itália ao fato deste ser um país com grande população de idosos, faixa etária considerada de risco para o agravamento da Covid-19.

Infelizmente, o número de profissionais de saúde e de familiares infectados continuou crescendo. Na Itália, os profissionais da saúde representaram 10,7% do total de casos relatados no país (em sua maioria mulheres, 68%, com média de idade de 48 anos), conforme Riboli et al. (2020).

Como previsto, a pandemia atingiu os demais países de forma acelerada. Foram mais de 659 milhões de pessoas com diagnósticos confirmados para a Covid-19 no mundo, com mais de 6 milhões de mortes confirmadas em decorrência da doença. Schellekens (2022) analisa que a quase totalidade das mortes globais (90%) atribuídas à Covid-19 ocorreram em países de baixa e média renda (número três a seis vezes maior do que em países de alta renda), e com aumento significativo na proporção de óbitos pela doença nos grupos etários mais jovens e sem comorbidades, com destaque para o Peru que, apesar da população jovem, apresentou a maior taxa de mortalidade do mundo.

No Brasil, até dezembro de 2022, estimou-se mais de 36 milhões de pessoas infectadas e mais de 693 mil mortes, conforme dados do Ministério da Saúde (2022), sendo o país com maior número de mortes de enfermeiras: 776 profissionais, de acordo com o Cofen (2021). A BBB News Brasil (2021) noticiou que o Low Institute, um think tank (centro de debates e estudos) com sede na Austrália pesquisou como a gestão de 100 países lidou com a crise pandêmica e divulgou um ranking global, onde o Brasil apareceu como o último colocado em termos de desempenho entre as nações deste grupo. O estudo considerou os números totais de casos e mortes por Covid-19, bem como oferta de testes e percentual da população afetada. O Brasil, representando 2,7% da população mundial, registrou número de mortes de cidadãos brasileiros correspondente a 10,5% do total mundial. A média da quantidade de mortes por cada milhão de pessoas no mundo correspondeu a 820 mortes por milhão. Em território brasileiro, essa média foi de 3.187; enquanto no conjunto de países de renda média alta foi 1.024; com destaque para Nova Zelândia. Os Estados Unidos, apesar da economia altamente desenvolvida, foram exceção, com média de 3.094 mortes por milhão, se aproximando do Brasil tanto em termos de números quando de modelo de governança, com o governo de Donald Trump.

Birman (2020) analisa a situação brasileira como reflexo das particularidades da ação do Estado brasileiro e de suas políticas públicas durante a pandemia. Entre elas, destaca-se a postura negacionista do governo e sustentação do isolamento social “vertical” das populações de risco (a fim de liberar os demais para atividades econômicas), enquanto o protocolo da OMS orientava lockdown⁵. Além disso, houve grande rotatividade no cargo de Ministro da Saúde durante o enfrentamento à pandemia, disseminação de notícias falsas sobre o vírus, tentativas de manipular os números diários de mortes, bem como insistência por parte do governo em divulgar tratamentos ineficazes, como exemplo o uso da cloroquina e hidroxicloroquina no

⁵ Lockdown: medida preventiva obrigatória que consiste no bloqueio total de circulação de pessoas. Muitos países adotaram essa estratégia com o objetivo de desacelerar a propagação do Coronavírus, visto que as medidas de quarentena e isolamento não foram suficientes para controlar a infecção, conforme Sergio Franco, n.d).

tratamento da Covid-19. Ações que entraram em conflito e foram divergentes de orientações de governadores e prefeitos e que, geopoliticamente, resultaram no fechamento de fronteiras para os brasileiros. O país se tornou excluído internacionalmente em virtude da maneira como estava conduzindo a pandemia e diante de posturas confusas e dúbias das autoridades, aspectos que, para além das mortes e colapso do sistema de saúde, resultaram em efeitos psíquicos importantes sobre o povo brasileiro.

1.2 O trabalho da enfermagem e seu papel durante o enfrentamento à Covid-19

Após breve descrição sobre como a pandemia se propagou à nível mundial, voltaremos a atenção à equipe de enfermagem, cujo trabalho ganhou destaque durante o enfrentamento da crise sanitária. Com ações de cuidado integral às pessoas infectadas, medidas de prevenção e práticas de educação em saúde que envolvem aspectos técnico-científicos e de humanização, a enfermagem esteve no centro dos sistemas de saúde em todo o mundo, apontam Gandra et al. (2021).

O ano de 2020 marcou dois séculos do nascimento de Florence Nightingale — britânica precursora das bases profissionais da enfermagem e, por isso, anteriormente à pandemia, 2020 já havia sido declarado como o “Ano da Enfermagem”, com o lançamento da campanha de valorização da categoria profissional “Nursing Now”, pela OMS, conforme Gandra et al. (2021). A campanha teve como objetivo a valorização da profissão, considerando que dedicar-se a essa carreira não é uma tarefa fácil, pois há necessidade de formação curricular e preparo emocional para lidar diretamente com pacientes e familiares, na maioria das vezes, fragilizados.

Com a pandemia, os canais de comunicação passaram a retratar as enfermeiras e demais profissionais de saúde como heroínas e heróis, à medida que as pessoas assistiam ao quão árduo e penoso estava sendo o trabalho na área. Nesse sentido, Souza et al. (2021) refletem sobre

como o enfrentamento da pandemia de Covid-19 tornou mais evidente as demandas históricas da enfermagem quanto às condições de trabalho, à extensão da jornada laboral, dimensionamento de pessoal, remuneração e, até então, à *(in)visibilidade*⁶ social da categoria. Somaram-se às antigas demandas, o alto risco de contaminação pelo novo vírus, a possibilidade de transmissão da doença a terceiros e familiares e, consequente, afastamento de seus grupos de apoio, escassez de equipamentos de proteção individuais (EPIs) e os dilemas éticos vivenciados na linha de frente do cuidado a pessoas com Covid-19. Todas essas situações potencializaram o sofrimento, impactando negativamente não somente a saúde física dessas trabalhadoras, mas também a saúde mental.

Duarte et al. (2021) ressaltam que a situação da saúde no Brasil já exigia muito da enfermagem antes mesmo da crise sanitária, expondo-a a situações de trabalho longe de serem ideais. Appel et al. (2021) apontam, através de estudos anteriores à pandemia, aspectos penosos das atividades peculiares à categoria como longas jornadas de trabalho, a necessidade de lidar com dor, perda e sofrimento emocional, assim como falta de pessoal, lidar com pacientes complexos, restrições financeiras institucionais. Dentro da atuação da enfermagem, Duarte et al. (2021) destacam ainda o trabalho nos setores de emergência e UTIs, que habitualmente já promovia momentos de tensão, e que, durante a pandemia, foram intensificados por tarefas, exigências por resultados positivos e expectativa social, com grande potencial de impacto na saúde mental da enfermagem.

Durante a crise pandêmica, Souza et al. (2021) apontam que as profissionais da linha de frente necessitaram tomar cuidados redobrados, como o uso adequado de EPIs: máscaras cirúrgicas, capotes de manga longa, luvas e óculos de proteção para os olhos; essenciais para preservar as trabalhadoras de possíveis contágios. Salienta-se a importância tanto da técnica

⁶ Grifo nosso: A palavra visibilidade foi transformada em *(in)visibilidade* para destacar a condição de não visto/esquecimento em que se encontrava a categoria da enfermagem, principalmente em relação às suas condições e organização de trabalho.

correta de paramentação, quanto do procedimento de desparamentação, pois a retirada dos EPIs se configurou como momento de potencial risco de contaminação.

No enfrentamento à pandemia, as profissionais de enfermagem lidaram com diversas situações sem precedentes, como a falta de EPIs fundamentais, por exemplo, a máscara N95. Conforme Miranda et al. (2020), em Nota Técnica publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (21 de março de 2020), recomendou-se que, em caráter excepcional, as profissionais de saúde poderiam utilizá-la, caso estivessem em boas condições, por várias vezes durante um mesmo plantão de até 12 horas. Entretanto, essa informação foi suprimida na publicação de 31 de março de 2020, permitindo o reuso por um período maior ou um número de vezes maior que o indicado pelo fabricante. Dessa forma, evidencia-se que os protocolos, muitas vezes, foram revistos para atender às necessidades dos serviços, sem evidências científicas ou respaldo por organizações internacionais, colocando a saúde dessas trabalhadoras em risco.

Para corroborar a vulnerabilidade da enfermagem e a necessidade de nos atentarmos para essa população, um estudo realizado na China por Lai et al. (2020) com 1.257 médicos e enfermeiros, de trinta e quatro hospitais que receberam pacientes com Covid-19 evidenciou que após a exposição dos profissionais de saúde ao cuidado direto a pacientes infectados pelo coronavírus, os mesmos relataram apresentar sintomas de depressão (50,4%), ansiedade (44,6%), insônia (34,0%) e angústia (71,5%), sintomas que foram mais expressivos em mulheres enfermeiras, que estavam diretamente envolvidas nos diagnósticos, tratamentos ou cuidados de pacientes com suspeita ou confirmação do novo vírus.

Diante de todo o contexto relacionado à pandemia, com processos de trabalho modificados, persistem situações que podem predispor ao adoecimento laboral. Este pode decorrer de doenças ocupacionais, acidentes de trabalho, desgastes físicos e psíquicos,

especialmente o Estresse Ocupacional, a Síndrome de Burnout, os Distúrbios Psíquicos Menores e o Sofrimento Moral, conforme nos apontam Luz et al. (2020).

Ainda de acordo com Luz et al. (2020), a enfermagem é o grupo que, reconhecidamente, protagonizou o enfrentamento à Covid-19 e que representa o maior efetivo de profissionais da saúde nas instituições, justificando assim a importância de refletir sobre a saúde mental dessa população e elaborar estratégias de suporte para essas profissionais, que têm o cuidado ao ser humano como seu objeto de trabalho primordial.

1.3 Composição e características da Rede de Atenção à Saúde de Uberlândia, com a participação de Organizações Sociais da Saúde.

Uberlândia é a segunda maior cidade de Minas Gerais (MG), localizada a 537 km da capital Belo Horizonte, com população estimada em 713.224 habitantes pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2022) e maior crescimento do Produto Interno Bruto⁷ (PIB) da indústria (entre municípios do interior e região metropolitana de grande porte do país) na série histórica do IBGE que compreende os anos de 2002 e 2021, conforme divulgado pela Prefeitura Municipal de Uberlândia - PMU (2024).

Sua rede de atenção à saúde é composta por atendimentos nos níveis de Atenção Ambulatorial, Especializada e Hospitalar, sendo referência em procedimentos de média e alta complexidade para os municípios da Região de Saúde Triângulo Norte, da qual faz parte. Conta com hospitais privados e públicos, como o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU) e o Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro

⁷ Produto Interno Bruto: O PIB é a soma de todos os bens e serviços finais produzidos por um país, estado ou cidade, geralmente em um ano, sendo um indicador de economia. Ele ajuda a compreender determinada localidade, embora não expresse importantes fatores, como distribuição de renda, qualidade de vida, educação e saúde, conforme explica IBGE (n.d).

(HMMDOLC), além de Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), Unidades de Atendimento Integrado (UAIs), conforme Prefeitura Municipal de Uberlândia – PMU (2021a).

O sistema de saúde do município está organizado com a nomenclatura de Rede de Atenção à Saúde (RAS) conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, onde a Atenção Primária à Saúde (APS) é o centro da comunicação entre os pontos de atenção. Desde 2019, a cidade é considerada centro colaborador de boas práticas em saúde pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), de acordo com Prefeitura Municipal de Uberlândia (2023).

Faz-se importante relatar que a RAS se encontra organizada com base em contratos de gestão entre a Prefeitura Municipal de Uberlândia (PMU) e Organizações Sociais de Saúde (OSS), no caso, a SPDM (Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina) e a Missão Sal da Terra (MSDT). Através da Lei nº 9.637/1998, o Governo Federal criou a possibilidade de qualificar uma instituição do terceiro setor - entidade privada sem fins lucrativos - como Organização Social, de modo a atuar em parceria formal com o Estado e colaborar na provisão de serviços públicos previstos na Constituição Federal, como explica o Governo do Estado de São Paulo (n.d.).

Portanto, as OSS são entidades sem fins lucrativos que, após qualificadas em processo público, habilitam-se a fazer um contrato de gestão com o Estado para gerenciar unidades de saúde, baseado em resultados de desempenho. A entidade torna-se responsável pelo abastecimento da unidade, manutenção e fornecimento de mão de obra para a execução das atividades. Para isso, o contrato de gestão prevê um repasse mensal à entidade, que fica responsável por atingir os resultados previstos no contrato e cumprir metas quantitativas e qualitativas. As unidades gerenciadas pelas OSS continuam públicas (em termos de estrutura física, equipamentos, mobiliário, insumos, medicamentos, entre outros) e a Secretaria de Saúde

do município continua responsável pelo planejamento e regulação da saúde, cabendo às OSS somente a execução das políticas públicas estabelecidas pelo Estado, que por sua vez, permanece monitorando e fiscalizando o contrato e os resultados pactuados, apresenta o Governo de Brasília (n.d.).

A MSDT, que se autodenomina associação beneficente de caráter filantrópico, sem fins lucrativos e econômicos, com fins sociais, educacionais, profissionalizantes e recreativos, pactua contratos de gestão com a PMU desde 2007. Atualmente tem a gestão (Contrato nº 251/2020) de Unidades Básicas de Saúde da Família - UBSF, Unidades Básicas de Saúde - UBS, do Campus Municipal de Atendimento à Pessoa com Deficiência, Consultório na Rua, Centro Municipal de Atenção ao Diabético (Cmad), Centro de Referência a pessoas com Transtornos do Espectro Autista (CR-TEA), Centro de Internação Pediátrico (CIP), Centro de Internação Clínico (Tratamento Paliativo) e UAIs (Pampulha, São Jorge, Tibery e Morumbi), de acordo com publicação da Missão Sal da Terra (2023).

Por sua vez, a SPDM, entidade privada sem fins lucrativos de apoio a mantenedoras, iniciou contratos de gestão desde 2018, quando assumiu, via Termo de Ajustamento de Conduta – TAC, com o Ministério Público do Estado de Minas Gerais, Ministério Público Federal, Ministério Público do Trabalho e representantes do município de Uberlândia, o gerenciamento de unidades de saúde e todo o corpo de funcionários da FUNDASUS, para manutenção das relações de emprego, compatibilizando a política de remuneração e carga horária operacionalizadas pela FUNDASUS, conforme Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina (2022). Após reformulações nos contratos, no momento presente está em vigor a gestão dos setores sanitários Central Norte e Oeste (Contratos de Gestão nº 177/2022 e nº 178/2022, respectivamente), com as seguintes unidades de saúde: Melhor em Casa (Atenção Domiciliar); Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; Unidades Básicas de Saúde – UBS; Unidades Básicas de Saúde da Família – UBSF; Unidades de Atendimento Especializado e

Unidades de Atendimento Integrado – UAIs (Luizote, Martins, Planalto e Roosevelt), como divulgado pela Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina (2024).

As UAIs compõem a rede de urgência e emergência do município e são unidades mistas que prestam serviço ambulatorial de atenção primária, especialidades e atendimento hospitalar, com pronto atendimento 24 horas/dia pelo SUS. Para além do pronto atendimento de clínica médica, que existe em todas as unidades, outras especialidades procuradas na urgência são distribuídas entre as UAIs conforme as demandas dos setores sanitários, o que torna as UAIs conhecidas por suas referências especializadas. Por exemplo, no município de Uberlândia, a UAI Martins é referência em atendimentos de urgência e emergência em ginecologia e obstetrícia, enquanto a UAI Morumbi é referência em pediatria para o setor Leste.

Para além do setor saúde, a MSDT ainda atua em setores sociais e educacionais no município de Uberlândia, com mais de 3100 colaboradores e, atualmente, inicia expansão para outra cidade mineira, Araguari, através da gestão de uma unidade de Pronto Atendimento 24h, de acordo com Missão Sal da Terra (2023). Já a outra OSS atuante no município, a SPDM, tem sua origem no estado de São Paulo e história de atuação em municípios nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Ceará e Minas Gerais, como noticia a Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina (2024). Barcelos et al. (2022) destacam a participação desta OSS no cenário brasileiro, pela administração de 158 estabelecimentos de saúde no país, sendo uma das maiores nesse âmbito.

Há que se ponderar sobre esse modelo de gestão na atenção à saúde, em expansão no Brasil consoante a políticas neoliberais que emergiram em nosso país no final do século passado. Para Borón (1995), o neoliberalismo minimiza consideravelmente a intervenção do Estado na área social, além de estimular um discurso ideológico de “ineficiência, corrupção, desperdício” em torno do que é estatal, enquanto o privado aparece como sinônimo de “eficiência, probidade, austeridade”. Montaña (2002a) analisa que a crise e a suposta escassez

de recursos servem de pretexto para justificar a retirada do Estado (Primeiro Setor) da sua responsabilidade social e a expansão dos serviços comerciais ou desenvolvidos pelo terceiro setor, assim como a recorrente afirmação do surgimento de uma nova questão social, quando na verdade, a questão social referida continua inalterada, que é a contradição capital-trabalho, a luta de classes, a desigual participação na distribuição de riqueza social.

Sendo as OSS definidas como organizações sem fins lucrativos que prestam serviços de interesse público e desenvolvimento social, Montaño (2002) aponta divergências no que tange ao caráter de não lucratividade e à falta de consenso sobre quais segmentos da sociedade civil poderiam compor o Terceiro Setor, já que há interesses econômicos via isenções de impostos e outros subsídios estatais e a possibilidade de remunerar com altos salários seus diretores, além da participação tanto de organizações formais de diferentes naturezas (fundações empresariais, sindicatos, entidades religiosas) quanto de natureza individual e informal. Montaño (2002) acrescenta que pelo fato dessas entidades estarem intrinsecamente relacionadas a definições e apoio de políticas governamentais (sobrevivência, financiamento, projetos, área de abrangência), não usufruem de autonomia prática, ideológica e nem financeira, como veiculam.

Saloti et al. (2019) apontam como um dos poucos atrativos no modelo de OSS, o fato de sua criação e instalação ser menos burocrática, com maior facilidade no estabelecimento de contratos de serviços e atuação em relação à administração direta do Estado, no que tange à sua estrutura administrativa/orçamentária. Esses autores, no entanto, questionam a finalidade filantrópica das mesmas, em virtude da expansão da presença das OSS em diferentes regiões geográficas de uma sociedade de mercado. Muschell (1995) traz o conceito de “privatização ativa”, para descrever o processo pelo qual um governo estimula a participação privada no setor da saúde, ou mercado interno na saúde, e onde atores não governamentais tornam-se progressivamente envolvidos no financiamento ou na provisão de serviços de saúde, em um

contexto em que a lógica mercantil vem se tornando definidora dos rumos da política nacional de saúde.

Mattos e Schlindwein (2015) apontam que os novos modelos gerenciais, originários da iniciativa privada, baseados em excelência, produtividade e avaliação do desempenho, com o objetivo de tornar menos oneroso e mais eficaz o serviço público, frequentemente desconsideram a finalidade e a importância social desse setor, promovendo efeitos desestabilizadores no trabalho e na subjetividade dos servidores. Paula (2005) pontua sobre os valores públicos de equidade e justiça sendo colocados em segundo plano pelos valores de qualidade e eficiência.

Para Mattos e Schlindwein (2015), a implantação dos novos sistemas de gestão representa mecanismos de controle, pressões e rigidez no trabalho, a exemplo das consequências institucionais e individuais para o não cumprimento de metas estabelecidas. Além disso, Jackson Filho (2004), menciona a convivência contraditória entre reformas administrativas centradas no gerencialismo e na introdução de métodos de gestão visando maior eficiência aos serviços públicos com a precariedade de funcionamento dos serviços e instituições, provocando formas patológicas de organização pública, que de acordo com Mattos e Schlindwein (2015), limita a criatividade e autonomia do trabalhador, que se vê envolvido num processo de subordinação/dominação permanente, enquanto tem que aceitar e adequar-se às novas realidades, submetendo-se voluntariamente à organização do trabalho, que se converte em fonte de mal-estar, sofrimento psíquico e adoecimento.

Refletir sobre o contexto em que se inserem as OSS, suas relações com as políticas governamentais e seus modos de gestão amplia o entendimento sobre o trabalho na área da saúde e os efeitos que podem produzir sobre a saúde mental dos profissionais que nelas trabalham.

1.4 A pandemia em Uberlândia – MG

Após descrição e reflexão sobre como se estrutura a rede de saúde em Uberlândia, parte-se para a exposição de elementos sobre como o município lidou com a pandemia. Dois dias após ser confirmado o primeiro caso do coronavírus no Brasil, a PMU instituiu, em 28 de fevereiro de 2020, o Comitê Municipal de Enfrentamento à Covid-19, com representantes de diversos setores da sociedade, para discutir e implementar ações de enfrentamento à doença, conforme Prefeitura Municipal de Uberlândia (2020a).

O primeiro caso confirmado da doença na cidade foi divulgado em 17 de março de 2020. A partir do dia 21 de março, quando já haviam sido constatadas três pessoas infectadas, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) passou a divulgar um boletim diário, contendo o número de confirmações acumuladas, segundo a Prefeitura Municipal de Uberlândia (2020a).

O volume 1 do relatório parcial divulgado pelo Comitê de Enfrentamento da Prefeitura Municipal de Uberlândia (2020a) narra as ações efetuadas no início da pandemia (de março a julho de 2020) como testagem em massa através de *drive thru*, já a partir de março em pessoas que tiveram contato com pacientes diagnosticados, a abertura do Anexo do Hospital Municipal (antigo Hospital Santa Catarina, hospital particular que estava interditado até aquele momento) com 20 novos leitos de UTI e 66 de enfermaria (posteriormente ampliados para 59 e 84 leitos respectivamente); campanhas para conscientização da população; restrição/escalonamento das atividades econômicas; publicação de boletim municipal diário com a evolução dos casos; higienização e sanitização de ruas, espaços públicos com grande fluxo de pessoas, terminais de ônibus e unidades de saúde; aquisição de respiradores e outros equipamentos, insumos e medicamentos; emissão de decretos, dentre outras.

Em agosto de 2020, a Prefeitura Municipal de Uberlândia (2020b) informa que foram abertos mais 80 leitos exclusivos (posteriormente ampliados para 101) para Covid-19 no Centro

de Internação Municipal (CIM), instalado à época na antiga Casa da Fraternidade São Francisco de Assis – popularmente conhecida como Dr. Hansen. O fluxo para admissão no CIM seria de pacientes com grau leve a moderado da doença, oriundos das unidades de saúde (UBS, UBSF e pronto atendimento das UAIs). Já a internação para os casos graves continuaria sendo realizada por meio do Hospital Municipal e seu anexo. A criação do Centro de Internação Pediátrico (CIP), para atender crianças até 12 anos, também representou um aliado no enfrentamento à Covid, para esse público, em específico.

Em relação às UAIs, que compõem a rede de urgência e emergência, uma das estratégias para o enfrentamento da pandemia foi a reorganização dos fluxos de atendimento, de forma que determinadas UAIs fizessem atendimentos exclusivos para Covid-19. Para tal, atendimentos de especialidades foram direcionados a locais anexos próximos à unidade, bem como todas as demais situações de urgência e emergência direcionadas para atendimento em outras UAIs. Além disso, foram oferecidas teleconsultas e os acompanhamentos ambulatoriais da população passaram a ser realizados nas unidades básicas de saúde mais próximas às UAIs, conforme PMU (2020a).

Uberlândia chegou então ao segundo ano da pandemia, 2021, com taxa de testagem 22 vezes maior que a média do Estado de Minas Gerais, conforme Prefeitura Municipal de Uberlândia (2020a) e com a rede de atendimento à saúde ampliada (2020c), oferecendo, através da rede municipal, 610 leitos exclusivos para Covid-19 (190 de UTI e 420 de enfermaria). A Rede Municipal de Saúde havia sido reforçada com ampliação de tanques e pontos de oxigênio, equipamentos, profissionais e medicamentos, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e relatado pela PMU (2020a). Vale lembrar que as instalações construídas na cidade durante o enfrentamento da pandemia, permaneceram depois para atendimento ao público na área da saúde, relata PMU (2020c). Em janeiro de 2021, inicia-se a aguardada campanha de vacinação

contra a Covid-19, na estrutura do ginásio do Uberlândia Tênis Clube, seguindo um cronograma para grupos prioritários, que começou com profissionais de saúde e idosos.

Vale ressaltar que para além da rede municipal, Uberlândia conta com o Hospital de Clínicas de Uberlândia - HCU, um hospital público de grande porte (mais de 500 leitos) vinculado à Universidade Federal de Uberlândia, administrado atualmente pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Desde o início da pandemia, em 2020, o HCU atuou no enfrentamento à Covid-19, disponibilizando oito novos leitos de UTI exclusivos para Covid-19 e remanejando outros 12 leitos de UTI Adulto em momentos de maior pico de incidência da doença, assim como 16 leitos de enfermaria adulto, 12 leitos de enfermaria pediátrica, quatro leitos de Psiquiatria, um leito de UTI Pediátrica e cinco leitos de UTI Neonatal, além de instalar um Pronto Atendimento Médico exclusivo para pacientes com suspeita de infecção pelo coronavírus, de acordo com a comunicação da Universidade Federal de Uberlândia (2021).

No entanto, Uberlândia, assim como várias outras cidades brasileiras, passou por períodos críticos, sendo um deles ocorrido em março de 2021 e chamado de segunda onda do vírus, quando Lemos (2021) denunciou em reportagem o colapso do sistema de saúde naquele mês, com falta de leitos e profissionais de saúde. Quatro UAIs estavam atendendo exclusivamente casos de Covid-19, sendo que “Oito em cada dez internados nessas unidades são pacientes COVID”, relatou à época Clauber Lourenço (2021 citado por Lemos, 2021), Coordenador da rede de urgência e emergência da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia. O prefeito também declarou a gravidade da situação em março daquele ano: “Estamos vivendo o momento mais grave da pandemia. Na última segunda-feira, a rede pública superou os 100% de ocupação dos leitos” (Prefeitura Municipal de Uberlândia, 2021b).

No município, foram contabilizados até agosto de 2022, mais de 225 mil casos de infecção por Covid-19 e 3.452 mortes em decorrência da mesma, informa a Prefeitura

Municipal de Uberlândia (2022), que segue divulgando boletins epidemiológicos sobre Covid até o ano presente.

Somente no dia 05 de maio de 2023, passados mais de 3 anos da data histórica de 11 de março de 2020, a OMS declarou o fim do estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), após observar tendência de queda nas mortes por Covid-19 e nas hospitalizações, bem como altos níveis de imunidade da população ao vírus, conforme OPAS (2023). No entanto, a Covid-19 não deixa de ser uma ameaça à saúde e a OMS e seus colaboradores continuam monitorando e avaliando a evolução do SARS-CoV-2 devido ao surgimento de variantes do vírus. Cada país, com seus gestores locais, precisa continuar fazendo o manejo da enfermidade juntamente com outras doenças infecciosas.

No momento atual, Uberlândia volta a ter as unidades de urgência e emergência com os leitos totalmente ocupados em virtude de variantes gripais, além da Covid-19, casos de H1N1 e sobretudo, a epidemia de dengue.

1.5 Efeitos psíquicos da pandemia a médio e longo prazo

Além do luto vivenciado num contexto de massa, Duarte et al. (2021) ressaltam que, geralmente, em pandemias, o número de pessoas com comprometimento da saúde mental ultrapassa o número de indivíduos contaminados pela infecção, e essas implicações podem durar mais tempo e ter maior prevalência que o próprio evento traumático. Silva et al. (2020), se referindo às ondas da pandemia, citam a previsão de ondas referentes a adoecimento mental, com um sério temor em relação a sofrimentos mentais incapacitantes e aumento das taxas de suicídio entre trabalhadores da saúde.

A Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP (2020) nomeia como uma “Quarta Onda” da pandemia, essa projeção de consequências psíquicas, com a eclosão de números alarmantes

de transtornos de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, que desafiarão os sistemas de saúde do mundo nos próximos anos. É uma forma de descrever etapas de uma pandemia, sucedendo a mortalidade (Primeira onda), restrição de recursos (Segunda onda) e interrupção dos cuidados com os pacientes crônicos (Terceira onda, ou Paciente Invisível), explica o Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná - CRM-PR (2020).

O alerta da ABP levou vários especialistas em saúde mental a chamarem a atenção para esse impacto, desde março de 2020. Há que se considerar que adoecimentos mentais não são ondas, que tem um pico e descem, já que quando um quadro psiquiátrico é desencadeado, seu tratamento pode durar meses e anos, conforme relato do seu presidente Antônio Geraldo da Silva (2020, citado pela ABP, 2020). Além disso, o Brasil já possuía altos números em tratamentos para ansiedade e depressão, fato que levou os profissionais da área psi se preocuparem tanto durante a pandemia quanto após.

Dessa forma, pode se compreender que a quarta onda começou junto com os primeiros casos diagnosticados de Covid-19, quando se relatavam medo, solidão, tédio, raiva entre pessoas submetidas ao isolamento e ao período de quarentena, além de ansiedade e culpa pelos efeitos do contágio.

Segundo pesquisa realizada pela Associação Bahiana de Medicina – ABM (2021), o número de atendimentos psiquiátricos ou psicológicos aumentou 47,9% e 89,2%, respectivamente. Os médicos participantes do estudo relataram ainda agravamento de quadros psiquiátricos em seus pacientes devido à pandemia.

Fontanarosa (2020) aponta que para além das estatísticas já conhecidas acerca do número de vítimas da pandemia, se faz importante refletir sobre os desdobramentos após a quarentena. Vários especialistas realizaram estudos mostrando que uma parcela significativa da população apresentaria riscos emocionais moderados a graves, dentre eles Casellato (2020), e alertando para a necessidade de intervenções de suporte e apoio especializado de profissionais

da saúde mental em curto e médio prazo, especialmente com profissionais que atuaram no cuidado direto a pessoas contaminadas.

Considerando a intensidade do contato que as profissionais de enfermagem tiveram ao cuidar de pessoas contaminadas devido à natureza de seu trabalho e os possíveis efeitos psíquicos advindos destas vivências, tem-se os objetivos da presente pesquisa.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Compreender as mudanças ocorridas no processo de trabalho de profissionais de enfermagem que atuaram em serviços de urgência e emergência durante o enfrentamento à pandemia de Covid-19 e como estas trabalhadoras analisam os efeitos que sofreram em sua saúde mental durante o período de crise sanitária e na atualidade.

2.2 Objetivos Específicos:

1) Caracterizar o perfil sociodemográfico das participantes; 2) conhecer e refletir sobre aspectos das condições e organização do trabalho (jornada, atividades, equipamentos de proteção individual, entre outros) de profissionais da enfermagem no contexto de atendimentos na urgência e emergência durante a pandemia de Covid-19; 3) compreender os efeitos do trabalho na pandemia sobre a saúde mental das participantes; 4) conhecer as estratégias utilizadas para lidarem com os efeitos sobre a saúde mental; 5) compreender as repercussões atuais sobre sua relação com o trabalho, saúde e vida pessoal.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Trabalho: do materialismo histórico dialético ao neoliberalismo

O trabalho assume grande importância na vida das pessoas, pela possibilidade de contribuir com a formação da identidade e sociabilidade, assim como por relacionar-se com qualidade de vida e realização pessoal. Codo et al. (1993) afirmam não ser possível compreendermos o sujeito sem considerar o seu trabalho. Codo e Gazotti (1999) complementam que, na relação com o trabalho, os indivíduos levam suas vivências, experiências, frustrações, afetos e desaletos. Por outro lado, também sofre as influências das repercussões do processo de trabalho em sua saúde e psiquismo. E, dessa forma, o trabalho pode ter uma condição gratificante, que possibilita crescimento, reconhecimento e independência, mas também pode ser fonte de insatisfação, exaustão, sofrimento e até adoecimento, como afirma Dejours (1992).

O trabalho é o fundamento da relação do ser humano com o mundo, apontado por Engels (2004) como a atividade que possibilitou o próprio processo de hominização, ou seja, de transformação das formas pré-humanas em humanas. Marx (2013), teorizando o materialismo histórico dialético, juntamente com Engels, no século XIX, compreende o trabalho como veículo de transformação da natureza para a satisfação das necessidades humanas, resultando em uma atividade vital para o sujeito, onde este transforma a natureza e a si mesmo. Isso significa que a atividade laboral exige a vontade orientada a um fim e que o ser humano se difere dos animais pela capacidade de planejamento e de utilizar a natureza como meio para chegar a uma finalidade pré-estabelecida.

Antunes (2009) discorre sobre o aparecimento da sociabilidade simultaneamente ao ato laborativo, compreendendo que o trabalho possibilitou o salto ontológico das formas pré-humanas para o ser social, estando o trabalho no centro do processo de humanização. Toda vida

social tem no trabalho o seu fundamento, evidenciando seu caráter de centralidade e seu papel de organizador da nossa vida social.

Tolfo e Piccinini (2007), referem-se à centralidade do trabalho como o grau de importância que o trabalho tem na vida de uma pessoa em um determinado momento. Já Sampaio e Messias (2002), descrevem a centralidade do trabalho através da organização social contemporânea estruturada em função do trabalho ou da perspectiva de realização deste: fases da vida de preparação para o trabalho, produtividade e improdutividade.

Os componentes do processo de trabalho, de acordo com Marx (2013), consistem na atividade orientada a um fim ou o trabalho propriamente dito, seu objeto e seus meios, que são o que o trabalhador interpõe entre si e o objeto do trabalho, servindo de guia de sua atividade sobre esse objeto. Assim, o processo de trabalho se extingue em seu produto, que é um valor de uso, um material natural adaptado às necessidades humanas por meio da modificação de sua forma.

Segundo Marx (2013), os meios de trabalho se refletem em cada época econômica, ou seja, o “como” se produz, fornece uma medida do grau de desenvolvimento da força de trabalho e das condições sociais nas quais se trabalha. Com o advento do capitalismo, o trabalho deixou de se extinguir em seu produto final, para ser subordinado ao capital, ou seja, o trabalho passa a ser explorado em prol da acumulação do capital. O trabalho se torna uma mercadoria e o trabalhador passa a vender sua força de trabalho (instaura-se um controle sobre suas atividades e o tempo gasto para realizá-las), tornando-se estranho ao produto de seu trabalho, que pertence a outro, o que Marx (2013) chama de alienação do trabalhador.

O trabalhador passa a exercer suas atividades sob o comando do capitalista, que avalia suas tarefas e se o seu desempenho foi realizado em tempo necessário, ou seja, submetido a níveis de exploração cada vez maiores, o trabalhador se torna um mero meio para que o capitalista alcance o lucro almejado.

Nesse sentido, o que Marx (2013) nomeia como mais valia é mais do que o lucro do capitalista, é o resultado da apropriação do trabalho do operário, que possui a sua força de trabalho usurpada e falsamente recompensada por um salário. A mais valia representa a disparidade entre o salário pago e o valor produzido pelo trabalho. Dessa maneira, ela pode ser entendida como o trabalho não pago, ou seja, são horas que o trabalhador cumpre/valor que ele gera e pelos quais, não é remunerado. Trata-se da diferença entre o valor final da mercadoria produzida, a soma do valor dos meios de produção e do valor do trabalho, que é a base do lucro no sistema capitalista.

O período de desenvolvimento do capitalismo industrial vai se caracterizar pelo crescimento da produção, êxodo rural e concentração de novas populações urbanas. O século XIX, marcado pela Revolução Industrial, substitui a figura do camponês pelo operário fabril, que começa a estar no centro das relações de produção em condições de trabalho insalubres e produz uma nova classe social: o proletariado.

A classe operária do século XIX trabalhou em condições deploráveis, conforme aponta Martins (2008), com mão de obra de homens, mulheres e crianças em longas horas de trabalho, baixos salários, falta de segurança e de condições de higiene, para que, dessa forma, a maior quantidade de produtos possíveis fossem produzidas ao menor preço. Os resultados foram catastróficos e a partir desse momento, a evolução das condições de trabalho ao longo dos anos não pode ser dissociada das lutas e reivindicações dos trabalhadores.

No Brasil, o desenvolvimento industrial capitalista se deu tardiamente se comparado aos países capitalistas centrais (Inglaterra, França, Holanda e posteriormente, Alemanha, Japão, Estados Unidos e Itália), acarretando uma dependência em relação a economias estrangeiras mais desenvolvidas. As fases da industrialização no Brasil podem ser compreendidas através de três períodos: o primeiro, que vai desde 1890 a 1930, quando a produção agrícola de exportação ainda era predominante no país; o segundo, que vai de 1930 a 1950, fase em que o

setor industrial se sobressai ao agrícola e adquire características novas que se aprofundam nos governos militares (o país se torna produtor de bens de produção ao mesmo tempo em que a maioria da população permanece privada de bens essenciais); e o terceiro período que compreende as décadas de 1960 a 1980, quando houve um crescimento econômico excepcional, em detrimento da classe trabalhadora, como nos apontam Navarro et al. (2017), o que, posteriormente, culminou com o surgimento de movimentos sociais na área da saúde, na promulgação da Constituição Federal de 1988 e na criação do SUS, abrindo espaço para a discussão sobre o campo Saúde do Trabalhador no Brasil.

Em decorrência da nova divisão internacional do trabalho, a partir da década de 1970, Antunes (2018) argumenta que o proletariado industrial se reduz, particularmente nos países de capitalismo avançado, ao mesmo tempo em que há uma significativa expansão de trabalhadores nos setores de serviços, agroindústria e indústria, especialmente nos países ao sul do mundo, como Índia, China e Brasil.

Se no século XIX, os trabalhadores assalariados que inspiraram Marx e Engels, ganharam expressão no proletariado industrial, Antunes e Alves (2004) apontam as mutações na relações objetivas e na subjetividade dos trabalhadores, que hoje vivenciam formas mais desregulamentadas de trabalho, aumento significativo da força de trabalho feminina e dos assalariados médios no setor de serviços, bem como dificuldades no acesso ao mercado de trabalho tanto por jovens recém formados quanto por pessoas mais velhas. Além disso, o trabalho hoje é caracterizado por uma crescente expansão no Terceiro Setor, ligado ao voluntariado e associativismo, abarcando atividades de caráter assistencial, sem fins diretamente lucrativos e que se desenvolvem de forma complementar ao mercado.

Para Antunes e Alves (2004), a expansão desse setor é consequência da retração do mercado de trabalho industrial e de serviços, num quadro de desemprego estrutural, que absorve de modo precário os trabalhadores expulsos do mercado formal. Ainda vale apontar as

mudanças em relação à expansão do trabalho em domicílio, permitida pela desconcentração do processo produtivo, pela expansão de pequenas e médias unidades produtivas, bem como pelo desenvolvimento das tecnologias da informação e da comunicação (TICs), que contribuíram também para a transnacionalização do capital e de seu sistema produtivo.

Dessa forma, Antunes (2018) indica como o capitalismo contemporâneo altera profundamente a composição da classe trabalhadora em escala global, sendo necessário partir de uma concepção ampliada de trabalho. Para Antunes e Alves (2004), a classe que vive do trabalho é formada pelos assalariados que vivem da venda de sua força de trabalho e que são despossuídos dos meios de produção, incorporando tanto 1) os trabalhadores produtivos que participam diretamente do processo de criação de mais-valia (núcleo central do proletariado industrial) quanto 2) os trabalhadores improdutivos, cujo trabalhos não criam diretamente mais-valia, utilizados como serviço, seja para uso público, como os serviços públicos, seja para uso capitalista; 3) o proletariado rural; 4) e também o proletariado precarizado, moderno, fabril e de serviços, part-time, cujo vínculo é temporário, em expansão na totalidade do mundo produtivo e por fim, 5) os trabalhadores desempregados.

Antunes (1996) aponta que desde a Revolução tecnológica⁸, temos uma subproletarização do trabalho, em decorrência das diversas formas de trabalho parcial, precário, terceirizado, subcontratado, vinculado à economia informal, ao setor de serviços, onde verifica-se uma heterogeneização, complexificação e fragmentação do trabalho, que gera profundas repercussões na subjetividade e saúde dos trabalhadores. A expressão “proletariado de serviços” é utilizada por Antunes (2018) para se referir à vasta população de trabalhadores realizando atividades autônomas, em grande expansão nos últimos anos, estimulados pelo

⁸ Revolução tecnológica: Neste artigo, Antunes se refere ao salto tecnológico sobretudo da década de 80, quando a internet e o celular foram criados, o que intensificou os avanços tecnológicos e científicos já em curso desde a primeira Revolução Industrial, no século XVIII.

discurso neoliberal que fomenta o empreendedorismo ao mesmo tempo que camufla a precária situação de trabalho e faz os trabalhadores perderem a referência de classe.

Dentre as variadas expressões da precarização do trabalho, evidencia-se o “novo proletariado da era digital”, os chamados trabalhadores ‘uberizados’. Abílio (2020) apresenta o termo uberizado como uma tendência global de trabalho mediado por plataformas digitais que materializa décadas de transformações políticas do mundo do trabalho. De acordo com a autora, a sociedade acompanha em ato uma nova forma de controle, gerenciamento e organização do trabalho, que consolida o trabalhador como trabalhador just-in-time⁹. Esse fenômeno ganhou visibilidade a partir da empresa de motoristas Uber, no entanto já abarca, em âmbito global, diferentes setores da economia, ocupação, qualificação, rendimento e condições de trabalho.

Assim, a classe trabalhadora hoje é mais ampla que o proletariado industrial produtivo, embora este ainda se constitua em seu núcleo fundamental (produtores de mais valor, que são pagos por capital-dinheiro, expressam uma forma de trabalho coletivo e social e realizam tanto trabalho material quanto imaterial).

Bernardo et al. (2023) evidenciam que, atualmente, o predomínio do neoliberalismo como doutrina socioeconômica sustentada por um discurso ideológico reforça e exacerba a competitividade, o individualismo, a dominação, a desregulação e, consequentemente, o desgaste do trabalhador, naturalizado por toda a sociedade.

Dessa forma, os processos de subjetivação¹⁰ dos trabalhadores são afetados, levando-os a perder referência de classe e a naturalizar uma lógica contrária aos próprios interesses, que

⁹ Just-in-time: O sistema just-in-time (“na hora certa”) vem do modelo de produção industrial japonês toyotismo, que objetiva o atendimento da demanda e a eliminação dos estoques. Para Antunes (2018), o aspecto central do conceito reside na transferência para o próprio trabalhador de parte do gerenciamento da produção. No entanto, conforme Abílio (2020), esse gerenciamento permanece subordinado e controlado, engendrando novas formas de engajamento e disciplinarização assentadas na participação ativa do trabalhador para o aumento de sua própria produtividade, em outras palavras, parte do gerenciamento do trabalho é transferido para o próprio trabalhador, ao mesmo tempo que custos são eliminados ou também transferidos, numa crescente eliminação de proteções ao trabalhador.

¹⁰ Processos de subjetivação: processos dinâmicos que ocorrem na relação sujeito e sociedade, compreendidos a partir de seus fundamentos epistemológicos advindos primordialmente do materialismo histórico e dialético, para

gera insegurança, perda do sentido da atividade, dificuldades para organização coletiva e prejuízos para a saúde dos trabalhadores, sobretudo a saúde mental.

Sob esse aspecto, o trabalho da enfermagem no sistema público de saúde integra a prestação de serviços e classifica-se como trabalho improdutivo, ou seja, não produz mais valor. Pertence ao que Marx chamou de falsos custos, os quais, entretanto, são imprescindíveis para a sobrevivência do capital e de seu metabolismo social.

A assistência em enfermagem também se trata de um trabalho imaterial e abstrato. Imaterial porque seu produto não é um objeto tangível que se possa estocar e sim, serviços que são consumidos no ato de sua realização, no exato momento da prestação da assistência, de acordo com Jacondino et al. (2014). E abstrato, porque há dispêndio de energia física e intelectual na prestação de serviços.

Segundo Matos e Pires (2006), a organização do trabalho na enfermagem absorveu características tanto da Escola Clássica da Administração, como a divisão do trabalho em níveis hierárquicos, fragmentação do trabalho, a avaliação do desempenho mediante o montante de tarefas realizadas, a rigidez de horários com tempo cronometrado;, como do modelo toyotista, que se expressa na busca pela qualidade total, na eficiência, na satisfação do paciente, na rotatividade dos profissionais entre os diferentes locais de trabalho, evitando assim lacunas nos setores com déficit de funcionários e ociosidade naqueles onde o quadro de funcionários é excedente.

O que se observa é que as profissionais de enfermagem, como todos os trabalhadores na atualidade, vivem sob o jugo do capitalismo e são submetidas ao processo de trabalho imposto pelo sistema, se adequando às instituições privadas ou públicas. Dessa forma, no processo de trabalho da enfermagem também há expropriação, com a concepção de trabalho, gerência do

o qual, “toda pessoa é um ser social, sujeito histórico, produto do contexto social do qual ativamente participa e, concomitantemente, produtora desse mesmo contexto”, conforme Zanella (2020 citado por Bernardo et al. 2023).

processo e as decisões sobre a organização nas mãos de gestores, que assumem o controle da produtividade do trabalho.

Souza (2016) analisa que as profissionais da enfermagem não estão totalmente condicionadas ao trabalho mecânico e robotizado como preconiza o modelo taylorista-fordista, e que usam suas faculdades intelectuais, técnica e conhecimento teórico para aplicar nos cuidados aos pacientes. Porém, observa que na legislação do conselho de classe há a imposição do cumprimento da hierarquia e divisão técnica do trabalho, quando atividades simples e complexas são atribuídas de acordo com o nível de escolaridade. Às enfermeiras e técnicas é destinado o trabalho complexo, em grau variável, e às auxiliares, o trabalho simples, como aquele que não necessita de grande investimento intelectual, em que basta à trabalhadora a compreensão e a agilidade para realizar as tarefas designadas. Enquanto o trabalho complexo exige da profissional maior investimento intelectual e, conseqüentemente, maior tempo de estudos e formação, de acordo com Lima (2016).

3.2 Saúde e seu caráter social

De acordo com Batistella (2007), a saúde também é um constructo que possui as marcas de seu tempo e reflete a conjuntura econômica, social e cultural de uma época e lugar. A definição do conceito de saúde sofreu alterações ao longo do tempo, conforme o grau de conhecimento disponível em cada sociedade.

Nessa trajetória, Rocha et al. (2020) explicam que a saúde deixou de ser considerada como “ausência de doença”, apesar da noção ainda largamente difundida no senso comum, e sofreu uma nova redefinição pela OMS em 1948, passando a ser compreendida como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença e de enfermidade”.

Tal definição recebe críticas por ser considerada inalcançável e em 1986, o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (em Brasília) considerando os determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos da saúde, traduz o conceito de saúde como: “Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (Brasil, 1986, p. 4).

A partir desse novo postulado, o Brasil, através da Constituição de 1988, define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”, conforme artigo 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988).

As críticas referentes ao conceito de saúde se devem, sobretudo, ao fato de que na sociedade capitalista, oculta-se o caráter social da doença, tendendo a situar os fenômenos de adoecimento na biologia individual, e mantendo uma perspectiva incompleta a respeito de saúde, como aponta Pereira (2017). Como exemplo, vemos que nesse modelo econômico, quando se situa os fenômenos de adoecimento na biologia individual, em detrimento de seu caráter social, dificulta-se a responsabilização das empresas em relação a medidas de reorganização do processo produtivo e contribui-se para que o trabalhador continue se incumbindo sozinho do próprio tratamento e recuperação da saúde.

Para as Ciências da Saúde, é mais apropriado falar em um continuum dos fenômenos saúde-doença. Seligmann-Silva (2011) afirma que a noção de saúde-doença como processo nos permite compreender os determinantes e condicionantes das formas individuais e coletivas de se adoecer e morrer, considerando que grande parte desses determinantes decorre direta ou indiretamente da desigualdade socioeconômica e de direitos. Nesse contexto, as forças políticas e sociais influenciam positiva ou negativamente a saúde da população, conforme as situações

vivenciadas por seus membros em contextos macrosociais e situações específicas de vida e trabalho.

Laurell (1982), representante da Medicina Social Latino-americana, demonstrou o caráter social do processo saúde-doença, o qual se manifesta de forma mais evidente em nível coletivo do que individual, tendo em vista que os grupos apresentam modos específicos pelos quais ocorrem processos biológicos de desgaste, morbidade e mortalidade. O processo saúde-doença de cada grupo revela-se através de indicadores, como expectativa de vida, condições nutricionais, somáticas, laborais e nos modos específicos de adoecer e morrer, ou seja, no perfil patológico do grupo, que pode ser acompanhado ao longo do tempo e em relação direta com a evolução do processo produtivo.

Para Laurell (1982), o processo saúde-doença se articula com o processo social, de modo que é possível afirmar que o primeiro é decorrente do modo de produção vigente, ou em outras palavras, do modo como o homem se apropria da natureza em determinado momento. Como explica Seligmann-Silva (2011), Laurell teorizou o conceito de desgaste, tornando-o central para a compreensão do adoecimento pela perspectiva da Saúde do Trabalhador (como será discutido adiante). Nesta, o desgaste é o produto de uma correlação desigual de poderes e forças impostas sobre o trabalho e o trabalhador, em que o último se torna perdedor, de capacidade potencial e/ou efetiva, corporal e psíquica, como descrevem Laurell e Noriega (1989).

Dessa forma, Seligmann-Silva (2011) aponta o encadeamento de múltiplos fenômenos saúde-doença, em processos que podem ser facilitadores de maior vitalidade ou maior fragilização (vulnerabilização) desta ao longo da vida dos indivíduos inseridos em realidades sociais distintas. Para a Epidemiologia Social, o processo saúde-doença é um conceito central que procura caracterizar a saúde e a doença como componentes integrados de modo dinâmico nas condições concretas de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais (Rocha et al. 2020).

3.3 Saúde mental: dimensão indissociável do processo saúde-doença

O conceito de saúde mental é amplo e complexo e, assim como o conceito de saúde visto anteriormente, não se trata apenas da ausência de manifestação de sofrimento mental. Para Seligmann-Silva (2011), a saúde mental é uma dimensão indissociável do processo saúde-doença, tendo em vista que os fenômenos psíquicos se interrelacionam com o corpo e com as relações humanas.

Borges e Argolo (2002), buscando sintetizar o conceito, apontam que sob a perspectiva clínica e epidemiológica, há critérios básicos para a classificação de doenças mentais, como sintomas que indiquem mau funcionamento psíquico, com possibilidade de alterações na personalidade, pensamento, percepção, memória, inteligência, dentre outras. A presença e a duração dessas alterações, bem como a desintegração no funcionamento psíquico indicam a classificação de doenças mentais. Porém, esse modelo de compreensão exclui situações em que há sofrimento psicológico sem a presença de sintomas no sentido clássico. Dessa forma, a presença de um conjunto de sintomas é uma condição necessária para se detectar doenças mentais, mas a sua ausência não atesta saúde mental.

Dejours (2012a), disserta sobre o sofrimento no trabalho, explicando que da diferença entre a forma como o trabalho está organizado (trabalho prescrito) e a vida psíquica do sujeito, quando suas possibilidades de adaptação ao meio se opõem às suas aspirações, anseios, desejos e objetivos na vida (trabalho real), pode emergir sofrimento e a perda de sentido da tarefa. Conflitos interpessoais podem surgir e o sujeito vivenciar estados de sofrimento como frustração, medo, angústia, insatisfação, sentimento de não reconhecimento e de impotência diante de determinadas situações. Dessa forma, este autor compreende o sofrimento como uma etapa pré-patológica, onde o sofrimento começa quando o trabalhador não consegue concretizar aspirações, ideias, imaginação e desejo.

Para Dejours (2012a), o trabalho que não permite o sujeito ser livre para organizar seus desejos, adaptando-os às necessidades do corpo e às variações de seu estado de espírito, bem como o impede de administrar seu ritmo e estilo próprio da atividade que realiza constitui fonte de desequilíbrio, transformando-se em fonte de tensão e desprazer, até surgir a fadiga, astenia (fraqueza orgânica) e, conseqüentemente, a patologia.

Retomando a indissociabilidade do processo saúde doença, Alves e Rodrigues (2010) apontam para determinantes sociais e econômicos da saúde, referindo o conceito de saúde mental como produto de múltiplas interações sociais, econômicas, biológicas, psicológicas e culturais. Dentre fatores sociais e econômicos que influenciam a saúde mental, Alves e Rodrigues (2010) ressaltam que a estabilidade laboral e a satisfação no trabalho estão relacionadas a melhores níveis de saúde e bem-estar, ao passo que o desemprego está associado a maiores níveis de doença e mortalidade precoce. A insegurança laboral, medo de perder o emprego e a conseqüente vulnerabilidade associam-se a baixa autoestima, sentimentos de humilhação e desespero.

Vasconcelos e Faria (2008) apontam que entre os contextos geradores de sofrimento estão: trabalho desprovido de significação, sem suporte social, não reconhecido; situações de fracassos, acidentes de trabalho ou mudança na posição hierárquica; ambientes que impossibilitam a comunicação espontânea, manifestação de insatisfações e sugestões dos trabalhadores; fatores relacionados ao tempo, ritmo e turno de trabalho; longas jornadas, com ritmos intensos ou monótonos, submissão do trabalhador ao ritmo das máquinas; pressão por produtividade; níveis altos de concentração somados ao nível de pressão exercido pela organização do trabalho e a vivência de acidentes de trabalho traumáticos.

Na interrelação entre homem e trabalho, percebe-se que as modificações na sociedade e nas relações sociais de produção, no decorrer do desenvolvimento do capitalismo, foram acompanhadas por mudanças nas manifestações de sofrimento e adoecimento nos indivíduos,

conforme Vasconcelos e Faria (2008). Os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho são resultados de situações de trabalho em interação com o corpo e o aparato psíquico dos trabalhadores (Brasil, 2001). Para citar um exemplo, a partir da década de 1990, o Brasil adotou novas tecnologias e métodos gerenciais de produção que culminaram na precarização das relações de trabalho, expressas através de adoecimentos ainda pouco conhecidos na época, como o Burnout, além das Lesões por Esforço Repetitivo (LER) e Distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).

Como consequências das novas conformações de trabalho e interface saúde-doença-trabalho, desde 2001, se destacam transtornos mentais relacionados ao trabalho, como alcoolismo crônico, episódios depressivos, estados de estresse pós-traumáticos, síndrome da fadiga crônica, transtornos do sono e síndrome de Burnout, listados na Portaria/MS nº 1339/1999, que instituiu a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho (LDRT), adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico.

Na atualidade, na mais recente atualização da LDRT, Silva-Junior et al. (2022) observam que o capítulo com maior acréscimo de itens foi o relacionado aos Transtornos Mentais e Comportamentais. No entanto, apesar de as expressões de sofrimento mental relacionado ao trabalho estarem cada vez mais frequentes, Borsoi (2007) assinala que ainda persiste um suposto distanciamento entre trabalho e saúde mental, com dificuldades quanto ao reconhecimento dos determinantes dos processos de sofrimento e adoecimento psíquico.

3.4 O campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho

A partir dos movimentos sociais na Saúde, que resultaram na promulgação da Constituição Federal de 1988 e na criação do SUS, abriu-se espaço para o desenvolvimento do

campo Saúde do Trabalhador (ST) no Brasil, que consiste em um campo de saberes e práticas de atuação sobre o trabalho e sobre as estruturas e processos que o organizam, a partir do *locus* dos serviços públicos de saúde, apresenta Lacaz (2007).

Ancorado nos saberes da Saúde Coletiva, Medicina Social latino-americana, Saúde Pública (Brasil, 2019) e influenciado pela experiência do Modelo Operário Italiano (MOI), a Saúde do Trabalhador, conforme Lacaz (2007) surge em contraposição às visões hegemônicas da Saúde Ocupacional e Medicina do Trabalho sobre a relação saúde-doença e trabalho, buscando superá-las e fundamentando-se em saberes teórico-práticos interdisciplinares e dos próprios trabalhadores. No entanto, não há uma substituição linear do modelo biomédico pelo modelo da determinação social da doença. A Saúde do Trabalhador consiste em um campo contra hegemônico, mas não substituiu a Saúde Ocupacional.

Sob a perspectiva da ST, o trabalhador é compreendido como alguém que deve conhecer a situação de trabalho, não apenas o processo de produção em si, mas também o processo de produção e (re)produção das relações sociais de produção. Para Lacaz (2007), o discurso contra hegemônico em que se assenta a ST produz conhecimentos e práticas compartilhados com os dominados, visando elevar sua consciência sanitária e romper com uma rede de relações de poder (inclusive entre profissionais de saúde e trabalhadores).

Como citado anteriormente, o importante conceito de desgaste formulado por Laurell trazendo a referência do materialismo histórico, afirma que há, no trabalho alienado, uma utilização deformada e deformante das potencialidades psíquicas e corporais dos trabalhadores Laurell e Noriega (1989). Assim, as políticas públicas de atenção integral em ST incluem ações de assistência a trabalhadores acidentados ou adoecidos pelo trabalho, vigilância (inspeção) nos ambientes de trabalho, com vistas à prevenção de agravos relacionados à atividade laboral e as ações de promoção de saúde, conforme Costa, Lacaz, Jackson Filho e Vilela (2013).

Por sua vez, a perspectiva teórica da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) é considerada um subcampo da Saúde do Trabalhador, cujo objeto é, mais especificamente, o trabalho e suas relações com os processos de saúde/doença mental, buscando a compreensão sobre o adoecimento mental dos trabalhadores submetidos a determinadas situações de trabalho. Seligmann-Silva (2011) destaca que, para uma maior precisão conceitual sobre o objeto de estudo da SMRT, deve-se ainda inserir o desemprego.

Tais questões têm sido cada vez mais recorrentes em estudos, pesquisas e intervenções no âmbito da psicologia social, a partir de diferentes enfoques teóricos e metodológicos. Parte do aumento desse interesse se deve ao crescimento de transtornos mentais e comportamentais associados ao trabalho, como se percebe em estatísticas oficiais e não oficiais, tal qual aponta Jacques (2003). Nesse sentido, Silva-Junior e Fischer (2015) denunciam o adoecimento mental como a terceira principal causa de concessão de benefícios sociais por incapacidade laborativa no Brasil, nos últimos anos.

Desde o seu surgimento, o campo da SMRT é marcado por polêmicas, sendo a maior delas referente à questão do nexo causal entre transtornos mentais detectados nos trabalhadores e seus respectivos processos e contextos de trabalho, conforme indicam Lima, Assunção e Francisco (2002).

A relação histórica entre aspectos psicológicos e trabalho remonta aos primeiros estudos de Munsterberg, na Inglaterra, em 1913, cujo objetivo era aplicar a psicologia a fim de melhorar a produção industrial. E, conforme Seligmann-Silva (2011), passa também pelos estudos de Mayo, da Escola de Relações Humanas, durante os anos 1920, que buscaram estratégias para adaptação do homem à organização do trabalho, bem como sobre a motivação dos trabalhadores. O fordismo e o taylorismo, juntamente com a Escola de Relações Humanas, atendiam, assim, aos objetivos econômicos das empresas. Nota-se que não haviam estudos sobre a dimensão mental dos trabalhadores. Apenas após a Segunda Guerra Mundial,

despertou-se o interesse para identificação de causas coletivas de quadros psicopatológicos relacionados ao trabalho. Mas, até a década de 70, a maioria dos estudos reconhecia o trabalho somente como fator desencadeante de distúrbios mentais pré-definidos pela estrutura de personalidade.

Faz-se interessante analisar como se desenvolveu o campo da SMRT ao longo dos tempos, com seus pontos de concordâncias e discordâncias entre os pressupostos teóricos e metodológicos, a fim de subsidiar a utilização crítica e reflexiva das abordagens.

Jacques (2003), utilizando como critérios o referencial teórico, a metodologia proposta e a inter-relação entre trabalho e processo saúde/doença mental, propõe quatro amplas abordagens que se articulam com a Psicologia, especialmente a Psicologia Social: 1) Teorias sobre estresse, 2) Psicodinâmica do Trabalho, 3) Abordagens de base epidemiológica e/ou diagnóstica e 4) Estudos e pesquisa em Subjetividade e Trabalho.

Jacques (2003) aponta que as teorias sobre estresse, derivam a princípio do conceito de estresse proveniente da física, que se refere ao desgaste sofrido por materiais submetidos a condições excessivas. Já o estresse psicológico, explica a autora, aplica-se a relação entre a pessoa e o ambiente considerado, por ela, prejudicial ao seu bem estar. Lazarus e Folkman (1984) elaboraram e introduziram o conceito de *coping*, entendido como conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas com a intenção de avaliar e gerenciar exigências internas e/ou externas. Nesse sentido, a Síndrome de *Burnout* (ou síndrome do esgotamento profissional), trata-se de uma reação ao estresse psicológico crônico no trabalho, que de acordo com Quitanilha (2022) utilizando-se dos dados divulgados pela Associação Internacional para Manejo do Estresse no Brasil (ISMA-BR), tem o país como o segundo do mundo com maior número de casos entre seus trabalhadores. Cavallini (2022) informa que a síndrome de *burnout* foi considerada doença ocupacional, com descrição na Classificação Internacional de Doenças (CID-11), da Organização Mundial de Saúde (OMS), e previsão de direitos trabalhistas e

previdenciários, desde 2022. Jacques (2003) conclui que, de forma geral, as abordagens que utilizam o conceito de estresse se fundamentam em referenciais cognitivo-comportamentais, com preferência por metodologias quantitativas e compreendem o trabalho como mero fator desencadeante do processo de adoecimento mental.

Já em relação às origens da Psicodinâmica do Trabalho, Merlo (2002), aponta os estudos dos psiquiatras Le Guillant e Sivadon, que estabeleceram as primeiras relações entre trabalho e psicopatologia. De acordo com Lima et al. (2002), Le Guillant conclui que sob certas condições, o trabalho pode conter alto poder patogênico. Pertencendo à corrente da sociogênese, dentro do movimento de psiquiatria social, Le Guillant tinha a pretensão de explicar o papel do meio no surgimento e desaparecimento dos distúrbios mentais. Para este autor, compreender os mecanismos psíquicos operantes nas relações com o trabalho exige uma abordagem capaz de identificar as características do trabalho, interpretar as evidências clínicas e compreender como essas variáveis se articulam com a história de vida do paciente. Jacques (2003) afirma que na atualidade, a Psicodinâmica do Trabalho é relacionada de forma imediata ao psiquiatra e psicanalista francês Christophe Dejours, que se dedicou as pesquisas sobre sofrimento psíquico e utilização de estratégias defensivas, as quais, segundo ele, são construídas e organizadas coletivamente. De forma geral, conclui a autora, a Psicodinâmica do Trabalho se aproxima de pesquisas qualitativas, baseadas no método clínico e nos fundamentos teóricos da psicanálise (privilegiam a escuta do trabalhador, sobretudo coletiva, bem como a interpretação e devolução).

Por sua vez, as abordagens de base epidemiológica e/ou diagnóstica têm sua trajetória no campo da medicina e no modelo da determinação social do processo saúde-doença. Ramos et al. (2016), referem que no âmbito da promoção da saúde, a epidemiologia exerce o papel de se preocupar não apenas com o controle de doenças e de seus vetores, mas, principalmente, com a melhoria da saúde da população. Os estudos que articulam epidemiologia e ciências

sociais constituem o ramo da Epidemiologia Social, e se mostram interessados em investigar o modo pelo qual as condições sociais influenciam e determinam o processo saúde-doença das populações. Segundo Jacques (2003), no Brasil, tem-se os estudos de Codo e colaboradores como representantes das abordagens epidemiológicas, os quais investigaram quadros psicopatológicos associados a determinadas categorias profissionais, propondo instrumentos de medidas tanto das condições de trabalho quanto da saúde mental dos trabalhadores, complementando abordagens quantitativas com qualitativas.

E, por último, a quarta ampla abordagem sobre a inter-relação entre trabalho e processo saúde/doença mental, tal qual mencionado acima são os estudos e pesquisas em Subjetividade e Trabalho, que buscam compreender a relação dos trabalhadores com a atividade laboral a partir de suas experiências e vivências no mundo do trabalho. O trabalho como eixo norteador para pesquisas e estudos desta abordagem é compreendido para além do seu caráter técnico e econômico, abarcando também a estrutura socioeconômica, cultura, valores e subjetividade dos trabalhadores. Além disso, pesquisas dessa abordagem costumam se embasar em pressupostos marxistas que sustentam a concepção sobre determinação histórica dos processos saúde-doença e seus vínculos com condições de vida e trabalho dos indivíduos. Há também uma predileção por metodologias qualitativas.

Essas considerações mostram que coexistem vários olhares sobre as relações entre trabalho e saúde-doença mental, no entanto, deve-se priorizar reflexões críticas e argumentação consistente. Bernardo et al. (2023) demonstram preocupação com as mudanças no mundo do trabalho e os desafios que o campo Saúde do Trabalhador enfrenta hoje no Brasil, considerando a necessidade de reposicionamento das políticas públicas de ST, a fim de que as ações sejam mais efetivas e a essência política de promoção de saúde seja resgatada.

A presente pesquisa pretende se aproximar e analisar as vivências de uma categoria profissional, a enfermagem, inseridas em seu cotidiano de trabalho em determinado momento

histórico. Portanto, considera-se que a abordagem em Subjetividade e Trabalho, utilizando-se também da perspectiva teórica da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho poderá contribuir com reflexões críticas e considerar a complexidade do tema.

4. METODOLOGIA

Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CEP/ UFU) sob o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 68029423.6.0000.5152 e aprovado sob o Parecer Consubstanciado do CEP nº 6.031.906.

Para atingir os objetivos propostos, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, empregando questionário sociodemográfico e entrevista semidirigida. Vale destacar que a escolha pela técnica das entrevistas individuais se deve ao fato de que as mesmas possibilitam a compreensão das relações entre os atores sociais e o fenômeno, tendo como foco a compreensão de crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos específicos, conforme Silva et al. (2006). Além disso, se justifica pela sua praticidade, em que o participante pode escolher o melhor momento para sua realização.

Como a população a ser estudada são as enfermeiras que trabalham na rede municipal de urgência e emergência e que atuaram na linha de frente ao enfrentamento da Covid-19, as entrevistas foram realizadas com profissionais lotadas em Unidades de Atendimento Integrado, visto que durante o enfrentamento a pandemia, essas unidades de pronto atendimento sofreram alterações em seu funcionamento para poder realizar atendimento de Covid-19 no município, sendo que algumas delas se tornaram referência exclusiva para esse tipo de atendimento.

Obtidas as autorizações das coordenações imediatas das equipes de enfermagem, foi realizada uma primeira entrevista, presencialmente, em salas privadas nos locais de trabalho das sete participantes, no mês de junho de 2023, com duração média de 32 minutos. Após a realização da pré-análise do conteúdo das entrevistas, optou-se por convidá-las para uma segunda entrevista, a fim de alcançar mais associações e representações sobre as repercussões da pandemia na vida profissional das mesmas, conforme os objetivos propostos para este estudo. Considera-se que tal processo possibilita uma maior aproximação com as participantes e com os aspectos que produzem mobilizações sobre estas. A segunda etapa das entrevistas ocorreu entre os meses de outubro e dezembro de 2023, também em salas privadas nos locais de trabalho das participantes.

A participação das entrevistadas foi voluntária e antes de iniciá-la, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo 1) foi lido, apresentando-lhes os objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como benefícios e riscos, tais como a possibilidade de haver algum desconforto provocado ao falar de vivências e memórias dolorosas. Para minimizar esse risco, buscou-se adotar uma postura acolhedora tanto no contato inicial para convite, que se deu presencialmente na unidade de trabalho da participante, quanto durante as entrevistas. Após o aceite, as enfermeiras responderam a um questionário sociodemográfico (Apêndice 1), cujo propósito é caracterizar o perfil das participantes e permitiram a gravação das entrevistas com roteiros semidirigidos (Apêndice 2), que posteriormente foram transcritas na íntegra.

Para a inclusão das participantes na pesquisa, foram utilizados como critérios: ser profissional da equipe de enfermagem (auxiliar, técnica de enfermagem ou enfermeira), com idade superior a 18 anos, atuar em contexto de pronto atendimento no momento da pandemia, ter experiência profissional de pelo menos dois anos, e atuar no Sistema Único de Saúde, com vínculo de trabalho na rede municipal de Uberlândia. Como critérios de exclusão, utilizamos: profissionais de licença (casamento, parental, doença ou férias) no momento da pesquisa. Além

disso, as participantes foram informadas sobre o direito de retirar a autorização de participação na pesquisa, caso mudassem de opinião.

Durante a realização das entrevistas, ocorreram situações de muita mobilização emocional diante de recordações das experiências vivenciadas durante o enfrentamento à pandemia de Covid-19. Sendo a pesquisadora psicóloga, ciente do risco que a entrevista poderia provocar, houve preocupação em manter uma postura acolhedora, respeitosa, ao mesmo tempo incentivando as falas, de forma livre, evitando influenciá-las, para que a autenticidade das informações não ficasse prejudicada.

A fim de garantir o anonimato das participantes e minimizar o risco de identificação das mesmas, serão utilizados nomes fictícios (Estela, Marcela, Maya, Olívia, Sofia, Talita e Vera), escolhidos pela pesquisadora a partir do significado dos nomes e sua correlação com a participante (personalidade, fato marcante, entre outros), apreendida pelo conteúdo das entrevistas.

Para a construção da discussão, todas as entrevistas realizadas foram transcritas e o material relido e estudado, enquanto os dados advindos do questionário sociodemográfico foram tratados através de estatística não paramétrica.

As informações obtidas por meio das entrevistas foram analisadas por meio da análise de conteúdo, método elaborado por Laurence Bardin. Trata-se de um conjunto de técnicas de análise das comunicações com o objetivo de obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens (Bardin, 2016). Conforme Moraes (1999), o sentido de um texto nem sempre é manifesto e seus significados não são únicos, estes podem ser de natureza psicológica, sociológica, política ou histórica. Faz-se importante olhar para as categorias de forma crítica e considerar o contexto sócio-histórico,

político e econômico que embasa o processo de subjetivação das trabalhadoras participantes do estudo.

A análise de conteúdo pressupõe as seguintes etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material, 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2016).

Bardin (2016) sugere para a fase de pré-análise, a seleção dos materiais a serem analisados e uma leitura flutuante dos mesmos, a partir de regras, como a da exaustividade (considerar todos os elementos da comunicação), da representatividade (abarcando os aspectos principais do que se pretende investigar), da homogeneidade (uniformidade do tema e aspectos técnicos) e da pertinência (materiais adequados ao conteúdo e objetivos da pesquisa). Referente à segunda etapa, de exploração do material, esta consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração conforme regras/categorização previamente formuladas. Entre as diferentes possibilidades de estabelecer as categorias, a investigação por temas ou análise temática, é rápida e eficaz quando aplicada a discursos.

Em seguida, se deu o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta última etapa, objetiva-se apreender os conteúdos manifestos e latentes, podendo inclusive surgir resultados inesperados. Dessa forma, os trechos que dialogavam com os objetivos da pesquisa foram selecionados e agrupados conforme as similaridades encontradas, definindo, assim, as principais categorias e subcategorias, a fim de explorar e revelar os variados aspectos de cada uma.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir será apresentado um breve histórico sobre o campo de pesquisa, o perfil das participantes, a escolha dos nomes fictícios e os conteúdos que puderam ser apreendidos e analisados a partir das entrevistas.

5.1 Breves notas sobre o campo de pesquisa

No mês de junho de 2023, foram entrevistadas profissionais da enfermagem em duas Unidades de Atendimento Integrado do município de Uberlândia. Foi solicitada à coordenação de uma terceira unidade de saúde, permissão para entrevistar as trabalhadoras, mas não obtivemos resposta.

Das duas unidades participantes, uma (Unidade 1), além de autorizar a ida da pesquisadora à unidade de saúde, transmitiu o convite da pesquisa através de uma rede social de mensagens instantâneas para o grupo de trabalho (da qual não tivemos acesso ao seu conteúdo), de forma que quando a pesquisadora se apresentou para fazer o convite, algumas participantes demonstraram que já tinham conhecimento sobre a existência da pesquisa (por exemplo, Sofia e Talita) e interesse prévio na participação.

O convite a Maya foi feito através da mediação da coordenação da Unidade 1, que considerou suas vivências pessoais como interessantes a serem apresentadas na pesquisa. Em outro dia, foi levantado quem estaria mais tranquila em relação às atividades de trabalho para poder participar (nesse dia, Olívia e Talita aceitaram ser entrevistadas). E, numa terceira visita à Unidade 1, a pesquisadora foi convidada a abordar a equipe em busca de participantes, foi quando Sofia se dispôs prontamente. Havia mais uma interessada em participar da pesquisa na primeira Unidade, porém não houve compatibilidade de horários para agendamento da entrevista.

Na Unidade 2, os convites foram feitos com auxílio da coordenação da Unidade, de modo que tanto a coordenação quanto a pesquisadora foram até os postos de trabalho buscando interessados em participar da pesquisa. Houve mais recusas, justificadas por não terem trabalhado naquela unidade no período da pandemia ou por estarem ocupadas naquele

momento. Nesse dia, Vera aceita a participação após convite mediado pela coordenação. Já em outras duas visitas, Marcela e Estela aceitaram tomar parte, mediante a apresentação da proposta e convite feito pela pesquisadora.

Em ambas as unidades, após o aceite das participantes, foi dada sequência nas entrevistas, juntamente com a escolha de uma sala privativa que pudesse ser usada para esta finalidade. As participantes tinham o hábito de comunicar às demais colegas que estariam ocupadas pelo período da entrevista, no entanto os avisos não puderam ser respeitados, tendo em vista que todas foram interrompidas por pelo menos uma vez, para alguém pedir informação ou demandar ações de trabalho das enfermeiras.

É sabido que nas instituições públicas de saúde, há dificuldade na disponibilidade de salas, é preciso compartilhar espaços e realizar revezamentos. As unidades participantes estavam passando por período de reforma, o que também contribuiu para limitar a disponibilidade de espaços. Dessa forma, foram utilizadas para as entrevistas, salas de enfermagem, de exames, de espera, alojamento da equipe e até a área externa da unidade. Alguns locais não estavam ocupados no início da entrevista, mas foram requisitados durante a realização dessa, como uma sala de exames cardiológicos. Na entrevista de Marcela, por exemplo, foram duas solicitações à participante (uma para que ela esclarecesse dúvidas e outra para utilizarem a sala para realização de exame), até que na terceira vez, houve sugestão por parte da participante de que a entrevista pudesse ser finalizada na área externa da unidade, para evitar novos contratempos.

Na primeira sequência de entrevistas, foi surpreendente o fato de, no geral, ter sido fácil encontrar profissionais interessadas em participar da pesquisa. Percebi durante as entrevistas que havia interesse em compartilhar as vivências da pandemia e que as participantes queriam informar o máximo de situações possíveis, pois relataram considerar relevante o tema do estudo. Pelo menos duas delas demonstraram que tinham pensado anteriormente no conteúdo

que queriam falar na entrevista, a saber: o preconceito sentido em determinada fase da pandemia, quando a população hostilizou as profissionais, demonstrando medo de aproximação para evitar o contágio com o vírus da Covid-19, entrelaçado à queixa de desvalorização da profissão. Outra fala frequente após as entrevistas revela o desejo das participantes em ter acesso às conclusões posteriormente.

Já em outubro de 2023, retornei às unidades a fim de realizar uma segunda entrevista com cada uma das participantes. Na Unidade 1, Talita foi a primeira a aceitar, mas pediu que a entrevista fosse rápida, pois tinha que cuidar de pacientes. Nesse dia, sou informada que a participante Sofia havia se demitido, que a Olivia estava de férias e que Maya estava trabalhando em outro turno. Retorno posteriormente e consigo entrevistar Maya.

Em novembro, entrevistei Vera na Unidade 2 e tentei contato via telefone com Sofia para agendamento, porém sem sucesso. Entretanto, tive acesso à informação de que ela havia sido desligada em decorrência de ter sido aprovada para trabalhar em outro local pelo qual ela desejava. As entrevistas com Marcela e Estela, da Unidade 2, também foram recusadas com justificativa de estarem muito ocupadas no dia. Em dezembro, Olívia, Unidade 1, concede a segunda entrevista. Novas tentativas com Sofia, Marcela e Estela não tiveram sucesso.

Em janeiro de 2024, após outras tentativas malogradas, optamos ¹¹ por encerrar as entrevistas. O aceite para a segunda fase de entrevistas mostrou-se muito mais difícil de ser obtido. A partir da percepção de que a grande maioria das participantes se emocionou na primeira entrevista, presumimos que entrar em contato novamente com o tema da pandemia e seus efeitos pudesse provocar lembranças e sentimentos indesejáveis, levando à recusa do contato.

¹¹ Decisão tomada em conjunto com a orientadora.

5.2 Perfil das participantes

Todas as sete profissionais que aceitaram participar da pesquisa são do sexo feminino, com idades entre 26 e 45 anos, sendo a média de 37 anos. As participantes dessa pesquisa representam o que a literatura aponta sobre uma profissão marcadamente feminina. Segundo dados do Cofen (2015), 84,6% do quadro profissional da área é composto por mulheres.

Cinco delas são casadas, uma é viúva e uma solteira. Seis delas têm filhos. Cinco profissionais exercem a função de enfermeira e duas são técnicas de enfermagem. Em relação às profissionais de nível superior, as cinco participantes informaram possuir pós-graduação. Destas, quatro têm especialização completa e uma incompleta.

A atuação das participantes na enfermagem varia de 4 a 18 anos, com média de 10 anos, sendo a atuação em serviços de urgência e emergência variando de 3 a 18 anos, com média em 7 anos. A atuação na rede municipal ficou entre 1 ano e seis meses a 14 anos, cuja média é 5 anos.

As participantes relataram ter trabalhado em outras unidades antes da pandemia, e ao citar os locais, todas relataram hospitais. Algumas respostas incluíram as unidades onde estavam lotadas, tais como centro cirúrgico, UTIs, enfermarias.

O vínculo/contrato de trabalho de todas as participantes no momento da entrevista era com a SPDM, o que se justifica pelo fato de que a SPDM faz a gestão dos locais onde as entrevistas foram realizadas.

Três participantes trabalham no turno da manhã e quatro à tarde, o que, por sua vez, se justifica pelos horários que a pesquisadora realizou a abordagem de convite. A carga horária semanal/jornada de trabalho delas é de 6 horas diárias. Nenhuma delas tinha outro vínculo empregatício no momento da entrevista.

5.3 A escolha dos nomes fictícios

Nas entrevistas, foi dada às participantes a possibilidade de definir um nome fictício para lhes representar, no entanto, nenhuma delas optou por essa escolha. Sendo assim, os escolhi a partir das trocas ocorridas.

Seguindo a ordem alfabética: Estela significa “estrela”, indica uma pessoa talentosa, inteligente e versátil, que procura cumprir suas tarefas com dedicação e brilhantismo. Foi escolhido para uma enfermeira, que relatou ter trocado de turno de trabalho (indo para o noturno durante a pandemia).

Marcela significa "pequena ou jovem guerreira", "dedicada ao deus Marte", “marcial”. Escolhido para a enfermeira que comparou as vivências do trabalho durante o enfrentamento a Covid-19 como estratégias de guerra.

Por sua vez, Maya é um nome feminino com muitas possibilidades de origem e significados. A partir do sânscrito (língua ancestral do Nepal e da Índia) significa ilusão e magia; no hebraico “água”; pela língua tupi, significaria “mãe”; em grego “boa mãe”. De acordo com a mitologia grega, Maia representa a deusa da fecundidade e a mãe do deus Hermes. E ainda, para os romanos, Maia era a deusa da primavera e do renascimento, de onde deriva o nome do mês de maio. Atribui-se a ela a responsabilidade pelo desabrochar das flores após períodos frios de inverno, onde tudo estava sem vida e cinza. Na pesquisa, Maya representa a enfermeira participante que contraiu o vírus da Covid-19 enquanto trabalhava, se preocupando muito com a filha nesse período.

Já Olívia, significa “oliveira” ou “azeitona”, da árvore oliveira, cujo simbolismo em diversas culturas remete à paz, sabedoria, pureza e vitória, além de ser uma árvore resistente e duradoura, associada à força e estabilidade. Na Grécia Antiga, os atletas que venciam as Olimpíadas recebiam uma coroa de ramos de oliveira como prêmio, o que simbolizava vitória

e honra. A entrevista dada pela enfermeira Olívia teve como aspecto marcante uma serenidade na voz e sua visão de mundo, que transmitia estabilidade e força. Olívia atua na enfermagem há quase 20 anos.

O nome Sofia, de origem grega, que significa "sabedoria" ou "a sábia", foi para uma técnica de enfermagem, que relatou ter aprendido muitos conhecimentos técnicos durante seu trabalho na crise sanitária e cujo interesse na aprendizagem ainda permanece forte, buscando se especializar.

Talita significa “menina”, “moça” e está representando a participante mais jovem da pesquisa, cuja experiência na pandemia se correlaciona ao fato de, recém formada, se deparar com uma situação totalmente inédita e desafiadora para todos, incluindo os mais experientes na área.

Por fim, o nome Vera significa “verdadeira”, “sincera”, “franca” ou “a que tem fé”. Sua origem vem do latim *verus*, *vera* ou *verum*, que quer dizer literalmente “verdadeira”, “sincera” ou “franca”. Nomeei como Vera a profissional que relatou ver seus pacientes para além de um número de prontuário e/ou diagnóstico, e que demonstrou apoio e carinho a eles, por vezes se opondo a orientações que, a seu ver, não cabiam na situação extrema de pandemia e proximidade da morte.

5.4 Apresentação e discussão dos materiais empíricos

A seguir, serão apresentados os resultados desta pesquisa, destacando as categorias construídas no processo de análise: 1) Condições e organização do trabalho da enfermagem, que engloba as subcategorias: atividades desenvolvidas pela enfermagem, divisão das tarefas, jornada e carga horária; 2) Mudanças no processo de trabalho da enfermagem durante o enfrentamento à pandemia de Covid-19, cujas subcategorias são: planos de contingência e

mudanças de protocolos, aumento da jornada/carga horária e sobrecarga de atividades, reformas no espaço físico, dilemas éticos, contato aumentado com a morte de pacientes, risco aumentado de contaminação no trabalho, adoecimento de colegas e afastamentos laborais; 3) Efeitos da pandemia sobre a saúde mental das profissionais de enfermagem, com as subcategorias: sofrimento e emoções vivenciadas, heroificação da enfermagem e hostilidade da população; 4) Estratégias desenvolvidas para lidar com os efeitos sobre a saúde mental, envolvendo as subcategorias: estratégias individuais, coletivas e em nível institucional e 5) Repercussões sobre o trabalho e a vida na atualidade, com as subcategorias: mudanças na esfera profissional, mudanças nas relações laborais, repercussões atuais sobre a saúde, repercussões na vida pessoal, repercussões em nível institucional.

5.4.1 Condições e organização do trabalho da enfermagem

Organização do trabalho envolve questões como divisão e conteúdo das tarefas, duração da jornada, ritmo de trabalho, cadeias hierárquicas, bem como mecanismos de supervisão e controle sobre os trabalhadores (Pereira, 2017), enquanto as condições de trabalho dizem respeito ao ambiente em que a atividade se desenvolve, com seus aspectos físicos, químicos e biológicos. As condições de trabalho, por sua vez, tendem a repercutir mais no adoecimento físico dos trabalhadores, já a organização do trabalho pode se apresentar como fator de fragilização mental dos indivíduos, como ressaltam Vasconcelos e Faria (2008), destacando que, dessa forma, as empresas também se tornam parte responsável pela saúde mental de seus trabalhadores.

Souza et al. (2021) assinalam que mesmo antes da eclosão da crise nos serviços de saúde em decorrência da Covid-19, o processo laboral da enfermagem já sofria com os efeitos da precarização imposta pelo ideário neoliberal, pois em função da desresponsabilização do Estado

e diminuição das políticas sociais, as profissionais da enfermagem já vivenciavam graves problemas estruturais, organizacionais e de condições laborais, refletidos em escassez de equipamentos e insumos, carência de pessoal, ritmo de trabalho intenso, dentre outros (a discussão sobre insumos e EPIs será feita na categoria de mudanças no processo de trabalho).

Além disso, merece destaque considerar as relações de poder e a hierarquia no processo de trabalho da enfermagem, tendo em vista as dimensões macro e microsociais que se expressam nas relações entre os profissionais da equipe, com os usuários dos serviços de saúde, com outros profissionais de saúde ou grupos de trabalhadores da instituição.

A partir dessa compreensão, esta categoria pretende discutir as condições e organização do trabalho pela ótica das participantes da pesquisa.

5.4.1.1 Atividades desenvolvidas pela enfermagem

A enfermagem atua na promoção e prevenção da saúde, assim como na sua restauração, especialmente nos setores de atenção secundária e terciária, onde as entrevistas foram realizadas. A descrição das atividades realizadas pelas profissionais nesta pesquisa perpassou os aspectos técnicos e procedimentos específicos da profissão como: realizar triagens, classificar, administrar medicamentos, coletar exames, monitorar o estado de saúde dos pacientes, preencher prontuários, cuidados humanizados prestados aos pacientes e a compreensão por parte delas de que cuidar envolve fazer vínculos, englobando, assim, uma ampla gama de atividades e responsabilidades:

“O meu trabalho é... tem que saber lidar com as pessoas e saber fazer tudo, sabe? Entre sinais vitais, do básico até uma parada cardiorrespiratória” (téc. Sofia, unidade 1).

“Na Classificação de risco, a gente avalia o paciente pra saber qual vai ser a prioridade, que clínica que vai ser atendido. No Pronto Socorro, a gente fica responsável pelas internações, pelo cuidado dos pacientes no corredor, ficar atenta se o paciente está ficando muito tempo na unidade, se está precisando de um algum

outro cuidado, então a gente fica responsável por esses setores. Na Sala de emergência que fica os pacientes com grau de nível de atenção maior. Então, lá ficam os pacientes entubados. Então a gente fica com cuidados intensivos dele lá. Na enfermaria a gente é responsável pelas prescrições, que quem puxa as prescrições é a enfermagem. Então o médico passa para a enfermagem, a gente puxa essas prescrições, passa para a farmácia e fica nos cuidados em geral com o paciente, se dá um desconforto a gente, os técnicos chamam os enfermeiros e a gente acompanha isso. E além de tudo, a gente que ficar responsável pela ambulância, pelos transportes, então transferência, exames, a enfermagem que toma conta de tudo e as escalas da equipe técnica, também somos nós da enfermagem que fazemos” (enf. Estela, unidade 2).

“É, eu acho que a enfermagem, ela trabalha mais assim, ela trabalha o técnico, né? Que na verdade, que é prestação do cuidado técnico pra garantir a vida daquele paciente. Mas hoje em dia com a humanização, sabe? Assim, é o carro chefe, é o principal. A humanização com o paciente, que você cuida dele, muitas das vezes você acaba virando conselheira, você acaba virando amiga” (téc. Vera, unidade 2).

Como bem apontam Miranda et al. (2020), a essência da profissão é o processo de cuidar, o qual não se restringe ao desenvolvimento de atividades técnicas e conhecimento científico, pois envolve também sentimentos e emoções. Pires et al. (2010) também pontuam o trabalho da enfermagem como marcado por esforços físicos e sobretudo, carga emocional elevada devido ao convívio frequente com dor, sofrimento, doença e morte. Para Vicensi (2016), o morrer do outro é tão provocativo ao equilíbrio psíquico e emocional quanto a percepção da própria morte, e por isso os profissionais de saúde, por mais preparados e experientes que sejam, não conseguem familiarizar-se com a morte. Esta frequentemente ainda desperta sentimentos conflitantes de fracasso, culpa e impotência.

Nota-se que ao descrever suas atividades, as participantes não mencionaram o fato de terem que lidar com a morte de pacientes. Podemos depreender daí que o foco das profissionais esteja primeiramente nos procedimentos para restaurar a saúde, como aponta Marins (2023) e que as falas delas são baseadas nas atividades prescritas para a função que exercem, enquanto as atividades reais abrangem muito mais. Dejours (2012b), esclarece a diferença entre trabalho prescrito, correspondente às tarefas especificadas na descrição de um cargo, solicitadas pela coordenação, e o trabalho real, que se refere às atividades de fato realizadas pelas trabalhadoras,

incluindo reajustes nas orientações recebidas, desempenho de deveres não mencionados e o lidar contínuo com imprevistos e situações novas.

As participantes ressaltam o cuidado prestado e o resultado dessa dedicação como aspectos principais do trabalho, ficando satisfeitas, principalmente, com a recuperação da saúde dos pacientes.

“Acho que de a gente poder ajudar as pessoas, né? E assim, não é muito, mas a gente recebe carinho de algumas pessoas, de contribuir, da família. Então é dessa questão de a pessoa reconhecer o nosso cuidado, né?” (enf. Talita, unidade 1).

“E com o tempo, a gente vai vendo a melhora. Eu acho isso, assim, fantástico, né? Daquela qualidade de vida que a gente está tentando resgatar pra aquele paciente, eu acho que isso é fantástico, né? Alguns pacientes são mais rápido, outros demoram mais. Mas, para mim, acho que é marcante, sabe?” (enf. Olívia, unidade 1).

Percebe-se que a dimensão afetiva e relacional está no centro do trabalho das enfermeiras, em uma atividade constantemente voltada para o “outro”, onde as emoções e relações estão destacadas. Jackson Filho (2015) fala sobre o alto engajamento que servidores públicos tendem a ter na tentativa de responder à missão pública a eles atribuída (saúde da população), indo além, em muitas ocasiões, do formalmente prescrito, a despeito das condições de trabalho e modos de organização implementados que colocam em risco a saúde das profissionais. No entanto, é importante ressaltar que diante de impedimentos materiais, políticos, institucionais e gerenciais, o trabalho torna-se limitado e o engajamento das profissionais pode não ser suficiente para resolver os problemas dos cidadãos. Dessa forma, a atividade laboral pode voltar-se contra as próprias trabalhadoras.

5.4.1.2 Divisão das tarefas

Geralmente, o trabalho da enfermagem é caracterizado por um rodízio/revezamento nos postos/setores de trabalho dentro de uma unidade, como é o caso nas UAIs. Isso quer dizer que

em um mês de trabalho, a profissional pode passar uma semana (ou período maior) na Sala de emergência, uma semana na Triage e Classificação de risco, outra na enfermaria e assim por diante, dentre as alas de atendimento, denotando que a enfermagem precisa estar habituada a variados processos de trabalho, independente das afinidades e preferências que as profissionais possam ter.

Esse processo de trabalho baseado na rotatividade ou rodízio de funcionários tem origem na ferramenta gerencial do Sistema Toyota de Produção, o Toyotismo, desenvolvido na década de 1950, com o objetivo de habilitar o trabalhador para atuar em diferentes postos de trabalho, relembra Pinhatti et al. (2017). Advém daí também a expressão “job rotation”, do inglês job (trabalho) e rotation (rotação/variação), como ferramenta para alternar temporariamente as atividades do trabalhador, a fim de flexibilizar e qualificar a força de trabalho.

“Revezo, roda tudo, tem que rodar” (téc. Sofia, unidade 1).

“Aqui nós temos uma escala que nós rodamos mensalmente, então a gente fica responsável pela enfermaria, tem a classificação de risco, o Pronto Socorro e a Sala de emergência. Nós, aqui na unidade 2, também atendemos lá tanto¹² [...] também.... Então aí a gente fica meio que responsável por todos esses setores” (enf. Estela, unidade 2).

Pinhatti et al. (2017) pontuam o fato de a enfermagem ser uma profissão caracterizada por atividades em grupo/equipe. Para Shimizu e Ciampone (2004) a centralidade do trabalho coletivo manifesta-se na obtenção de resultados que revelem a sua finalidade: a atenção integral às necessidades de saúde dos pacientes. Tal centralidade pode ser aprimorada mediante uma comunicação direcionada ao consenso entre as profissionais, potencializando dessa forma, a realização das funções e atividades laborais.

¹² Os nomes dos setores da unidade foram suprimidos para manter o anonimato das participantes e do local onde as entrevistas foram realizadas.

No entanto, a diversidade nos grupos é inevitável, podendo decorrer dificuldades para lidar com as diferenças e surgimento de conflitos. Pereira et al. (2013) colocam como barreiras na comunicação e execução da assistência: a hierarquia entre a enfermagem, falta de motivação e reconhecimento profissional, dificuldade de se trabalhar em equipe, sobrecarga das atividades, precariedade das condições de infraestrutura e recursos materiais da instituição, assim como excesso de estresse no ambiente.

Apesar de a enfermagem usar a ferramenta gerencial “job rotation” sob o discurso de melhorar a satisfação no trabalho e evitar desgaste e sofrimento das profissionais, há que se considerar que o processo de trabalho organizado e gerido no contexto capitalista afeta não só a saúde das profissionais, como também a questão relacional no ambiente de trabalho. Dessa forma, para Pinhatti et al. (2017), a dinâmica de funcionamento dos grupos pode influenciar o resultado do trabalho, tanto para êxito ou para fracasso, a depender do contexto vivenciado por cada organização, com seus aspectos estruturais, organizacionais e relacionais. Sobre esse aspecto, a técnica de enfermagem Sofia, Unidade 1, sente dificuldades em integrar à equipe e percebe como o fato repercute em toda equipe.

“Muitos anos lá e as técnicas há 15, há 10 anos, o que que acontece? Eu não sei se, eu acho que é esse o meu pensar. É, fica no mundinho delas. Chega uma novata, aí afasta a novata, não dá oportunidades. Entendeu? Ai fica nisso, pra mim, pessoa que fica naquele... não tenta melhorar pra equipe inteira... só para ela, porque os antigos tomam conta” (téc. Sofia, unidade 1).

5.4.1.3 Jornada e Carga horária

A carga horária de trabalho da enfermagem revela-se como uma das principais consequências negativas do modelo político hegemônico capitalista. Comparada à carga horária semanal de outros profissionais da saúde de nível superior no Brasil, a da enfermagem é excessiva e desproporcional, denunciam Oliveira et al. (2018).

A Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT estabelece uma jornada¹³ máxima de trabalho de oito horas diárias e de quarenta e quatro horas semanais. Na enfermagem, a carga horária semanal varia de trinta a quarenta horas semanais, sendo comum a jornada de trinta e seis horas por semana, conforme Freitas et al. (2006). Os autores ainda explicitam que as jornadas diárias giram em torno de seis, oito, e doze por trinta e seis horas (quando se trabalha por doze horas e se descansa trinta e seis, posteriormente), ou ainda, jornadas de quatro dias de seis horas e um dia de doze horas, conforme o contrato de trabalho. As profissionais de enfermagem ainda podem ter sua carga horária de trabalho organizada através de escalas de plantão, que é um tipo de planejamento para os horários de trabalho, com a finalidade de organizar o trabalho e alocar as profissionais conforme as diferentes jornadas de trabalho, turnos e descansos.

A luta histórica pela regulamentação da jornada de trabalho da categoria em, no máximo, 30 horas semanais e 6 horas diárias prevê o fortalecimento da enfermagem como profissão e o reconhecimento de que se trata de um trabalho que precisa de condições especiais para uma prática segura, apontam Pires et al. (2010).

Freitas et al. (2006) explicam que a necessidade de assistência contínua ao paciente, exige a realização de turnos ininterruptos de revezamento, plantões de final de semana, noturnos e feriados. A não aprovação da jornada de trabalho de 30 horas, com salário digno, de acordo com Pires et al. (2010) contribui para que as profissionais da enfermagem se vinculem a mais de um emprego, atingindo até 88 horas semanais (o dobro das horas semanais permitidas pela CLT) para sobreviver às remunerações ínfimas.

A CLT também prevê períodos de descanso obrigatórios para todos os trabalhadores. No entanto, Freitas et al. (2004) colocam que devido à natureza das atividades da enfermagem

¹³ A jornada de trabalho é definida por Freitas et al. (2006) como o tempo em que o empregado permanece a disposição do empregador.

na urgência e emergência serem da ordem do imprevisível, é comum as enfermeiras deixarem de usufruir de seu descanso devido às demandas de ações no trabalho.

Em relação a essas demandas, pode ocorrer inclusive o que se chama de necessidade imperiosa, referente à obrigatoriedade da permanência da trabalhadora em atividade em seu local de trabalho até que alguém possa lhe substituir. A passagem de plantão configura-se como um mecanismo fundamental para organização do trabalho para assegurar a continuidade da assistência prestada pela enfermagem. Normalmente trata-se de uma comunicação verbal, na qual são abordados o estado dos pacientes, terapêuticas, assistência prestada, intercorrências, pendências e outras situações que mereçam atenção, como relatam Siqueira e Kurcgant (2005). Freitas et al. (2006) acrescentam que ao realizar essa atividade fundamental para o serviço, incide-se, frequentemente, no aumento da jornada diária de trabalho.

Nesta pesquisa, todas as profissionais relataram estarem com um único vínculo empregatício, o que não quer dizer que cumprem somente 6 horas diárias, devido à realização de “plantões” ou “extras”. As participantes utilizam o termo “extras” para se referirem à realização de horas extraordinárias que vão além da carga horária normal de trabalho, as quais devem ser remuneradas com acréscimo de, no mínimo, 50% sobre o valor da hora normal de trabalho, constituindo um atrativo para a realização das horas adicionais (Freitas et al., 2006). Como o número de horas extras realizadas pelas participantes é variável, não foi possível calcular a jornada de trabalho de forma exata.

As participantes mencionaram as atividades de passagem de plantão e conciliação da rotina com horas extras, formando a complexa carga horária das profissionais de enfermagem. Vale lembrar que nesta profissão, majoritariamente feminina, existe um grande volume de profissionais que além de conciliar as diferentes atividades técnicas no trabalho, são exigidas em outras funções, como a materna, culturalmente atribuída às mulheres.

Oliveira et al. (2018) alertam que a atual organização de trabalho da enfermagem tem contribuído para perdas parciais ou totais das capacidades corporais e psíquicas dessas profissionais, com prejuízos na vida cotidiana em razão da exaustão física e da emocional, como ilustrado na fala da técnica de enfermagem Vera, Unidade 2.

“A dupla jornada, os baixos salários dos profissionais, que faz os profissionais trabalharem em dois, três serviços, sabe? É, a maioria. As pessoas da área da enfermagem têm dois, três serviços, são mães, donas de casa, e tudo, então, a enfermagem, para eu te falar a verdade, é a arte de cuidar, mas quem atua na enfermagem não cuida de si próprio” (téc. Vera, unidade 2).

5.4.2 Mudanças no processo de trabalho da enfermagem durante o enfrentamento à pandemia de Covid-19

Houve uma preocupação mundial com a possibilidade de os sistemas de saúde entrarem em colapso por falta de leitos especializados para receber todos pacientes que se contaminavam com Covid-19. Na tentativa de minimizar mortes e oferecer um sistema mais adequado para a população, foram levantados hospitais de campanha em caráter emergencial.

Em Uberlândia, tal estratégia também foi adotada, e no que tange especificamente às UAIs, nosso foco de estudo, uma das medidas gerenciais de enfrentamento foi destinar determinadas unidades de urgência e emergência para atendimento exclusivo à Covid. Nesse momento, a organização do trabalho foi frequentemente revista e reelaborada, assim como as condições de trabalho, a exemplo das instalações físicas das UAIs que precisaram ser reformadas.

Portanto, essa categoria envolve as mudanças decorrentes do planejamento e orientação sobre a execução das atividades da enfermagem, como planos de contingência e mudanças de protocolos, aumento da jornada/carga horária e sobrecarga de atividades, reformas no espaço físico, dilemas éticos, contato aumentado com a morte de pacientes, risco aumentado de contaminação no trabalho, adoecimento de colegas e afastamentos laborais.

5.4.2.1 Planos de contingência e mudanças de protocolos

A OMS desempenhou papel fundamental na formulação de diretrizes para a elaboração de planos de contingência, referente ao conjunto de ações coordenadas dos sistemas de saúde e instituições parceiras para o enfrentamento da pandemia. O objetivo de um plano de contingência é oferecer orientações claras e bem estruturadas, definindo responsabilidades, estratégias e recursos necessários para enfrentar situações de emergência em saúde pública, facilitando a tomada de decisões e a rápida mobilização de recursos (Brasil, 2024).

Conforme as pesquisas sobre o vírus avançavam, os protocolos clínicos em saúde se atualizavam. No início da pandemia, essas mudanças eram bastante frequentes e mobilizavam as participantes:

“Foi logo no início, quando aumentaram muito os casos, aí eles decidiram que a gente seria referência de sintomas gripais, né? Então, se chegava na UAI X e tivesse algum sintoma gripal, ele vinha para cá, a gente recebia o paciente de todas as unidades que precisasse, a gente era referência de Covid, virou só Covid” (enf. Estela, unidade 2).

“Aí, eu fiquei, tipo um mês inteiro, aí todo dia tinha uma mudança de protocolo: Olha, paciente com sintomas gripais tem que ser encaminhado para tal setor, o fluxo vai mudar, a paramentação: a gente tinha que estar muito paramentado e isso às vezes até atrapalhava a gente na fala, em lidar com o paciente, mas para nossa segurança, porque era uma questão muito nova para todo mundo, aí tinha muito, aquelas interrogações” (enf. Maya, unidade 1).

“Então eu lembro que era mudança, né? Igual quando a gente chegou aqui, eu estou no meio do plantão: ‘nós vamos lá pra outra unidade’ e foi saindo, né? As especialidades daqui. O ambulatório também fechou, né? Foram mudanças de curto prazo, né? Rápidas. Pra gente preparar, pro que estava vindo” (enf. Olívia, unidade 1).

“E lá a gente teve que mudar tudo completamente. Eu, a sala de todo mundo, né? A gente só atendia pessoas com sintomas gripais. O fluxo ficou, mas a demanda começou a ficar muito alta, né? Não, não, não, não, não tinha espaço físico suficiente pra isso” (enf. Marcela, unidade 2).

Souza et al. (2021) apontam que a fragilidade na descrição e execução dos protocolos e fluxos no momento da crise, além do número insuficiente de equipes de enfermagem treinadas

e capacitadas para cuidar de pacientes graves potencializa a angústia das profissionais de enfermagem, impactando negativamente na saúde das mesmas.

Enfermeira Olívia conta sobre sua participação na construção de fluxos e definição de condutas, juntamente com outros membros da equipe, à medida que diferentes situações se apresentavam na realidade laboral e precisavam ser adequadas àquele ambiente e àquela população.

“A gente fazia assim: ‘E agora, como é que nós vamos fazer para atender o exame de imagem desse paciente?’ Resolvendo na medida que a gente foi vendo que precisava. Como não foi muito planejado, não tinha muito tempo de planejar, a gente foi tentando resolver da melhor forma” (enf. Olívia, unidade 1)

Sobre o fluxo de visitas, Olívia menciona as alterações:

“Porque as visitas ficaram restritas. Não podia entrar, né? Visita era uma pessoa só, tinha que ser paramentada, né? Porque o risco de a unidade ficar isolada era grande, né? E ficar todos de suspeita ali no isolamento. Então assim, a gente tinha que ter um cuidado muito redobrado, né? Não podia conversar, não podia, tinha que ter uma distância entre um paciente e outro, era só dentro do quarto, né? Saía só pra fazer as refeições e voltava. Então assim, foi um transtorno!”

5.4.2.2 Aumento da jornada/ carga horária de trabalho e sobrecarga de atividades

As participantes relataram que até o enfrentamento à pandemia não haviam tido a necessidade de realizar tantas horas extras. Além do tempo a mais que as profissionais estavam à disposição no ambiente de trabalho, as atividades se intensificaram, somadas à preocupação com a saúde dos pacientes em estado grave.

A situação tornou-se ainda mais complexa a partir de ações emergenciais tomadas por instâncias governamentais. Souza et al. (2021) trazem o exemplo da Medida Provisória (MP) 927/2020, sobre as flexibilizações trabalhistas para profissionais de saúde de regime celetista, repudiada pelo Cofen, pois reduzia a proteção às trabalhadoras durante a pandemia, tendo em

vista a ampliação da jornada de trabalho por até 24 horas e redução do tempo de descanso para 12 horas.

Miranda et al. (2020) alertam para a necessidade de cautela na definição de condutas para enfrentamento de crises, de modo que o trabalhador de saúde não seja penalizado e fique ainda mais exposto a riscos.

Trabalhar até a exaustão fez parte da rotina da enfermagem durante a pandemia, de forma que, por vezes, os sintomas de adoecimento por Covid-19 foram confundidos com cansaço, como no caso da enfermeira Maya:

“Eu tinha terminado a sétima extra e até então eu nunca tinha feito tanta extra assim, mas por necessidade da unidade eu tinha feito e eu iria entrar de férias. E cheguei e já falei pro meu esposo: “Oh eu estou com uma dor de cabeça, mas eu estou muito cansada, fiz três dias de extra direto, 12 horas direto, hoje eu estou com corpo muito exausto, mas ainda bem que eu vou estar de férias “ah é cansaço, é fadiga”, não sei se por negação, não sei se por desinformação, foi uma coisa assim que não me passou pela cabeça, de maneira nenhuma e já senti febre à noite, e já, aí até então eu sempre liguei ao cansaço extremo, à fadiga extrema” (enf. Maya, unidade 1).

“Teve na época do pico mesmo da pandemia, eu mesmo, quase não faço hora extra, eu cheguei a fazer em torno de 80 horas extras e teve gente que fez até 100 horas extras, porque o quadro de funcionários bem reduzido, equipe técnica também bem cansada, né? Porque acabavam também tendo que ficar fazendo hora extra. Então foi, assim, e nisso um colega afasta, nós tínhamos colegas que eram idosos, então, no início da pandemia, acabou sendo afastado também” (enf. Estela, unidade 2)

“Porque a gente também trabalhou ao máximo, ao extremo que você possa pensar. Eu já cheguei a ficar aqui semanas, aqui dentro. De 12 horas todos os dias, sabe?” (téc. Vera, unidade 2).

“Tem o período de descanso, mas, no pico da pandemia, a gente não descansava. Na época da pandemia, fiquei sem férias, então assim, foi 2 anos, foi um ano bem puxado!” (enf. Estela, unidade 2)

“Na época, você vai lá e bebe uma água, você pode perder uma vida” (téc. Sofia, unidade 1).

“Era intubação em cima de intubação. Já aconteceu de ter mais de uma intubação ao mesmo tempo, sabe? De uma médica entubar, a gente já gritar e ter outra, a gente passar o álcool na lâmina ali e já ir pra outro. É uma cena de guerra. Até a diluição era diferente. Porque depois de um tempo passa a ser diferente porque se não fosse dessa forma, não ia ter medicamento pra todo mundo.” (enf. Marcela, unidade 1).

“Então, assim, a gente estava, chegava num ponto que a gente estava muito esgotado e acabava que entrava um pouco, meio que numa rotina. Não é que... É ruim falar que a gente entrava numa rotina, mas é que aquilo já estava virando um bolo de neve, que

a pessoa saia às vezes, você não tinha tempo de limpar direito para você receber outra que estava muito grave” (enf. Talita, unidade 1).

5.4.2.3 Reformas no espaço físico

Nota-se que as reformas no espaço físico se tornaram urgentes a fim de atender à nova demanda de saúde e melhorar as condições de trabalho da enfermagem, que até então improvisavam locais de atendimento da maneira como podiam:

“Foi num lugar que também, assim, de um dia pro outro, tinha que ter mais sala, mais computador, mais, então assim, a essa transição brusca é, foi meio rápida, né? Tinha, a gente tinha que se organizar rápido lá” (enf. Olívia, unidade 1).

“E aí a gente virou, a unidade inteira a gente só falava assim: “Precisava de entubar”, vinha um respirador e essa sala virava uma sala de emergência, porque aí no auge, a gente chegou a ter acho que mais de 20 pacientes entubados na unidade, então, foi um período bem crítico” (enf. Estela, unidade 2).

“Foi coisa rápida, foi coisa de um mês, dois meses, sabe? Foi coisa muito rápida, a gente virou, toda a unidade virou só Covid! Só tinha quarto de paciente com Covid, as macas, a gente tinha umas cinco salas de emergência. Nessas cinco salas, eram 3, 4 respiradores em cada sala, só paciente entubado” (téc. Vera, unidade 2).

“Eu lembro que a coordenação ficou no almoxarifado. A gente só atendia pessoas com sintomas gripais” (enf. Marcela, unidade 2).

“Tanto que todas as unidades têm essa estrutura aqui ó [aponta para a parede], todo lugar que você vai tem os pontos de oxigênio” (enf. Marcela, unidade 2).

Souza et al. (2021) relacionam as condições inadequadas de trabalho na pandemia ao aumento de dilemas éticos da enfermagem, pois a insegurança no trabalho e o medo de adquirir a doença, poderiam resultar, por exemplo, no distanciamento do paciente e na recusa em prestar o cuidado, comprometendo a qualidade da assistência. Importante ressaltar que a recusa de atendimento quando o local de trabalho não oferecer condições seguras para o exercício profissional está respaldada pelo art. 76 do Código de Ética das profissionais da enfermagem (Cofen, 2007).

Entretanto, tal situação não foi relatada pelas participantes, pelo contrário, as profissionais, mesmo cientes do risco de contágio, se prontificavam para atendimento em prol do outro. Para além de uma decisão individual, pode-se pensar na influência que a cobrança social teve em relação ao trabalho da enfermagem durante a pandemia. Vale lembrar o conceito de alto engajamento apresentado na subcategoria das atividades desenvolvidas pela enfermagem por Jackson Filho (2015), sobre a tendência de servidores públicos tentarem responder à missão pública a elas atribuída (saúde da população), apesar dos impedimentos organizacionais que se impõem, ou seja, dos processos que tornam ações difíceis, que paralisam, bloqueiam, obstruem, inibem ou fazem obstáculos à execução do trabalho (Sznclwar et al., 2006). Para estes autores, o conceito de impedimento se aplica quando o sujeito não tem outra escolha, a não ser a de ceder, parar de fazer, parar de funcionar e parar de ser. Impedimentos materiais e organizacionais estão presentes no trabalho do serviço público, como apontam Jackson Filho (2015) e constituem a principal fonte de sofrimento para seus servidores, constringendo-os.

Dessa forma, a pouca margem de ação das enfermeiras, no caso desta pesquisa, pode resultar da ação impeditiva que provoca aumento da carga de trabalho ou a limitação do poder agir das mesmas, colocando em risco sua saúde ou levando ao desengajamento. Clot (2010) afirma que o sofrimento decorrente de atividades impedidas é uma forma de amputação do poder de agir, uma vez que esvazia o sentido da ação e é experienciada como ataque à integridade de si.

Nesse sentido, as mudanças nas instalações físicas das UAIs precisam ser destacadas, pois aparentam ter deixado marcas profundas não só nas estruturas das unidades de saúde, mas também nas profissionais, tendo em vista que essas alterações geraram um dilema relacionado a priorizar ou sacrificar pacientes.

5.4.2.4 Dilemas éticos

Situações e ambientes de assistência à saúde se tornam complexos e desafiadores, não somente pelas condições de trabalho e de gerenciamento, mas também pela necessidade de os profissionais de saúde tomarem decisões relevantes à vida das pessoas. Zwielewski et al. (2021), analisando os dilemas éticos e saúde mental desses profissionais durante a pandemia, discutem que estas decisões entram em confronto com seus valores pessoais, gerando danos morais que contribuem bastante para que o estado emocional desses trabalhadores fique cada vez mais debilitado e vulnerável.

Dilemas éticos envolvem confronto pela decisão entre duas opções, em que nenhuma delas se sobrepõe à outra, mas que podem colidir com os limites estabelecidos por normas legais ou institucionais, de forma implícita ou explícita. Nesses casos, a decisão tomada gerará consequências ou prejuízos para os envolvidos ou a terceiros, o que se torna um desafio à consciência. Ainda conforme Zwielewski et al. (2021), profissionais de saúde, especialmente no enfrentamento a crises sanitárias e situações de emergência de alto impacto, podem viver conflitos e dilemas éticos com frequência, exigindo habilidades clínicas, conhecimentos sobre diretrizes, normas institucionais/profissionais e capacidade para emitir juízos críticos diante dos problemas com os quais estão envolvidos.

A enfermeira Marcela, Unidade 2, relata que a instalação de pontos de oxigênio para suprir a demanda dos pacientes que precisavam de suplementação de oxigênio como parte do tratamento para Covid-19, levou sua equipe a um dilema sobre transporte de pacientes que não poderiam ser movimentados naquele momento, devido ao risco de morte.

“E eu lembro que nessa questão de fazer a mudança, colocar os pontos (de oxigênio), a gente teve que sacrificar 16 pacientes e eu falo sacrificar por que? Porque a gente sabe, quem trabalha na Sala de emergência, sabe que um PEEP alto, acima de 12, uma FO 2 de 60 pra cima, essas coisas a gente não pode movimentar o paciente, a gente não pode, porque a gente vai estar matando ele. E eu lembro que, assim, foi muito difícil pra nós aceitarmos isso. Mas, assim, na hora, eu sabia que a

gente estaria sacrificando 16 pacientes, mas que a gente estaria salvando mais pessoas. É, mais pra frente, sabe? Só que, assim, foi muito difícil, porque você via que a gestão, é [começa a chorar] estava contigo lá, estava te ajudando e não tinha o que eles fazerem. E a gente, ou sacrificava aquelas pessoas ou a gente ia matar muito mais. A gente carregando aqueles pacientes. Foi horrível, foi horrível” (enf. Marcela, unidade 2).

A opção da equipe em realizar o transporte para viabilizar a reforma considerou que a mesma traria, ao seu fim, maiores benefícios. Emocionada, a enfermeira fala sobre as dificuldades envolvidas nessa tomada de decisão, que foi compartilhada com os gestores. No entanto, em sua fala é possível perceber que não foi uma decisão unânime. Apontando a questão das diferentes qualificações profissionais dentro da enfermagem, a participante traz a crença de que a equipe técnica da enfermagem teve mais dificuldade para compreender as razões da decisão e por isso, aceitá-las.

“Não foram todas que conseguiram entender aquilo. Mas foi muito pesado, foi muito pesado mesmo, é... tudo isso. Acho que pra mim, foi o que mais me marcou, né? Nessa pandemia, foi essa mudança que a gente teve que sacrificar esses pacientes. E eu acho que o mais difícil, sinceramente, foi pra equipe técnica. Se a gente, enfermeiro, se a gente participou, foi muito difícil, foi... a gente tinha conhecimento, é... a mais, né? Que nem, assim, algumas pessoas que eu te falei. Eles não iam entender, eles não entenderam essa questão do transporte, né?” (enf. Marcela, unidade 2).

Quando as profissionais reconhecem a ação eticamente correta a seguir, porém não a executa por limitações ou circunstâncias que extrapolam sua competência ocorrem as situações de sofrimento moral (Yasin et al., 2023). No caso, a equipe citada ao se ver diante de um grande dilema ético pode ter vivenciado sofrimento moral. Dessa forma, é preciso ponderar as vivências completamente atípicas, inéditas e carregadas de situações conflitantes, com barreiras nos sistemas de saúde dificultando decisões seguras. Tais vivências precisam ser reconhecidas em sua dimensão moral e ética para não levar as profissionais de enfermagem a tratar situações eticamente desafiadoras como normais (Yasin et al., 2023).

5.4.2.5 Contato acentuado com a morte de pacientes

Como citado anteriormente, a essência do trabalho da enfermagem é cuidar, no entanto, o envolver-se com o sofrimento e adoecimento de outras pessoas constitui-se como prática penosa da profissão. Souza et al. (2021) retomam que já existia um risco para adoecimento psíquico das trabalhadoras, que foi acentuado pela pandemia, em virtude de lidarem com elevado quantitativo de óbitos de pacientes sob seus cuidados e vivenciarem o processo de morte e morrer de colegas de trabalho em consequência da contaminação pelo vírus.

O contato com a morte é considerado parte da rotina de trabalho da enfermagem, mas nem por isso é vivido de forma simples. Vicensi (2016) discute que a presença da morte não afeta somente o paciente e seus familiares, mas influencia toda a equipe envolvida na sua assistência, sendo profundas e diversas emoções, dúvidas, inseguranças e medos. E um dos maiores impactos produzidos pela pandemia foi o contato intensificado com a morte, que para a população em geral se dava diariamente através dos noticiários em todo mundo. Como exemplo assistiu-se a cenas em que contêiners frigoríficos foram usados para armazenamento de corpos, caminhões do Exército auxiliarem na remoção de corpos, imagens de numerosas valas abertas às pressas nos cemitérios, até que essas cenas/mortes, antes distantes, foram se aproximando cada vez mais das pessoas, através do luto por algum familiar, amigo, conhecido ou, no caso da enfermagem, diariamente através de pacientes e também de pessoas próximas:

“Quantas vezes eram mais de, sei lá, de 4 corpos sendo preparados, sabe? A gente não tinha espaço físico pra pôr os corpos. Estava tendo tantas mortes que a minha colaboradora foi entrar e tem uma sala [...] que é apoio, tinha um corpo lá, na hora que ela entrou: ela pirou! Ela falou assim: ‘Meu Deus!’ E ela paralisou, não, tipo assim: ‘Até aqui!’ Ela fechou a porta e a gente teve que dar o dia pra ela [de folga] de tão, assim, pesado que foi, não comportava o número de mortos” (enf. Marcela, unidade 2).

“Teve um num plantão meu noturno, esse foi bem cansativo: nós numa noite tivemos 5 óbitos! Então, assim, foi um plantão pesado, bem estressante. Eu sei que eu cheguei em casa falando que eu nem ia voltar mais, porque assim aquele dia mesmo mexeu muito comigo, fiquei bem abalada” (enf. Estela, unidade 2).

“Era realmente uma cena de horror, né? Porque era gente de todas as idades, era homem, era mulher, era pai, era mãe, era filho, filha, né? Às vezes a gente já teve situação de ter várias pessoas da mesma família. E era, era um horror mesmo” (enf. Talita, unidade 1).

“Muitas famílias morreram. Eu lembro de, assim, de internar famílias, pai, mãe, filho e sogra e sogro. Um horror! Ai um de alta, o outro ia pra transferido e o outro morria, então assim ‘E como é que o fulano tá?’ ‘Como é que meu marido...?’ Sabe? Era um horror. Era um horror” (enf. Olívia, unidade 1).

As participantes lembram que essa situação foi ainda mais dolorosa pelo tratamento diferenciado que deveria ser dado ao corpo de uma pessoa falecida por Covid-19 (caso suspeito ou confirmado) e a impossibilidade de despedida para os familiares, conforme protocolo rigorosamente imposto no início da pandemia pelas autoridades sanitárias.

“E outra coisa que eu não vou esquecer também, aonde que o carro da funerária saía, muitas vezes eu assisti gente correr atrás do carro da funerária. Eu vi muita mãe chegar ali naquele portão enquanto o carro estava pegando, porque não, nem no cemitério a família não ia, né? E mãe pedir pelo amor de Deus pra ver o filho, sabe?” (téc. Vera, unidade 2).

“Uma cena que eu não vou esquecer nunca, que fez eu mudar muito a minha vida também é que quando morria, que a gente tirava os aparelhos, aquela cena de colocar aquele corpo, dentro do saco preto... Porque é lógico que o falecimento é uma perda muito grande pra família, mas pelo menos, assim, tem aquela dignidade, da família despedir, né? Eu não frequento velório, mas eu costumo falar que o velório é preciso pra família, né? cortar o cordão, despedir” (téc. Vera, unidade 2).

“Assim, o preparo do corpo pós morte já é da enfermagem, né? E era muito, muito, muito estranho, porque a gente colocava nesse saco, fazia uma placa de identificação e chamava o maqueiro. O maqueiro levava embora aquele corpo. E, tipo assim, isso não era uma vez por dia, eram várias vezes por dia” (téc. Vera, unidade 2).

Esses relatos tocam em pontos importantes, como a vivência de lutos individuais e coletivos durante a pandemia, a ritualização da morte como fator indissociável do processo de elaboração das perdas, e os impactos que a ausência ou empobrecimento desses rituais fúnebres produziram na sociedade e nas profissionais de saúde. As enfermeiras, compreendendo o valor da despedida para os familiares, sofreram com o fato de não terem podido permitir determinados rituais, que antes eram realizados dentro das unidades. Nota-se que no relato abaixo, a enfermeira Olívia, Unidade 1, usa a expressão “da gente viver com as famílias” se implicando junto com elas ao ver e viver também o sofrimento do luto.

“É, e o familiar recebe esse corpo, né? Arrumadinho, diferente, né? Do que estavam aqui. Então, são imagens que foram muito ruins, sabe? Da gente viver com essas famílias. Então elas queriam tocar e nós falávamos: ‘Não, não pode pôr a mão, não pode, é só pra olhar!’ E era assim: no máximo 20 minutos! Foi terrível!” (enf. Olívia, unidade 1).

5.4.2.6 Risco aumentado de contaminação no trabalho

O contato direto e intenso da enfermagem com pacientes contaminados pelo vírus as colocou em tão alto risco de contágio e predisposição para afastamentos laborais, que essa subcategoria também precisa estar demarcada nesta pesquisa.

Os procedimentos hospitalares que geram aerossóis, como intubação orotraqueal, aspiração de vias aéreas e ressuscitação cardiopulmonar, representavam riscos para as profissionais, conforme Souza et al. (2021) e por isso, o uso adequado de EPIs se tornou indispensável para a preservação da saúde. No entanto, condições inadequadas de trabalho, tais como insuficiência de recursos humanos e materiais, estruturas físicas inapropriadas, inadequada capacitação e treinamento de pessoal, tornou o trabalho assustador e gerou incertezas e temores em relação à saúde e segurança dessas trabalhadoras. Temor reforçado pelos dados do Conselho Federal de Enfermagem (2021), apresentando o Brasil como o país com mais mortes de profissionais da enfermagem (na época, 776 trabalhadoras já haviam perdido a vida).

Todavia, como citado anteriormente e corroborando a literatura, apesar das situações de risco, a enfermagem não deixou de se expor e atender os pacientes. O cuidado que as enfermeiras prestaram durante a pandemia, de forma muito comprometida e engajada com a missão de seu trabalho, foi, além da dimensão da doença, marcado pela responsabilidade das profissionais com a situação de emergência em saúde pública, apontam Yasin et al. (2023).

“A gente tinha algumas condutas que a gente não podia fazer, que era ambuzar¹⁴, só que às vezes a gente via pessoas que eram tão jovens, né? Sem nenhuma comorbidade, que a gente fazia aquilo sem poder fazer. Não podia ter aerossóis, né? Então a gente não podia ambuzar, só que às vezes era tão difícil ver pessoas jovens naquela situação que a gente, algum ou outro a gente fazia” (enf. Marcela, unidade 2).

“Eu peguei Covid, foi o prazo de três dias eu já estava internada, já estava no O2. Eu pensei muito que eu ia morrer” (enf. Maya, unidade 1).

“Porque o trabalhar, a gente tinha que vir... Contava com os profissionais que éramos nós, né? Porque estava tanta gente adoecendo, e colegas adoecendo e familiares de colegas adoecendo, que a gente só queria estar aqui. A gente saía daqui, até é uma coisa mais louca, a gente tinha que sair pra gente tomar um banho, dormir, mas a gente estava lá e a gente queria estar aqui” (enf. Olívia, unidade 1).

“Porque foi uma missão muito grande que a gente se expôs, né? Porque assim a gente nunca sabia se eu ia sair de casa hoje e eu ia voltar mesmo, porque da noite pro dia todo mundo positivava, às vezes precisava internar e já precisava de oxigênio. Então, foi muito maluco” (enf. Talita, unidade 1).

Em 2020, primeiro ano da pandemia, houve um enorme salto nos casos de doenças por vírus notificados como relacionados ao trabalho (de 113 em 2019 para 20.797 no ano seguinte). Tais casos correspondiam, em sua grande maioria, ao adoecimento de profissionais da enfermagem, principalmente técnicas e auxiliares, seguidas por enfermeiras, como aponta Maeno (2021).

Aos fatos, seguiu-se o debate sobre a possibilidade de a Covid-19 ser considerada uma doença ocupacional. Durante a pandemia, em 28 de agosto de 2020, a doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, em atividades de trabalho, foi inserida na Lista de Doenças Relacionadas ao trabalho (LDRT), através da Portaria 2309/20, que alterava a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. No entanto, Souto (n.d). explica que a Portaria 2309/20 foi revogada um dia após sua publicação pelo Ministério da Saúde, retornando,

¹⁴ Ambuzar o paciente: Oferecer ao paciente oxigenação manual através do ambu (bolsa-válvula-máscara), método padrão para fornecer rapidamente ventilação de resgate a pacientes com apneia ou insuficiência ventilatória grave, conforme Habrat (2022). O ambu é um respirador com reserva de oxigênio movido a apertões, que pode afetar o tecido do pulmão caso haja muita pressão no movimento, e também ser extremamente cansativo ao profissional que está realizando, explica Galvani (2021).

à época, aos termos da Lei nº 8.213/91, de que para receber benefício previdenciário (auxílio-doença acidentário) em decorrência da Covid-19, o funcionário precisaria fazer prova do nexo de causalidade da contaminação no ambiente laboral e da culpa do empregador. Atualmente, a Portaria GM/MS nº 1999, de 27 de novembro de 2023 atualizou a LDRT, que teve o número de códigos diagnósticos aumentado de 182 para 347 e incluiu a Covid-19.

De toda forma, mantém-se a responsabilidade aos empregadores da área da saúde em relação ao fornecimento de EPIs e adoção de medidas de proteção aos funcionários. Jackson Filho et al. (2020) apontam a necessidade de medidas organizacionais e coletivas a serem tomadas pelas empresas, mesmo contemplando medidas de proteção individual.

E Maeno (2021) ressalta a importância da participação dos trabalhadores na elaboração de planos de atuação a fim de que se abram possibilidades para um cotidiano com maior proteção à saúde dos trabalhadores.

5.4.2.7 Adoecimento de colegas e afastamentos laborais

As participantes da pesquisa relatam como foi angustiante se contaminar e ver o adoecimento, e até falecimento, de colegas por Covid-19.

“E o que é pior, que eu acho que impactou muita gente foi alguns colegas adoecer e ter que cuidar desses colegas. Aí foi ruim” (enf. Olívia, unidade 1).

“E em torno de [...] dias depois do óbito dele [um colega], eu peguei covid. Não sei se por negação, não sei se por desinformação, foi uma coisa assim que não me passou pela cabeça [estar com Covid] de maneira nenhuma” (enf. Maya, unidade 1).

“As medicações já não estavam fazendo efeito e o médico, eu via na feição do médico, quando ele ia me avaliar, a impotência que ele estava sentindo em não conseguir mais, já tinha feito de tudo, já tinha colocado todos os protocolos, tudo que tinha que ser tomado, eu já tomava, e nível de oxigênio só aumentando, necessidade de oxigênio só aumentando, eu ia no banheiro com oxigênio, voltava do banheiro com oxigênio, eu cheguei a ficar dois dias sem levantar da cama. Eu pensei muito, que eu ia morrer” (enf. Maya, unidade 1).

“Nossa na hora [colega internado por Covid], porque ele [cita a comorbidade] ... ele não se cuidava, sabe? Ele não tinha, não se exercitava. Essas coisas e ele deixou se

agravar pra poder [pedir ajuda]. Quando a fisioterapia passava, ele tentava fazer ao máximo, né? Porque ele sabia da importância. E assim, graças a Deus, ele deu a volta por cima, mas também foi um momento muito difícil para mim, porque [chorando] ele era meu parceiro, sabe? Eu via que ele fazia de tudo pra gente sobressair lá [na assistência aos pacientes]” (enf. Marcela, unidade 2).

Diante do risco aumentado para contaminação no ambiente de trabalho, exposto anteriormente, as profissionais que não adoeceram enquanto atuavam na linha de frente da pandemia demonstraram surpresa, acreditando em explicações que escapam à ciência, tais como sorte ou ação divina.

“Eu nunca peguei Covid, trabalhei com Covid, nunca... graças a Deus. Todos os testes, todas as vezes, não fiquei doente, mas colega minha, muitos lá... na área da saúde, até morreu. Eu nem sei te dizer porque eu acho que foi Deus que, que eu estava lá pra ajudar, pra somar, entendeu? Pra ajudar mesmo” (téc. Sofia, unidade 1).

“Você acredita que na pandemia eu não peguei Covid? Da maneira que estava, e eu não ter pego, né? Ou às vezes posso ter pego, mas não tive sintomas relevantes, mas, assim, muita sorte” (enf. Marcela, unidade 2).

5.4.3 Efeitos da pandemia sobre a saúde mental das profissionais de enfermagem

Para Casellato (2020), uma pandemia é devastadora de várias formas e evidencia, principalmente, nossa impermanência e fragilidade, impondo transformações rápidas e complexas. Atualmente busca-se compreender, sob diversos aspectos, os efeitos a curto, médio e longo prazo da pandemia de Covid-19 na saúde mental das pessoas. A autora refere ainda que apesar da perda de segurança prévia que uma crise dessa proporção provoca, o ser humano busca se ajustar, adaptar e se reinventar, sendo um ser social que é.

A fim de investigar esses efeitos sobre a saúde mental das profissionais da enfermagem essa categoria tem como subcategorias: sofrimento e emoções vivenciadas, heroificação da enfermagem e hostilidade da população.

5.4.3.1 Sofrimento e emoções vivenciadas

A pandemia, principalmente em seu início, foi marcada por diversas reações e sentimentos, vividas tanto individual quanto coletivamente. No caso da enfermagem, a literatura refere como emoções predominantes e imediatas a ansiedade, medo e impotência, consonante aos resultados encontrados neste estudo.

A ansiedade é uma emoção humana básica, reação ligada ao estado emocional e fisiológico do ser humano, responsável por alertar a percepção de perigo iminente, impulsionando-o a se defender, apontam Rolim et al. (2020). As respostas fisiológicas do corpo são comumente chamadas de respostas do tipo luta ou fuga (evitar o perigo ou enfrentá-lo). No entanto, ansiedade em excesso, pode provocar um estado de desequilíbrio, em que a pessoa cria defesas e tenta lutar contra a situação, mas, não conseguindo, pode apresentar comportamentos evitativos a lugares, pessoas e situações em que se sinta ameaçada.

O DSM V, Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Quinta Edição (2014), criado e mantido pela Associação Americana de Psiquiatria com o objetivo de classificar transtornos mentais, descreve como sintomas físicos da ansiedade: respiração ofegante e falta de ar, palpitações e dores no peito, fala acelerada, sensação de tremor e vontade de roer as unhas, agitação de pernas e braços, tensão muscular, tontura e sensação de desmaio, enjoo e vômitos, irritabilidade, enxaquecas, boca seca e hipersensibilidade de paladar, insônia. Sintomas psicológicos da ansiedade são preocupação excessiva, dificuldade de concentração, nervosismo, medo constante, sensação de que se pode perder o controle ou algo ruim vai acontecer, desequilíbrio dos pensamentos, entre outros.

Para a enfermeira Olívia, Unidade 1, a ansiedade foi sentida como decorrente da falta de informações e orientações no início da pandemia, somada aos números elevados de mortes de pacientes. No seu relato, chama a atenção que, diante da impotência e contato aumentado com a morte, ela tenha apresentado sintomas físicos de ansiedade (vômitos).

“De como fazer, como receber esses pacientes, né? Nos proteger. Então, foi assim de muita ansiedade no começo, né? Porque a gente não sabia nada, né? A gente entrou muito sem conhecimento de nada, né? Então, a gente estava vendo os outros países a disseminar de uma forma muito, assim, rápida, né? Então, é, o dia que teve muitas mortes, a gente chorava muito, a gente vomitava. E, assim, não, não, não... tinha o que fazer” (enf. Olívia, unidade 1).

De forma semelhante à ansiedade, o medo é uma reação diante de algo ameaçador, que pode nos causar dano físico ou psicológico. O medo foi a emoção que mais predominou no momento da pandemia, tanto para a sociedade em geral, quanto para as equipes de saúde e compreendê-lo se faz importante, para que não incapacite as pessoas nos seus modos de vida.

O medo, para as profissionais participantes, esteve, sobretudo, ligado ao risco de se contaminar e transmitir a doença para familiares, assim como o medo da própria morte e de pessoas próximas.

“Porque era o meu pavor também era isso, de pegar e ficar ruim daquele jeito, e deixar os filhos, né?” (enf. Olívia, unidade 1).

“Fiquei com medo. Eu pedi na época para tirar minha menina de casa, pra afastar ela de mim, sabe? Ela falou que não ia sair de casa, que ia ficar lá, cuidar de mim” (téc. Vera, unidade 2).

“Essa pandemia foi acho que o momento mais louco que eu vivi na minha vida mesmo. De medo, teve uma época que eu lembro de um amigo meu, que é até meu amigo até hoje. Na época lá do hospital que a gente pensava em até sair de casa, pra gente deixar de expor os outros ao risco, sabe? Assim, mexeu muito mesmo” (enf. Talita, unidade 1).

O medo foi uma reação compartilhada tanto entre gerentes, profissionais da assistência, pacientes, familiares e sociedade como um todo.

“Todos os pacientes tinham pavor de pegar o Covid, né? É, alguns, eu lembro que era até vulnerável, social, que ficava na rua, né? Eles batiam lá pra: ‘Não, me acolhe, que eu não quero ficar na rua pra pegar o Covid.’ Então, às vezes a gente nem tinha vaga, mas a gente deixava, às vezes, acolhia ele ali naquela dificuldade dele ali, naquele momento. Porque realmente todo mundo ficou com muito medo, né? Pavor de pegar, né? a doença” (enf. Olívia, unidade 1).

“Estava, estava muito rigoroso. Então a pessoa, o familiar mesmo estava com medo, né? De estar entrando em contato [despedir do paciente]” (enf. Estela, unidade 2).

“A grande maioria ficou um pouco atordoado e com dúvida, e com medo, com insegurança, mas a equipe de gestão, de clínica, teve esse cuidado de estar tentando dar o suporte de pelo menos da presença: ‘Olha, nós estamos aqui, nós também estamos com medo, tanto quanto vocês, mas nós temos que buscar um recurso junto, o maior nível de conhecimento possível para a equipe’” (enf. Maya, unidade 1).

No Brasil, além da pandemia de Covid-19, vimos acontecer também uma disseminação de *fake news*, que potencializou as reações de medo de toda a sociedade. Barcelos et al. (2021) conceituam o termo a partir do dicionário de Cambridge como histórias falsas que parecem ser notícias, espalhadas na Internet ou outros meios de comunicação, geralmente criadas com a finalidade de fazer piadas ou influenciar visões políticas. As *fake news* divulgadas no primeiro semestre de 2020 no país, principalmente através das redes sociais WhatsApp e Facebook, se caracterizaram por conteúdos de posicionamento político e desinformação sobre número de casos, óbitos e medidas de prevenção e tratamento.

Já em relação a sensação de impotência sentida pela enfermagem, há muito que Ariès (2014) aponta a mudança na forma de compreender a morte, deixando de ser um fenômeno natural para ser considerada um fracasso. Quando ela ocorre no contexto hospitalar é sentida pelos profissionais de saúde como um sinal de impotência que não deve ser lembrado. No entanto, a pandemia de Covid-19 foi uma crise humanitária que resultou no colapso de sistemas de saúde em todo o mundo, com situações como lacunas assistenciais, carências de profissionais ou prestação inadequada de serviços, cujo enfoque inicial era o de salvar vidas (Tritany et al., 2021), e que trouxe vivências de extrema impotência relatadas pelas participantes.

Nota-se que a sensação de impotência e a dificuldade de lidar com a morte amplia-se em situações de identificações das profissionais com os pacientes, em que sentiam a morte contrariando o curso natural da vida e quando, mesmo com toda a equipe e recursos materiais disponíveis, a morte era inevitável.

“Chegou um ponto que a gente olhava praquela porta ali de entrada quando a gente via um paciente entrando para internar, a gente sabia que ele entrava, mas que não saía mais, porque até então, todos os pacientes que entravam morriam, sabe? E,

assim, era fato, era certo que isso acontecia, que você ia vim, você ia entrar. E muito difícil porque ainda não tinha, né? Os médicos não tinham aquela linha de tratamento, aquele protocolo de tratamento e tudo era muito novo pra eles. Então assim, foi uma fase muito difícil. Quantas? Quantas vezes a gente via paciente agonizando, sabe? E não tinha o que fazer! Foi muito difícil” (téc. Vera, unidade 2).

“‘Não, não me deixa entubar, não me deixa entubar, eu tenho 2 filhos. Eu preciso criar meus filhos’. Então isso, isso entrava dentro da gente muito ruim, sabe? Porque eu não podia prometer isso pra eles, né? Você não tem remédio para isso. Então, você faz tudo ali, todos os procedimentos, você coloca oxigênio, mas, né? Fica ali aquela falta de ar. Horrível!” (enf. Olívia, unidade 1).

“Sentimento, nossa! Acho que é uma mistura, teve momentos que era aquela impotência, que você tinha tudo, né? Você tinha um lugar bem montado, um aparelho pra pessoa respirar, você tinha medicação, você tinha bons profissionais, mas às vezes, aquilo não era suficiente, né? Já vi gente de 80 [anos] sobreviver e de 25 falecer, que não tinha comorbidade. Então acho que essa, acho que é impotência mesmo o sentimento. Impotência e desespero!” (enf. Talita, unidade 1).

“O primeiro paciente eu não esqueço do nome, do rosto, do jeito que eu tentei ajudar ele. Eu fiz de tudo. Eu peguei 3 plantões com ele. Eu fiz de tudo. Aí quando passa um tempo, eu não estava com ele mais, quando eu fui ver, tinha gente dando massagem cardiovascular nele, deu uma parada, aí a gente não esquece. Primeiro paciente a gente não esquece, da pandemia, não. Eu fiz de tudo, o vírus ainda matou ele!” (téc. Sofia, unidade 1).

Apenas mais recentemente, a partir dos anos 1990, de acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos ANCP, tem-se discutido a prática de Cuidados Paliativos no Brasil, como uma especialidade de cuidados e com o entendimento da morte como processo natural da vida. Alguns dos princípios dos Cuidados Paliativos, abordagem de assistência utilizada pelas equipes multiprofissionais de saúde para pacientes fora de possibilidades terapêuticas, são: promover alívio da dor e outros sintomas desagradáveis; oferecer suporte para auxiliar familiares durante a doença e a enfrentar o luto. Burlá e Py (2014), ressaltam que a competência humanitária no exercício da humildade para perceber o limite da vida é tão essencial quanto o conhecimento técnico na atuação profissional.

Vera buscou fazer a diferença na vida dos pacientes que acompanhou em final de vida, devido à Covid-19:

“Fiz um monte de coisa errada. Muitas vezes o paciente estava internado, queria beber [refrigerante], eu ia buscava e dava. Era a última vontade, eu sabia que não ia... Não era regra da instituição. Eu lembro de um dia que eu briguei com a [equipe], que a gente tinha uma paciente internada, essa paciente virou e falou assim: ‘Eu queria tanto beber [refrigerante] e comer [salgado], tem 3 dias que eu não como’. Então, assim, o que que é plano alimentar perto de um paciente que está com Covid e sabe muito bem que vai cair num tubo e vai morrer. Fui lá, busquei, deixei a mulher comigo. Isso era de manhã, [à tarde] ela foi entubada, no outro dia, ela morreu, sabe? Então, assim, foi uma época bem difícil, muito. Eu sempre falei, eu sempre assumi os meus atos: ‘Olha, eu dei um refrigerante, eu dei um chocolate’. É, às vezes, a pessoa... É, a gente ficava tudo paramentado, cheio daquelas coisas, às vezes a pessoa estava naquele momento de desespero, eu chegava, eu abraçava, sabe? (téc. Vera, unidade 2).

“Tinha um que ficou uma vez internado, bem de idade, ele gostava de ficar escutando aqueles programas na madrugada e era proibido, não podia, mas eu deixava lá pra eles. Eles ficavam escutando rádio de madrugada, naquelas músicas sertanejas, sabe? Então, assim, o mínimo, que não foi só eu, muita gente aqui fez, o que a gente podia fazer para tornar o ambiente um pouco mais agradável” (téc. Vera, unidade 2).

As participantes também refletem sobre os efeitos a longo prazo do sofrimento gerado pela pandemia e como este ainda afeta os pacientes no momento presente, de forma que perpassa também pelo trabalho delas, que se modifica ao estarem lidando com um perfil diferente de demandas de cuidados na saúde mental, como mais crises de ansiedade em pessoas cada vez mais jovens.

“Eu acho que a gente da saúde, acho que as pessoas que perderam, eu acho que a geração que vai vir, porque ficou dois anos enclausurada, então nós estamos tendo reflexo disso também, né? Muitas internações de crise de ansiedade. Muitas garotas adolescentes com auto extermínio, né? Então, foi um período que as famílias, acho que vai bons anos aí, né? Ainda vai ter reflexo disso. Esses lutos que não foram feitos, né? Caixão lacrado, mas as famílias não despediram, né? Velórios de 10 minutos, isso não existe, né? A gente precisa fazer o ciclo, a pessoa precisa viver aquilo para aceitar, né? E foi tirado de muita gente, né? Muita crise de ansiedade. A gente pega aqui na [Unidade 1], né? É reflexo disso, né? O medo, pavor, né? Está ainda nas pessoas, né?” (enf. Olívia, unidade 1).

“A gente tem visto muito de criança, até crianças, né? Que chega, principalmente na classificação. Quando a gente tá na classificação, a gente vê muito que chega e fala: ‘Pai, estou com falta de ar, estou com dor no peito’, aí você vai ver, sinais todos normais! A gente vê que, acho que abalou todo mundo, né? Teve gente que sentiu mais, teve gente que sentiu menos, né?” (enf. Estela, unidade 2).

Dessa forma, a pandemia expôs as pessoas, e principalmente a enfermagem, a uma série de emoções frequentes e intensas, que poderiam desencadear estados mentais patológicos ou

potencializar transtornos mentais já instalados, sendo necessário buscar, medidas de enfrentamento.

5.4.3.2 Heroificação da enfermagem

Na pandemia, os profissionais de saúde da linha de frente foram associados a heróis. Vale lembrar que a figura do herói é geralmente relacionada a coragem, riscos e sacrifícios pessoais em prol do outro e que as narrativas construídas a partir do mito do herói assumem funções na sociedade. Apesar de o status do herói poder transmitir reconhecimento ao trabalho da enfermagem, Miasato (2022) aponta algumas problemáticas em relação à utilização acrítica deste discurso, visto que o mesmo coloca barreiras nas possibilidades de diálogos sobre questões estruturais e essenciais, para o reconhecimento dos limites do trabalho e posicionamento e organização política da enfermagem.

Ferreira (2020) pondera que a heroificação das profissionais da saúde serviu ao propósito de atender às expectativas de milhares de cidadãos angustiados pela pandemia de Covid-19, trazendo sentimentos de amparo, cuidado e assistência. No entanto, o papel do herói traz como consequência a desumanização das profissionais, lhes retirando direitos como segurança, saúde e proteção. Além disso, contribui para produzir um tipo de subjetividade marcada por uma individualidade e um sentimento de autossuficiência, que vai resultar em ampliação do sentimento de impotência diante de situações irreversíveis no processo saúde-doença. Por fim, o herói serviu ainda para que governos, mídia e sociedade civil se desresponsabilizassem frente às diversas medidas de controle, pois existia um salvador na linha de frente.

Ainda, é interessante observar as metáforas militares que foram amplamente utilizadas e naturalizadas, como os termos linha de frente, guerra, combate, inimigo invisível, dentre

outras. Miasato (2022) relaciona como esses termos remetem as trabalhadoras a continuarem servindo o país, sem qualquer questionamento, silenciadas e solitárias solucionando os problemas impostos, mesmo que a população não contribua minimamente. Assim, o discurso do herói é capaz de neutralizar a reciprocidade necessária e o comprometimento coletivo no enfrentamento da crise sanitária.

Na fala da enfermeira Marcela, vemos o contraste dos aplausos nas campanhas midiáticas e as críticas e falta de reconhecimento de familiares e pacientes que estavam próximos, bem como sobrecarga de atividades e infraestrutura insuficiente para as heroínas trabalharem.

“Mas, assim, eu fico chateada com isso. É com essa, eu acho até hipocrisia, sabe? Sei lá, essa coisa de aplaudir e depois, sabe? Brigar com a gente, do familiar brigar e falar assim: ‘Não me levaram nem ao banheiro, não sei o que’. Mas, não tinha ninguém conversando, brincando, não existia isso. Era todo mundo focado [na assistência], sabe? Então isso foi, foi ruim, difícil de engolir. Às vezes era difícil, não tinha banheiro suficiente pra isso, sabe? Aí começou a chegar a demanda de materiais também, né?” (enf. Marcela, unidade 2).

5.4.3.3 Hostilidade da população

Há que se mencionar ainda a hostilidade demonstrada pela população durante a crise sanitária, sentida fortemente pelas equipes, pois contrastava com as campanhas de valorização das profissionais de saúde veiculadas pelas mídias (heroificação). A reação da população ocorreu num momento em que as profissionais vivenciavam as consequências da gravidade da Covid e estavam vulneráveis ao contágio, devido ao trabalho nas unidades de urgência e emergência.

Rapidamente, as trabalhadoras passaram de heroínas para bode expiatório, levando a culpa pela transmissão e disseminação do vírus, principalmente quando precisavam do transporte público para voltar para casa. Sobre esse aspecto, Melo et al. (2021) observam que o

contexto de sofrimento da enfermagem é reforçado pela ideia neoliberal de que o trabalhador é o único responsável pelo que ocorre no trabalho. Assim sendo, após um dia extenuante, o retorno para casa era permeado pelo medo de sofrer discriminação, já que permaneciam com a mácula de pessoas contaminadas. Naquele momento, uma das estratégias utilizadas pela categoria profissional foi alterar a cor do uniforme, do clássico e padronizado branco para azul ou preto.

“Eu quero mostrar isso também. É em relação como a população vê a gente. Acho que isso aí é difícil pra todos nós, porque teve um momento na pandemia que a gente foi autorizado a usar uma cor diferente, usar o azul ou preto, pra não ser identificado como profissional da saúde, que estavam sendo agredidos, passando por situação hostil. Então, imagina na TV: aplausos pra enfermagem ‘Somos heróis’. De repente, esse massacre, né? Pra que isso? Ter que mudar a minha vestimenta, porque eu estou com medo de apanhar na rua, hostilizado. Eu tinha medo de falar da minha profissão, eu não falava que eu era enfermeira pra ninguém” (enf. Marcela, unidade 2).

“A gente abandonou o branco na época, né? Porque vários de nossos colegas sofreram agressão dentro de ônibus, foram expulsos, porque eles achavam que nós que trabalhávamos no hospital, a gente levava doença pra fora. Teve caso aqui em Uberlândia de uma [profissional da enfermagem] que apanhou dentro do ônibus. Aconteceu com a gente num restaurante aqui perto, o dono do restaurante pedir pra gente não ir lá buscar comida mais. É, eu te falo que, assim, eu sofri muito preconceito também. Era uma época que não tinha convívio social, né? Mas, eu nunca, ninguém nunca me chamava pra nada, porque eu era a pessoa que trabalhava no hospital. Então, se tinha um almoço na casa de um parente, de uma família, alguma coisa assim, eu, eles nunca me chamavam para nada, porque eu era a pessoa que trabalhava” (téc. Vera, unidade 2).

Melo et al. (2021) afirmam que o contexto da pandemia reitera o óbvio sobre o trabalho em enfermagem: os mais frágeis na hierarquia da divisão social e técnica do trabalho foram os mais afetados e atingidos pela Covid-19. As autoras ainda colocam o desafio de transformar a pandemia em uma oportunidade para mudar o modo como a sociedade percebe o trabalho da enfermagem e ampliar a consciência das próprias profissionais sobre o valor de seu trabalho.

5.4.4 Estratégias desenvolvidas para lidar com os efeitos sobre a saúde mental

Uma situação como a pandemia por Covid-19, que trouxe a morte para o cotidiano das pessoas juntamente com medo e insegurança sobre o futuro, representa um processo tomado de crises de toda ordem, com muitas perdas, mudanças e adaptações. Casellato (2020) discute que o conceito de mundo presumido foi gravemente afetado nesse cenário.

Entende-se por mundo presumido a organização interna que garante senso de previsibilidade e tranquilização necessários para o equilíbrio psicológico de cada indivíduo. Para mantê-lo, as pessoas buscam, individual ou coletivamente, recursos internos e externos como estratégias para enfrentar ameaças.

Portanto, nesta categoria, as subcategorias encontradas foram estratégias adotadas a níveis: individual, coletivo e institucional.

5.4.4.1 Estratégias individuais

Para lidar com as emoções de ansiedade, medo e impotência, destacadas na categoria anterior sobre os efeitos da pandemia sobre a saúde mental das profissionais de enfermagem, a resposta mais mencionada, por quatro das sete entrevistadas, foi a de se apoiar na fé/espiritualidade/religiosidade, seguida pela resposta de buscar apoio familiar ou nos colegas.

Sabe-se que o ser humano, há muito tempo, busca através da religião apoio e respostas para grandes mistérios que cercam o seu imaginário, dentre eles o fenômeno da morte, a fim de encontrar conforto para suas angústias e medo. Faria e Seidl (2005) apontam que no contexto das práticas de saúde, observa-se frequentemente a interface entre religiosidade e enfrentamento no processo saúde-doença. Tendo a pandemia provocado aumento considerável do contato das profissionais de saúde com a morte, é compreensível que essa estratégia de enfrentamento tenha sido bastante referida.

“Olha, eu me agarrei a minha fé, sabe? Muito, mas muito mesmo. Aí, para mim foi aonde que eu aprendi, me ajudou a aliviar um pouco, sabe? Depois que eu fui

entender, fui ler a respeito de desencarne coletivo, aí eu fui tomando uma nova consciência, mas me ajudou muito isso, porque se não, eu não teria aceitado, tipo assim, eu vi também que cada um passa pelo que tem que passar” (téc. Vera, unidade 2).

“Primeiro, a fé, a religiosidade, eu sou evangélica, então eu acredito que Deus, ele tem um propósito em tudo na nossa vida, e quando a gente é aberto a tentar entender, a buscar esse propósito que Deus tem na vida da gente, a gente consegue passar provas e percalços, com mais sabedoria” (enf. Maya, unidade 1).

“Foi a religião, né? Eu, particularmente, eu procurei minha espiritualidade, né? Eu sou espírita, então frequento meus, lia muitos livros, sabe? E me ajudou, a minha família é uma estrutura muito firme. São pessoas de muita fé. Então, eu me agarrei a isso, né? Então não tinha como eu fazer outra coisa, largar a enfermagem. E que já estava com poucas, né? pessoas trabalhando. E eu gosto, né? de cuidar. Sempre gostei. Então eles, eles ficaram comigo nisso, sabe? Sim, me deram apoio, eram muitas conversas, sabe? Eram muitas orações, né? Então... É... meus pais, também, pediam muito proteção pra Deus proteger a gente. Não teve, não teve outra [estratégia], assim, que eu lembre, né? Porque até as igrejas na época, fecharam. Tudo fechou, né? Então, era em casa mesmo que a gente mandava, orava, né? (enf. Olívia, unidade 1).

“Ah, eu orava mesmo, orava, orava pra Deus abençoar a família [dos pacientes], porque a família nem via. Quem que o último contato do paciente no Covid não era a família, era nós. Nós éramos a família deles, entendeu? Deus. Primeiramente Deus, porque se não a gente nem pisava lá dentro, nem por dinheiro, não! Dinheiro não paga vida nenhuma. Eu sei que eu recebo pra eu cuidar, não pra eu receber pra pessoa sair a óbito, entendeu?” (téc. Sofia, unidade 1).

A técnica de enfermagem Vera, Unidade 2, para lidar com a sensação de impotência causada por tantas mortes, além da fé, buscou proporcionar ações empáticas e de cuidados para seus pacientes, como colocar música, oferecer alimentos, na tentativa de fazer companhia e deixar o ambiente hospitalar mais agradável para os hospitalizados.

No que tange a preocupação em não transmitir o vírus aos familiares, a enfermeira Estela, Unidade 2, contou com suporte familiar (de sua mãe) nos cuidados aos filhos, para que pudesse se dedicar ao trabalho. Posteriormente, ao ver que a crise estava se estendendo temporalmente, mudou de estratégia, solicitando troca de turno, a fim de conciliar a enfermagem e a função materna. Além da Estela, outras cinco participantes são mães de crianças e adolescentes, tendo acumulado funções de cuidado na pandemia. Todas elas relataram familiares como suporte, principalmente o cônjuge.

“É... aí com o início [da pandemia], a gente ficou todo mundo meio apreensivo, achando que ia ser uma coisa rápida, então minha mãe pegou os meus meninos, levou pra cidade dela, que aí como eu, estava na área da saúde, ela ficou com eles lá, até então só tinha suspenso as aulas. Eles ficaram 4 meses lá, só que aí a gente viu que não ia mudar. Eu decidi trazer eles novamente. Então, nessa época que eles voltaram, eu pedi pra ir pra noite, porque eu estava com duas crianças em casa e o meu marido continuou trabalhando” (enf. Estela, unidade 2).

Dados da OPAS (2022) mostram como a pandemia de Covid-19 afetou desproporcionalmente as mulheres americanas, revelando a exacerbação da desigualdade de gênero já existente na região. O papel de cuidadora expôs as mulheres a um risco aumentado de contrair a doença, visto que formando a grande maioria das equipes de saúde, elas estiveram na linha de frente, cuidando de pacientes, e representaram 72% de todos os casos de Covid registrados entre profissionais de saúde nas Américas.

A OPAS (2022) ainda aponta para uma maior propensão das profissionais da saúde em sofrer de ansiedade, depressão, insônia ou esgotamento do que seus colegas do sexo masculino. Os custos físicos e emocionais de se trabalhar por longas horas e a preocupação com a exposição ao vírus acompanharam muitas profissionais de saúde até suas casas, onde muitas vezes eram responsáveis por mais tarefas.

A enfermeira Maya, da Unidade 1, conta que em relação a angústia de não saber como lidar com o novo vírus, teve a iniciativa de buscar conhecimentos técnicos, além dos treinamentos oferecidos pela instituição.

“[A CCIH] vinha para estar tirando uma dúvida, para estar treinando, para estar passando informações e eu, particularmente, fui buscar informações por conta própria. Eu tenho um vínculo com algumas unidades de ensino, aí eu fui me inteirar quanto aos protocolos, mudanças, manejo em paciente covid, porque na porta seria o ponto de entrada do paciente, que às vezes nem ele mesmo sabia e houve muitas dúvidas, até mesmo da sociedade, que eles chegavam” (enf. Maya, unidade 1).

Já para se haver com o medo da contaminação, além de utilizarem os EPIs fornecidos pelo empregador, as enfermeiras ainda se utilizaram de estratégias individuais adicionais para se sentirem mais seguras.

“A gente tinha muito orientação das enfermeiras, né? Quanto aos cuidados da gestão, os cuidados de desparamentar ou paramentar, né? É, eu particularmente, eu não alimentava dentro da unidade, eu bebia água lá no carro antes de vim. E aqui eu não bebia. É, no banheiro também, eu não ia no banheiro. Mas, foi a forma que eu achei de não pegar porque não tinha vacina ainda na época. Eu saía daqui, me lavava lá, né? Limpava. Antes de casa, eu já tirava minha roupa tudo, fora da casa e punha dentro do tanque. Ninguém conversava comigo, ninguém falava comigo, eu ensinei todo mundo: ‘Eu vou pro banheiro, do banheiro, eu vou tomar um banho e depois a gente conversa’. Então ninguém cruzava meu caminho” (enf. Olívia, unidade 1).

Importante destacar o estado de tensão e insegurança que permanecia durante a realização do trabalho no início da pandemia, levando as participantes buscarem soluções além das oferecidas pela instituição. Além disso, era desconfortável e incômodo o uso dos EPIs, com relatos apontando o fato de serem quentes e machucarem o corpo, mas ao mesmo tempo, imprescindíveis. As profissionais mencionam ainda o impacto visual que se produzia na assistência ao paciente.

“Era um macacão muito quente. A gente parecia aquele bonequinho da Michelin, sabe? Era óculos, eram duas máscaras, aí era roupa e era capote e era muito quente, em um lugar que tinha ar-condicionado, aquilo lá não valia, né? Aí você tinha que entrar dentro do quarto, que você tinha que mexer com o paciente que era muito crítico. Você morrendo de calor, você saber que você não podia deixar de fazer aquilo que era importante pra outra pessoa” (enf. Talita, unidade 1).

“Eu cheguei a usar aquele macacão [...] aí você pensa, você está num ambiente hospitalar, que já é um ambiente hospitalar, chega uma pessoa com aquele macacão branco, que é um plástico mesmo, você fica todo coisado, luva, máscara para tocar em você. Você já fica meio assim: ‘Opa, mas perai’, então assim, isso foi uma parte, muito difícil” (téc. Vera, unidade 2).

Depreende-se daí, que por mais que estivessem recebendo e usando os EPIs fornecidos, as participantes trabalhavam sentindo desconforto e insegurança. A enfermeira Olívia e a técnica de enfermagem Sofia, ambas da Unidade 1, relatam terem apresentado episódios de cistite, posteriormente, que consiste em uma infecção e/ou inflamação da bexiga, a qual tem como fatores de risco para seu surgimento segurar urina e beber pouca água, comportamentos que as duas relataram como estratégias individuais durante o trabalho para evitar se contaminar pelo vírus.

5.4.4.2 Estratégias coletivas

Diante da ambivalência da população, que ora mostrava apoio, ora hostilidade às profissionais de enfermagem, bem como do isolamento forçado de familiares devido ao medo de contaminá-los e/ou preocupá-los, as enfermeiras encontraram entre si o apoio e a solidariedade de que precisavam.

Cobb (1976) conceitua suporte social como uma estratégia de enfrentamento que envolve a crença ou experiência de ser estimado, valorizado e cuidado por outros, pressupondo uma preocupação das pessoas com o indivíduo e a existência de uma rede social de assistência mútua. Tamayo e Troccoli (2002) acrescentam que, no âmbito laboral, o suporte social é considerado fator da percepção de suporte organizacional e corresponde à percepção dos indivíduos sobre o apoio disponível, bem como a qualidade do relacionamento interpessoal com pares, incluindo gestores e colegas.

As profissionais Marcela e Talita apontaram como importante para elas, em específico, o apoio de colegas da enfermagem, em termos de poder dividir angústias, se sentir compreendidas e também revezar as atividades. Essa percepção pode vir do entendimento de que o outro “estando ao meu lado e passando pelo o que estou passando” pode me compreender melhor. Apoio sentido também em equipes recém formadas, que não haviam trabalhado juntas antes da pandemia.

“Então assim, eles [familiares] ficavam muito preocupados, mas esse apoio, maior mesmo era dos meus colegas de trabalho, que a gente vivia aquilo junto, né? Que é muito diferente, né? A [colega enfermeira] conta as vivências dela, eu conto as minhas, mas a gente vai saber mesmo ali quando a gente tá junto naquilo, né? Mas foi mais deles, assim, eu tentava, às vezes quando chegar em casa, não pensar nisso, às vezes nem conversar disso [trabalho durante a pandemia]” (enf. Talita, unidade 1).

“A gente trabalhava em dupla. E eu lembro uma vez que ele estava ruim, sabe? [voz embargada]. Ele estava muito mal. Eu falei assim: ‘Para, deixa que eu conduzo, que eu faço’. Acho que a gente tinha dividido as coisas. Eu estava ficando mais com papel, ele ficando mais

nos procedimentos e a gente dividia todos os dias. Só que a gente, todos os pacientes, a gente sabia. Tinha funcionários que trabalhavam de maneira diferente, tipo assim: A sala x é sua, a sala z é sua. Não, a gente decidiu trabalhar diferente, em conjunto. Se qualquer pessoa perguntasse sobre qualquer paciente, nós dois íamos saber. Aí teve um dia que ele falou assim: ‘Não aguento, vai lá, que eu estou cansado’. Aí, ele pegou Covid... eu levei até o médico, sabe? Eu levei ele lá na porta” (enf. Marcela, unidade 2).

“Ahh sempre teve [apoio de colegas]. Teve, nós éramos, na minha época, a minha turma, a minha turma, que eu trabalhava na parte da manhã. Era uma turma unida. É, exemplo de ajudar em um banho até de umas palavras. Falar assim: ‘Não, vamos, vamos, vamos fazer, vamos desanimar não, vamos fazer’” (téc. Sofia, unidade 1).

O suporte social desenvolvido pelas enfermeiras durante o trabalho na pandemia também se evidenciou na preocupação genuína com a saúde das colegas e na compreensão sobre o afastamento laboral necessário para tratamento, que favoreceram maior disposição para colaboração entre as participantes do estudo, mesmo já sobrecarregadas, assim como demonstrações de carinho.

“É, ‘fulana afastou’, ‘Por que que ela afastou?’ Todo mundo no grupo, né? ‘E está bem?’ Não sei que. ‘Não, não, eu vou para cobrir ela’. Então aquele negócio de nada muito, nunca foi imposto. A gente se colocava mesmo no lugar do outro pra substituir, sabe? Então isso eu acho legal que a gestão trabalhou bem isso, na gente, sabe? Eu não tenho que reclamar assim, não, eu acho que a gente foi muito bem acolhida, a vez que eu falei que não podia vir: ‘tudo bem’, sabe?” (enf. Olívia, unidade 1).

Cruz et al. (2016) mencionam que os vínculos laborais saudáveis são elementos importantes que podem melhorar tanto o autocuidado quanto a qualidade na assistência à saúde, ou seja, a ajuda mútua entre as trabalhadoras repercute no fato de que ao se cuidarem e se sentirem cuidadas, podem oferecer um cuidado melhor ao outro.

Para os autores, autocuidado é uma prática reflexiva das ações dos sujeitos que acontecem na relação com o outro. Para esta ser efetiva e eficaz, faz-se necessário o ser cuidado pela família, colegas de trabalho, instituição empregadora e também o cuidar do outro não se restringir somente aos pacientes, mas aos familiares e amigos. O cuidado é considerado em seu

sentido mais amplo, de um cuidado emocional, por meio do relacionamento com o outro, expressão de interesse e carinho.

Habitualmente, as profissionais da enfermagem já encontram dificuldade em expressar livremente suas emoções diante de situações difíceis no trabalho, seja pelo alto volume de demandas e/ou por falta de espaço para discussões, como apresenta Marins (2023). Marcela conta do esforço em evitar transmitir emoções negativas tanto para seus familiares quanto colegas, “guardando para si” vivências angustiantes e procurando apresentar um semblante sereno, com a finalidade de lhes passar encorajamento, mesmo estando fragilizada. Depreende-se daí que essa atitude por mais que seja direcionada para apoiar o grupo, se trata de uma estratégia individual, que pode aumentar o sentimento de solidão e isolamento no trabalho, visto que as profissionais identificadas com o papel de cuidadora ou heroína, tendem a não receber apoio de volta. Além disso, sabe-se que as enfermeiras, por mais que sejam as profissionais do cuidar, falham no próprio autocuidado.

“Eu tentei passar uma imagem que não era a que eu estava sentindo, né? Justamente pra fortalecer a equipe, eu conseguia sentir o meu papel ali de segurança e de que estava junto com eles, de conversar com eles, de tentar apoiar [e estava] totalmente fragilizada” (enf. Marcela, unidade 2).

“Não, eu não, eu não procurei [atendimento psicológico]. E o tempo inteiro realmente eu falava pra minha família que eu estava bem, que estava tudo certo. Eu acho que isso não foi bom, sabe? Porque eu guardei muita coisa. Tudo o que eu vivi dentro da unidade, eu não falava pra eles pra não deixar eles mais preocupados ainda, né?” (enf. Marcela, unidade 2).

Jacondino et al. (2014) enfatizam o autoconhecimento como componente fundamental para consolidar vínculos profissionais saudáveis no trabalho, tendo em vista que a aceitação de si acarreta maior aceitação do outro. Assim, o ser humano, ao se sentir seguro, reproduz esse sentimento nas suas relações, pois, como menciona a enfermeira Maya, poder compartilhar angústias e dúvidas e perceber o suporte e a presença do outro ali quando ainda não se tinham respostas já era o bastante naquele momento inicial da pandemia.

“Sim, eles [colegas] também estavam um pouco atordoados, a grande maioria ficou um pouco atordado de, com dívida, medo, insegurança, mas a equipe de gestão, de clínica, teve esse cuidado de estar tentando dar o suporte, de pelo menos da presença: ‘Olha, nós estamos aqui, nós também estamos com medo, tanto quanto vocês, mas nós temos que buscar um recurso junto, uma informação junto, buscar o maior nível de conhecimento possível para a equipe’, a gente teve esse amparo, teve esse cuidado da nossa equipe de gestão da unidade” (enf. Maya, unidade 1).

5.4.4.3 Estratégias institucionais

Temos que a imprevisibilidade foi uma marca da pandemia, com as participantes relatando que foram aprendendo muitas coisas no decorrer do processo. Em relação às ações institucionais, elas responderam que a instituição contratante ofereceu equipamentos de proteção individuais, divulgou cursos e forneceu treinamentos online sobre o uso de EPIs e outros assuntos relacionados à pandemia, e seguindo orientações das autoridades sanitárias, mudou protocolos de atendimento, fluxos de encaminhamentos de pacientes, aumentou número de leitos, fez reformas na infraestrutura das unidades de saúde, realizou contratações de novos funcionários, assim como demonstrou apoio e ofereceu suporte psicológico às profissionais.

Nesse momento, aumentou-se consideravelmente o uso de tecnologias digitais para a construção de novos saberes e desenvolvimento de novas práticas, com mais segurança aos envolvidos, que foram sendo incorporadas ao cotidiano. Além disso, a construção de conhecimentos relacionados à Covid-19 contribuiu para modificar a organização do trabalho e implementar condutas e medidas específicas de manejo com os casos.

“E os treinamentos a gente recebia via WhatsApp, tinha muito treinamento online, então a gente chegava em casa e já entrava. É, alguns a gestão trazia, né? de São Paulo, também. E bate-papo também das coordenadoras online, tudo online. Então, assim, eu achei que a gente foi bem acolhido, sabe?” (enf. Olívia, Unidade 1).

“A nossa CCIH atuou, assim, exemplarmente. A nossa enfermeira da CCIH ela estava sempre se inteirando de novas diretrizes, de treinamento, ela trouxe um nível de informação, e calma, para unidade, que eu achei muito importante, foi um divisor de águas muito grande, ela atuou junto o tempo inteiro: ‘Olha, eu ainda não sei, tive essa informação, mas eu vou buscar’ e sempre mostrando para gente que podia contar com ela, que podia tirar

as dúvidas com ela, que ela ia estar atentando a isso o tempo todo. A gente teve um suporte muito bom!” (enf. Maya, unidade 1).

“Aqui em Uberlândia, eu acho que os gestores, assim, o prefeito, acho que ele fez de tudo, né? Ele pegou Santa Catarina, ele pegou o Doutor Hans, ele encheu a gente aqui de maca, né? Assim, sem planejamento, se você for pensar, isso é muito difícil, né? A gente precisava de água... no outro dia, ele mandava garrafinha de água, sabe? Então, acho que era muito, tudo muito diferente, novo, né? Para todo mundo, acho que todos os hospitais passaram por isso. Vinha, vinha. Isso foi uma parte muito boa, né? Acho que é por isso que todo mundo queria muito ajudar, né? A salvar as pessoas, porque a gente via isso de cima, né? Para baixo também” (enf. Olívia, unidade 1).

“Eu sinto que a gestão é muito preocupada com a população, sabe? Igual essas reformas, tudo que a gente solicita. Eu sei que tem uma demora, né? Mas os processos são assim mesmo, tem prazo, licitação, chega. Então assim, é natural, né? Então, acho que dentro do que é esperado, a gente tem melhorado os serviços públicos, né? A gente vê pelos outros estados, né? Ah, a gente tem que melhorar muito ainda? Tem, mas assim está muito à frente de muito estado. Olhando por esse prisma, né? Eu acho que nós fomos muito bem assistidos, sabe? Na época, lembra lá da Amazônia que faltou, né? Acho que Manaus. Faltou um absurdo de oxigênio lá. Aqui a gente não tinha isso, né? Faltava, era, ó: ‘Nós vamos chegar tal hora’, às vezes duas, três horas de atraso, só. Então, assim, nós não vivemos isso, graças a Deus, né? Acho que isso aí é um terror” (enf. Olívia, unidade 1).

“É, nós tivemos mais contratações, então assim acaba que tem melhorado muito essa sobrecarga, mas igual semana passada mesmo, nessa época tem muito idoso, né? que se interna e tal, a gente chegou a ter na enfermaria em torno de 47 pacientes internados, então, assim, a gente não tem estrutura para isso tudo” (enf. Estela, unidade 2).

As entrevistadas também referem a oferta de assistência psicológica, por parte da instituição, de diferentes maneiras, ao longo do período pandêmico. Os serviços de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município estiveram disponíveis para atender as trabalhadoras da saúde, quando foi elaborado um fluxo para que esses atendimentos acontecessem. No entanto, a técnica de enfermagem Vera, Unidade 2, pontua dificuldades na estrutura e acesso ao serviço, considerando a superlotação da unidade de acolhimento psicossocial e demora no atendimento. Vera considera que tal serviço poderia ter sido melhor utilizado pelas enfermeiras, se os profissionais de saúde mental estivessem disponíveis *in-loco*, dentro da unidade, durante o turno de trabalho delas. Marcela, Unidade 2, reforça a percepção de Vera, pois também acredita que o Caps não foi tão buscado pela enfermagem devido às barreiras de acesso.

Olivia, enfermeira da Unidade 1, menciona que apesar de não estar receptiva para atendimento psicológico durante o trabalho, foi abordada, via telefone, por uma psicóloga fazendo busca ativa. Percebe que diante da grave situação, não queria conversar e entrar em contato com as vivências emocionais. Naquele momento, para ela, era urgente descansar e estar disponível para atender a população. Considera que a contratação de profissionais experientes para apoiar as pessoas que estavam na linha de frente era primordial.

Depreende-se das falas das enfermeiras, que estando em um funcionamento mental de urgência, sentiam seus esforços todos voltados ao trabalho, para salvar vidas e que a instituição deveria ter facilitado o acesso em relação a assistência psicológica, tendo em vista o esforço e dispêndio de tempo em se dirigir a um CAPS naquele momento.

“Não [procurei], porque na época estava muito cheio. Muita gente começou a procurar, sabe? Muita gente, muitos funcionários, agora a gente tinha essa porta aberta no Caps e muita gente começou a procurar. O pessoal daqui uma vez foi procurar e estava ficando muito cheio e a gente não foi mais porque você tinha que fazer um agendamento, a dificuldade em acessar o serviço, essa é a verdade. Eu acho que a gente não contava com isso, e a quantidade de profissionais, principalmente nessa área, eles estavam se desdobrando, mas a quantidade de pacientes era muito grande, então acho que eles não contavam com fluxo desse tamanho, então eles não tinham estrutura para receber” (téc. Vera, unidade 2).

“Na pandemia a gente teve esse apoio, a gente, teve um pessoal, né, do CAPS que foi lá, e foi muito bom porque eu acho que às vezes... É, só o fato de poder falar, né? Já ajuda bastante. Eu lembro que nessa época, foi muito boa, foi muito bom” (enf. Marcela, unidade 2).

“[Sobre outra possibilidade de apoio institucional na época]. É, talvez mais gente, né? Mas quem estava entrando na época também estava entrando sem conhecimento, então ajudava, mas também não tinha conhecimento para trabalhar. Porque tinha, para você ver, tinha que entubar, tinha que ter um conhecimento, né? E foi uma época que faltou muito profissional, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, faltou demais. A ajuda seria para recurso mesmo, humano” (enf. Olívia, unidade 1).

Apesar das limitações discutidas acima, o acolhimento pela coordenação imediata e próxima foi sentido como suficiente pelas enfermeiras, que demonstram compreensão de terem sido cuidadas pela instituição, desenvolvendo uma parceria de trabalho, o que amenizou sentimentos negativos durante o enfrentamento à pandemia, vindo de encontro ao que

Jacondino et al. (2014) mencionam sobre o caráter complementar e interdependente do trabalho da enfermagem, que influencia e é influenciado a todo o momento pelos membros da equipe, com necessidade de comunicação e articulação das trabalhadoras em prol da prestação de assistência em saúde.

“A gestora de imediato, sempre foi muito parceira da gente, sabe? Sempre. É, muito, muito próxima, tentando escutar as nossas dificuldades, tanto ali na estrutura quanto as dificuldades pessoais, né? Então, assim a gente, eu considero que eu que a gente foi bem acolhida, sabe? Assim, na época” (enf. Olívia, unidade 1).

“Assim, o pessoal diretamente, a coordenação diretamente, sempre procurava ajudar e tudo, mas não aquele, aquele acolhimento assim” (téc. Vera, unidade 2).

Assim, percebe-se que as gerências imediatas, enquanto representantes da empresa contratante, ao mostrar-se próximas e acessíveis por meio do provimento de recursos necessários, orientações técnicas, incentivo à formação de vínculos profissionais, reconhecimento do trabalho das enfermeiras e incentivando a colaboração entre colegas, fortaleceram as equipes, de modo a impactar positivamente a operacionalização do cuidado.

Vale ressaltar que as estratégias institucionais da empresa receberam influência direta da gestão acima, representada pelas medidas municipais. Uberlândia, como apontou a enfermeira Olívia, sendo uma cidade em desenvolvimento econômico e inserida em um estado rico (terceiro maior PIB brasileiro/2021), tem condições de enfrentamento diferentes das de Manaus, no estado do Amazonas, região norte e mais carente do país (ocupando a 16ª posição em termos de PIB estadual/2021), conforme IBGE (n.d).

Essa situação corrobora o que Machado et al. (2023) evidenciaram sobre a Covid realçar fragilidades de financiamento, gestão e estruturação dos serviços de saúde do país, onde indivíduos e comunidades mais vulneráveis economicamente sofreram com impactos deletérios. Também fica claro o conceito de caráter social da doença, como aponta Laurell (1982).

5.4.5 Repercussões sobre o trabalho e a vida na atualidade

As repercussões da pandemia são muito diversas e subjetivas, mas foram sentidas por todas as participantes. Assim, essa categoria contém as subcategorias: mudanças na esfera profissional, mudanças nas relações laborais, repercussões atuais sobre a saúde, repercussões na vida pessoal e repercussões em nível institucional.

5.4.5.1 Mudanças na esfera profissional

Para as participantes, a pandemia representou a oportunidade de uma primeira contratação, de troca de local de trabalho ou ainda mudança de vínculo empregatício, haja vista a alta demanda do serviço de saúde em relação às enfermeiras.

“A pandemia teve várias coisas ruins? Teve, mas pra mim teve um lado positivo que foi a realização de um sonho de entrar na rede pública” (enf. Marcela, unidade 2).

“[Repercutiu na vida] profissional, sim, que eu rodei bastante, né? E eu aprendi mais sobre doenças pulmonares, né? E eu já sei quando uma pessoa está ruim, saturação está ruim. Aprendi bastante coisa, bastante” (téc. Sofia, unidade 1).

“Ah, eu acho que repercutiu de forma positiva, acho que por um tempo, em que assim teve essa ascensão dos profissionais da saúde, porque as pessoas dependeriam muito da gente” (enf. Talita, unidade 1).

“Eu aprendi tudo na pandemia né? Que eu tinha acabado de formar. Então estava caminhando ali, então na pandemia, a gente precisou amadurecer, vestir a camisa mesmo e a gente precisava era cuidar dos pacientes. Então, para mim foi um grande crescimento profissional, como enfermeira mesmo. Era um desafio após o outro, para você entender processo. ‘Ah, vamos fazer isso agora’, ‘Como é que faz?’ Então, eu aprendi muito lá, então profissionalmente para mim, foi muito bom. É ruim, até estranho a gente falar isso, né? Pensando ah uma pandemia... tanta gente, né, morrendo? Passando por isso” (enf. Talita, unidade 1).

No que diz respeito às repercussões nas condições e organização do trabalho, houve melhorias nas estruturas físicas das unidades, implementadas durante a pandemia, assim como permaneceram em funcionamento as unidades de atendimento inauguradas no município durante a crise, os fluxos assistenciais se tornaram mais ordenados e ágeis, com profissionais

mais conscientes em relação ao uso de EPIs e em desenvolvimento de conhecimentos técnicos, com permanência de capacitações no formato online, consideradas acessíveis e frequentes.

“Sim, houve mudança na questão do olhar, da sensibilização, de levar mais criteriosamente a questão do uso dos EPIs, de cumprir-se as normas, as rotinas, os fluxogramas. Então, esse tipo de mudança, então de forma, a conscientizar tudo que se precisa, normas, rotinas, fluxos, tudo, houve esse tipo de mudança” (enf. Maya, unidade 1).

“É, o EPI sempre teve, né? Eu acho que esse aí a gente só ficou mais preocupado ainda de usá-lo, né? E para a gente da saúde, hoje se tem algum paciente que está internado, que tem alguma infecção respiratória, a gente já faz os testes rapidamente para afastar ele e isolar. Então, acho que isso mudou, né? Isso, essa visão da assistência [mais rápida], né? Agora, estruturalmente também acho que melhorou. Eu acho que tudo melhorou, né? Eu acho que algumas coisas assim, de conhecimento melhorou, né? Tanto da enfermagem quanto médico” (enf. Olívia, unidade 1).

“Passado todo o tempo continua dando treinamento. Uma coisa que eu acho que a gente não tinha, que eram os treinamentos online, né? Que a gente não podia ficar aglomerado e hoje mantém isso, né? Hoje a gente faz os treinamentos online. Eu acho que é uma coisa que vai ficar, né? Para a saúde foi muito bom porque você vê: “Ah, tem uma epidemia de dengue, então vamos falar de dengue hoje”. Aí é dado um treinamento online sobre dengue. Aí no outro dia, a gente já implementa os protocolos e dá muito certo, né? Então, era uma coisa que começou na pandemia e está até hoje. Tem no horário de trabalho, tem nas plataformas da instituição e tem também fora do horário de trabalho, à noite” (enf. Olívia, unidade 1).

Talita, Unidade 1, considera que a visibilidade que o trabalho da enfermagem teve durante a pandemia, repercutiu e contribuiu de alguma forma para a recente conquista da categoria profissional em relação ao piso salarial.

“Eu acho que aquela coisa daquela valorização que a gente tinha, uns 4, 3 anos atrás, hoje isso já não tem mais, mas uma coisa positiva que foi para essa luta que eles estão hoje no piso salarial da enfermagem, que também está sendo uma briga muito grande. Mas acho que isso só veio à tona também por conta da pandemia” (enf. Talita, unidade 1).

No entanto, apesar dos efeitos considerados positivos, a compreensão apresentada por elas atualmente em relação a profissão ainda inclui as dificuldades encontradas na rotina e uma ambivalência em relação à enfermagem que as acompanha desde antes da pandemia.

“A minha mãe não queria que eu fizesse enfermagem, porque ela tem uma história negativa de uma amiga dela, que foi à óbito. Então eu cresci com isso, né? De ela falar isso da área da saúde” (enf. Marcela, unidade 2).

“Sinceramente, eu penso em um dia abandonar a enfermagem. Porque você vai convivendo, convivendo, convivendo, você vai cansando. Sinceridade, eu se eu tiver uma segunda opção, é uma ideia que eu já estou amadurecendo. A enfermagem trabalha com isso tudo, ela trabalha com medo, com as dores, com os sentimentos dos pacientes, às vezes, com os piores sentimentos dos pacientes. Eu acho que eles veem a enfermagem, eles esquecem que ali tem uma mãe de família, tem um pai de família, tem um ser humano ali atrás, então eu penso em uma segunda opção na minha vida. Em abandonar mesmo, e estou falando isso também tem 18 anos, sabe? Pessoal, a gente fala isso tem muitos anos, mas vai dar certo uma hora, se Deus quiser vai dar certo” (téc. Vera, unidade 2).

“Então não tinha como eu fazer outra coisa, largar a enfermagem. E que já estava com poucas, né? Pessoas trabalhando e eu gosto, né? De cuidar, sempre gostei” (enf. Olivia, unidade 1).

“Eu acho que a enfermagem, hoje em dia, eu afirmo com todas as letras: é uma profissão, que é por amor, porque ela é por amor! Porque a dor que você carrega também de carregar enfermagem é grande” (téc. Vera, unidade 2).

As participantes também pensam que as vivências de trabalhar na urgência e emergência durante a pandemia repercutiram de forma a possibilitar reflexões sobre a efemeridade da vida e valores pessoais, resultando, no âmbito profissional, em atendimentos ainda mais humanizados, com profissionais sensibilizadas, notando que os pacientes também estão se apresentando mais frágeis pós pandemia e necessitando de maiores cuidados.

“Repercutiu! Porque na enfermagem a gente lida muito com morte e vida ali, né? Morte e vida muito perto, muito próxima. E o tempo que se tem, né? Então, se você tem mais um dia, é aquilo lá é um presente, né? Você tem que viver da melhor forma. Então a gente ressignificou tudo! O que tinha importância, não tem, né? O que, o que é importante são pessoas, não coisas, né?” (enf. Olívia, unidade 1).

“Mudou! Quando a gente vê oxigênio, a gente fica traumatizado! Mas, assim, eu acho que todos nós, né? Mudamos. Porque a morte ficou muito próxima da enfermagem, então hoje eu acho que a gente faz, a gente ficou mais humanizado, sabe? De que não querer viver aquela situação” (enf. Olívia, unidade 1).

“A sensação de luto, a sensação de que eu perderia tudo o que eu tive, que eu não conseguiria retornar e isto, por outro lado, me deixou uma pessoa mais sensível à dor do outro, bem mais sensível. Já, eu já achava que eu era, até por estar na área, lidando com o adoecimento de outras pessoas, a fragilidade de outras pessoas. Hoje em dia eu acho que eu sou bem mais sensível” (enf. Maya, unidade 1).

“Mas eu acho que vocês vão chegar à conclusão de quem, da enfermagem, passou pelo Covid, passou pelo começo, pelo meio e o fim, a gente não tem ainda, né? Mas assim, quem passou por isso tudo, essa enfermagem foi remodelada. Ela vê a vida com outros olhos. Naquela época a gente começou a ver coisas que mudou completamente a vida de cada um. Eu conheço gente que nunca pediu perdão pra ninguém, que tinha problemas com família, saiu daqui foi atrás, pediu perdão, sabe? Então assim, existe uma outra enfermagem depois desse Covid. A enfermagem pós-Covid. Isso existe. Certeza” (téc. Vera, unidade 2).

“Eu acho que a gente é, fica mais sensível, né? A gente vê com outro olhar. Você chega, já se apresenta, já fala o seu nome. Tipo assim, você dá uma atenção maior. Qualquer detalhe, seja o menor que for, eu acho que você conversa, você ter o contato, eu acho que pra mim se tornou primordial, direto eu já fazia isso, mas eu acho que agora eu vejo que eu tenho mais uma sensibilidade frente a isso, se estão procurando é que eles tão frágeis de alguma forma” (enf. Marcela, unidade 2).

5.4.5.2 Mudanças nas relações laborais

Já em relação às colegas de equipe, as enfermeiras consideram que as vivências de dificuldades na pandemia as uniram, tanto dentre as equipes de assistência, quanto entre as profissionais e a respectiva coordenação, em ambas unidades de atendimento participantes da pesquisa.

“Eu acho que em equipe a gente cresceu muito! Né? Porque, normalmente, assim, as pessoas que ficam nessa formação, elas tiveram que criar um laço maior de amizade, ali, né? É, então a gente ajudava muito o outro colega, né? Porque às vezes ele estava com uma gama de pacientes que era tudo complicado. Então, a gente acabava e ajudava o outro. Então a gente ficou muito parceiro, né? Um do outro” (Olivia, unidade 1).

As estratégias de apoio coletivo mencionadas anteriormente fortaleceram tanto os vínculos já existentes quanto os vínculos que estavam sendo iniciados naquele momento, como o das pessoas que começaram a trabalhar juntas por ocasião da pandemia, sendo esse um aspecto que reverberou como uma mudança positiva nas relações laborais pós-pandemia e que deixa um registro afetivo na memória delas.

“Hoje a gestão da unidade 2, do presente momento, toda tempestade depois vem a bonança, né? Eu falo que hoje a gente foi presenteado, porque a gente considera que aqui a gente não tem chefe. A gente considera que a gente tem amigos e parceiros. A

gente tem uma liberdade, é lógico, que existe uma hierarquia, a qual a gente respeita e tudo, mas a gente tem uma liberdade, assim, com a forma que a nossa gestora, que é a RT da unidade, que é a chefe, do jeito que ela trata a gente. Assim, reflete em tudo. Ela é muito humana, a gestão dela. A gestão de hoje em dia, ela é muito humana, sabe? Ela é muito humanizada” (téc. Vera, unidade 2).

“A equipe de enfermagem da Unidade 2, que foi referência de Covid, hoje ela é uma equipe de enfermagem. Eu já passei por vários hospitais. Hoje, a equipe daqui é uma equipe muito unida. Muito, muito mesmo. Porque a gente chorou com cada um, profissional, que hora que a gente estava sabendo que estava doente, a gente preocupou com ele. A gente preocupava com a família dele, sabe? Então assim era tudo, eu acho que serviu pra unir a gente, a gente uniu mais depois disso (téc. Vera, unidade 2).

As enfermeiras participantes compreendem que as situações na pandemia criaram possibilidade de maior diálogo e proximidade com a coordenação imediata, que reflete positivamente na prática laboral atualmente. As coordenadoras foram vistas como funcionárias, assim como as enfermeiras, que estavam sob forte pressão, além de ambas as partes estarem engajadas em prol de um objetivo comum possibilitando dessa forma, a sensibilização e aproximação.

Santos et al (2022) pontuam que as atividades de gestão em enfermagem são preditoras da saúde do trabalhador, podendo contribuir para um ambiente saudável ou favorecer o seu adoecimento. Dessa forma, faz-se importante a avaliação dos modos de gestão organizacionais, como forma de avaliar sinais de sofrimento e danos psíquicos e sociais em seus trabalhadores.

“Eu acho que a pandemia ajudou a, contribuiu pra melhorar essas questões do ver o colaborador, não só como uma mão de obra, uma ferramenta, mas uma pessoa que sofre e que tem uma família, que tem outros problemas, acho que a pandemia trouxe essa sensibilização pros gestores da unidade” (enf. Maya, unidade 1).

5.4.5.3 Repercussões atuais sobre a saúde

O aprendizado destacado pelas participantes parece ter custado alto em termos de saúde física e mental. A enfermeira Maya (Unidade 1) e a técnica de enfermagem Vera (Unidade 2)

tiveram Covid, enquanto trabalhavam, com necessidade de internação e oxigenoterapia em seus tratamentos. As duas apresentam sequelas do Covid que perduram até hoje (comprometimentos auditivo e pulmonar e processo inflamatório geral no corpo).

Também foram identificadas grandes dificuldades em relação a conversar sobre a pandemia na rotina de trabalho atualmente, inclusive pela dificuldade em finalizar a segunda rodada de entrevistas. Algumas participantes verbalizam sobre essa resistência mais claramente, relatando tristeza e revivência de emoções fortes ao se referirem sobre os momentos vividos, percebendo a pandemia como um período marcado para sempre na história da enfermagem.

“E não adianta, isso aí a enfermagem não vai superar, não vai esquecer, o que a gente passou, isso aí não vai. É uma coisa que eu procuro nem tocar no assunto, para falar a verdade. Quando começa esses assuntos, eu prefiro nem tocar no assunto, sabe? Prefiro nem tocar, não gosto de falar a respeito. Eu não sei porque, mas tipo assim, igual eu fiquei ruim também, eu dei covid, mas sempre quando alguém toca no assunto covid, sabe? Eu não gosto nem de tocar no assunto, eu não gosto de ser hipócrita não, a gente é ser humano também, o povo tem um negócio de achar que a enfermagem veste branco e é blindada e não é. Nós somos gente igual a todo mundo” (téc. Vera, unidade 2).

“Então, dá uma tristeza quando a gente lembra de pandemia, todo mundo respira fundo. Todo mundo que trabalhou, né? Respira fundo, porque foi difícil. É, eu acho que a gente foi fortalecido com uma energia divina, porque eu não consigo processar como que a gente deu conta, sabe? Não sei como. Eu olho assim. Então a gente sempre fica com aquelas imagens ruins? Eu não gosto de ficar voltando atrás, não. Tem uma parte que a gente precisa entregar, o que é de Deus, né? Na minha crença, eu acho que é isso, é o que aconteceu, quem que foi embora. Eu prefiro acreditar que teve uma mão divina e que está tudo certo, né? Cada um tem sua hora mesmo de ir” (enf. Olívia, unidade 1).

“É na minha questão emocional. Eu acho que para mim vai ser permanente. O impacto emocional é que a pandemia deixou em mim. Eu até falei assim hoje, eu ainda não consegui falar sobre o assunto, reviver tudo o que eu passei sem chorar, sem sentir uma dor, sentir tudo de novo, sentir tudo novamente” (enf. Maya, unidade 1).

A enfermeira Estela, Unidade 2, demonstra preocupação com a saúde mental da enfermagem ao relatar sobre os casos de colegas que fazem acompanhamento psiquiátrico,

considerando o trabalho da enfermagem, especialmente na rede pública de saúde, uma atividade penosa.

“É, eu acho que, assim nós que somos da área pública, eu acho que a gente vê muito caso, né? de colega tomando medicação para dormir. Então eu vejo que, assim, é população muito grande. Ah, de certa forma [me preocupa] sim, porque aí a gente até brinca, eu falo assim: ‘Ah, vai ter que ir pro Caps’, risos, que é o da saúde mental, né? Porque, assim, tem hora que a gente a gente vê que mexe, né? (enf. Estela, unidade 2).

Vera, técnica de enfermagem, analisa que a saúde mental da categoria requer cuidados na atualidade, considerando os casos de suicídio que acontecem. Para ela, a enfermagem domina o cuidado do outro, mas não o de si mesma, e por isso, ações institucionais de cuidado deveriam ser implantadas.

“Eu confesso que eu sempre fui muito egoísta assim comigo, com os meus sentimentos. Assim, às vezes, de tentar sempre ajudar os outros e ficar um pouco pra trás, sabe? Eu quero cuidar de todo mundo, preocupo com todo mundo. E às vezes eu deixo isso um pouco para trás. Agora, hoje em dia já tem um tempo que eu faço academia regularmente, então, já cuido mais essa parte física, mas eu ainda sinto falta de cuidar mais um pouco da parte mental, é por muitas coisas que já aconteceram, assim, fora da pandemia e eu sou um pouco resistente” (enf. Talita, unidade 1)

“Eu acho que teria que ser obrigatório a enfermagem passar por avaliação psicológica. Você pode ver que no último ano, o tanto de técnico que suicida. Então, assim, são vários casos, se você procurar, pesquisar o caso de paciente que se suicidou e que era da área da enfermagem, o número é grande, sabe? Então, eu acho que tinha que ser como um periódico. É, para facilitar o acesso para elas e muitas das vezes, as pessoas guardam para si, é, as coisas que não põem pra fora porque a gente cuida de vida, a gente lida com emoções, então eu acho assim, que a gente tem que cuidar da gente também, e a enfermagem sofre muito isso, ela não tem um olhar voltado para ela nessa parte, você pode ver toda a unidade, todo local de saúde fala-se muito de protocolo, disso, daquilo outro, mas talvez nunca falou de um protocolo de cuidado com a enfermagem” (téc. Vera, unidade 2).

“É tem uma colaboradora, que assim, ela chegou a ficar aqui na linha de frente por muito tempo, até que se tornou a unidade toda uma UTI. A unidade toda era setor de UTI. Ela chegou a afastar e foi atendida no Caps, depois disso ela não retornou [aposentou]. Ela não retornou” (enf. Maya, unidade 1).

A enfermeira Maya, da Unidade 1, nomeia de resiliência a força das profissionais de enfermagem que após terem sido submetidas a intensa pressão na pandemia (exaustão) ainda conseguem trabalhar. Interessante que o termo resiliência, derivado da física, é a capacidade que um material ou sistema tem de recuperar sua forma original após ser submetido a uma força de deformação. A própria enfermeira cita que outras colegas não conseguiram retomar ao trabalho pós pandemia. Seria melhor, então, voltar ao conceito de desgaste de Laurell que engloba a perda da capacidade potencial e/ou efetiva, corporal e psíquica, em que a ideia de deformação implica uma transformação negativa, perdendo um estado anterior mais satisfatório, como aponta Seligmann-Silva (2011).

“Um ambiente melhor para se trabalhar. Acho que tanto para o colaborador quanto para o paciente, isso foi um ganho que a gente teve depois de todo esse movimento, toda essa vinda da pandemia, porque viu se a exaustão, nós chegamos a um ponto de exaustão e hoje em dia, a gente, a gente viu também a resiliência de muitos profissionais. E também o adoecimento, assim, de forma que muitos não conseguiram retornar a sua jornada de trabalho, não conseguiram retornar a sua rotina, então hoje eu acredito que a parte do empregador ele tem, ele está tendo mais essa conscientização de que precisa de uma salubridade melhor, de um ambiente mais... (enf. Maya, unidade 1).

A enfermeira Talita, da Unidade 1, refere sentir que já se recuperou do desgaste sofrido, mas sendo recém formada, relata que não tem condições de comparar o seu trabalho antes e depois da pandemia. Percebe-se que, hoje, a participante demonstra preocupação com questões de saúde pública atuais, como a dengue e superlotação da unidade de atendimento.

“Acho que já passou, acho que como a gente já está vivendo momentos melhores. Essa dengue assim para nós, agora foi mais de, não, claro que nessa gravidade das pessoas, mas de movimento, é... de a gente precisar às vezes de a fila da triagem chegar a quase 50 [pessoas]. Nós, em quatro enfermeiras pra triar, era maluco também! Então são fases, eu acho que a gente precisa se adaptar se a gente quiser, se a gente tem interesse de fazer sempre um bom trabalho” (enf. Talita, unidade 1).

Nota-se que após a pandemia, as participantes já tem buscado um cuidado melhor com a saúde. A maioria delas recorreu à atividade física como um cuidado acessível, que conseguiram manter com regularidade. Observa-se que elas reconhecem como importante atentar-se também para a saúde mental, sentindo que podem melhorar nesse aspecto, mas há uma maior resistência à busca pelo atendimento psicológico, tendo em vista que passa pela percepção de si e reconhecimento de que não se está bem emocionalmente e pela característica do acompanhamento psicológico de se haver com questões difíceis para os indivíduos.

“Agora, hoje em dia já tem um tempo que eu faço academia regularmente, então, já cuido mais essa parte física, mas eu ainda sinto falta de cuidar mais um pouco da parte mental. É, mas aí eu penso, agora não precisa, mais pra frente, eu vejo. Aí eu tenho algumas outras demandas, por exemplo, financeira, preciso trabalhar mais porque tem alguns gastos. Aí eu tenho mais gente para preocupar. E eu vou deixando” (enf. Talita, unidade 1).

“Teve, teve bastante, tirei bastante hábitos meus que eu tinha, passei a cuidar mais da minha saúde, sabe? Porque é igual eu te falei, foi um sacolejão que a gente tomou. Olha, eu comecei a fazer atividade física, que eu não fazia, sabe? Eu falo que é a minha higiene mental. Hoje em dia, eu tiro um tempo para mim” (téc. Vera, unidade 2).

“Estou conseguindo, eu ficando mais em casa também. Aí fica com o marido, fica com os filhos. Eu estou conseguindo ter uma qualidade bem melhor, estou conseguindo fazer atividade, ir pro clube, coisa que eu, assim, eu estava bem restrita” (enf. Estela, unidade 2).

“Não faço terapia, não faço nada, mas encontrei na musculação, na academia, assim, um refúgio, eu acho que deveria, até sim por tudo que a gente passou, né? Por tudo que a gente passa, tantas coisas que passaram batidas, né, que a gente engoliu a seco, mas eu acredito sim que eu precisaria fazer um acompanhamento, mas hoje em dia o que eu extravaso, é fazendo academia” (enf. Marcela, unidade 2).

Certamente os investimentos iniciais em saúde influenciam e se interrelacionam com outros aspectos da vida. Maya, a única participante que relatou estar fazendo acompanhamento psicológico no momento da entrevista, revela benefícios do cuidado à saúde mental na sua vida pessoal e profissional.

“Eu me interessei, fiz um curso de psicoterapeuta, e eu vim trazendo isso pra minha vida também, pra mudanças em mim, pra melhoria e concluiu também com esse processo de

terapia. Sim, sim, é importante, até porque o setor que eu trabalho, ele é bem pesado, ele é bem, suga bastante, a questão mental da gente, porque a gente vê cada, vê muito tipo de situações, e você precisa, você precisa ter um escoamento bom, você precisa ter uma mente sã para cuidar das outras pessoas, lidar com a dor do outro” (enf. Maya, unidade 1).

5.4.5.4 Repercussões na vida pessoal

O contato aumentado com a morte e as reflexões sobre a efemeridade da vida e valores também refletiram na vida pessoal das participantes, na forma de mudanças de comportamentos, valorização de momentos sociais e realização de atividades prazerosas especialmente com familiares, além da percepção de força interior e capacidade de enfrentar desafios.

“Avaliei. Avaliei muita coisa, sabe? Eu avaliei muita coisa porque nesse período... eu mudei muito os meus conceitos de valores. Eu comecei hoje, eu sou uma pessoa que dou mais importância a outros tipos de coisas que eu não dava antes. Hoje eu dou muita importância ao, na minha casa existe uma regra hoje que é: ‘A gente senta para almoçar’. Na hora do almoço não tem televisão e não tem celular, sabe? Porque aquele momento ali é o único. Às vezes, ali é uma hora que você tá comendo e você conversa com o filho e tudo. Na minha casa existe uma regra hoje em dia que é assim: é um dia da semana, eu saio com [filho] pra brincar, pra passear, coisa que eu não fazia há anos” (téc. Vera, unidade 2).

“Eu tiro um tempo para mim, que seja pra eu ir ali no barzinho da esquina, sentar e conversar fiado, mas eu tiro. Eu desligo. Antigamente eu era aquela pessoa bitolada com, que a casa tem que estar muito limpa, tudo material em primeiro lugar. Agora, tudo material em segundo lugar, primeiro Deus; se eu tiver que largar a vasilha na pia pra fazer minha unha, hoje em dia eu faço, eu vou largar a pia lá e vou fazer a minha unha. A minha prioridade sou eu hoje. Eu sou a minha prioridade. Problema de quem, sabe? Eu, igual eu falei, deu uma sacudida, uma sacudida boa mesmo. Então, hoje eu sou minha prioridade” (téc. Vera, unidade 2).

“No aspecto pessoal, é uma sensação de incapacidade, é uma sensação de impotência que a gente não, não daria conta de fazer, mas, por outro lado também a gente conseguiu superar muitas questões que até então, talvez, se não viesse a pandemia a gente não conseguiria enxergar que nós éramos capazes. O profissional em si, era capaz de suportar altas jornadas, né? Sem horário de descanso, sem tempo para alimentação” (enf. Maya, unidade 1).

“Dá mais valor à vida, mais valor às pessoas, mais valor a um abraço, a uma reunião, né? familiar, que nós ficamos 2 anos sem festa, né? Sem reunir! Então, isso é muito, é precioso! Então, hoje eu acho que todo mundo tem esse sentimento, quando a gente consegue reunir com alguém, aquele momento é eternizado, sabe? Eu acho que isso, acho que

foi uma grande lição, porque eu lembro que a gente não podia tocar o outro, né? Não podia abraçar, não podia e a enfermagem, né? Ela é muito de: 'Fulano' encosta, 'fulano' né? Muito perto, muito próximo e a gente não podia nem tocar direito no paciente” (enf. Olívia, unidade 1).

“Mas eu tentei me recompor depois, né? Voltei às minhas atividades, minha vida social, né? Reduzi extra. Eu fiz inscrição agora para voltar [aula no ramo das artes], que eu parei os 2 anos da pandemia” (enf. Olívia, unidade 1).

Nota-se que as participantes iniciaram um movimento de reflexão sobre a vida que estavam levando e a que desejam ter, reconhecendo a importância de voltar o cuidado para elas mesmas, através de momentos de descanso com familiares, amigos e realização de atividades relaxantes e/ou prazerosas.

Para Junior et al. (2020), o conhecimento sobre o cuidado de si ainda é incipiente no discurso de profissionais acostumadas a cuidar da saúde dos outros, seja pelo fato de as práticas de saúde ainda estarem fortemente ancoradas no modelo biomédico, seja por interferências organizacionais no ambiente de trabalho, de modo que as enfermeiras não identificam a necessidade de autocuidado para poder, então, atender outras pessoas.

No entanto, Junior et al. (2020) argumentam que o cuidado de si não deve ser visto como algo dissociado da vida cotidiana, pois envolve aspectos que perpassam todo o processo vital, desde alimentação até atividade física e momentos reflexivos, visando o amadurecimento da mente e o fortalecimento espiritual. A deficiência no autocuidado provoca interferências diretas na vida pessoal e no trabalho, podendo acontecer quando a profissional se envolve no cuidado do outro afastada de si mesma, como se o trabalho em enfermagem pudesse ser realizado com neutralidade e imune a doenças e morte. Nesse aspecto, vimos que a realidade imposta pela pandemia, propiciando medo da própria morte e de familiares, as levou a revisão de suas atitudes na vida pessoal.

Os autores acima sugerem que a sensibilização da equipe de enfermagem para o cuidado de si possa ser desenvolvida no ambiente de trabalho por meio do estímulo aos profissionais e

da flexibilidade dos gestores, sendo recomendável incorporar práticas de cuidado ao cotidiano de trabalho das enfermeiras, que consequentemente repercutirá na prática assistencial.

Cruz et al. (2016) acrescentam que as instituições formadoras devem oferecer o tema do autocuidado em seus componentes curriculares. Se a enfermagem se forma para cuidar, existe uma carência na formação para o exercício profissional, para que venham ser cuidadoras diferenciadas e saudáveis.

5.4.5.5 Repercussões em nível institucional

Diante da pandemia, os empregadores como responsáveis pelos trabalhadores ali expostos precisaram agir rápido, fornecendo além dos EPIs e materiais educativos, acolhimento e apoio psicológico. Contrapondo a compreensão positiva que as participantes tiveram em relação às ações institucionais de provimento de materiais de trabalho, a compreensão sobre as ações institucionais de acolhimento apresentou ressalvas, conforme mencionado anteriormente (na subcategoria estratégias institucionais).

Das participantes, apenas a enfermeira Maya, Unidade 1, relatou ter tido a iniciativa de buscar um serviço de saúde mental, no entanto, o fez após a pandemia, quando se identificou ansiosa e buscou acolhimento. Ela se refere a equipe multiprofissional de referência da unidade de saúde que após o período crítico da pandemia, teve o fluxo de assistência reavaliado para incluir também atendimento às profissionais de saúde da rede municipal, representando uma repercussão em nível institucional.

“Sim, tivemos e ainda temos grupo de apoio, uma rede de apoio, que a unidade oferece, tem psicólogo, tem fisioterapeuta, tem exercício de respiração. Então, nós temos aqui mesmo, é disponibilizado um horário pros funcionários, tem um espaço de escuta. Você pode agendar, eles veem [avaliam] a necessidade” (enf. Maya, unidade 1).

“Eu mesma já fui atendida, depois da pandemia, percebi que eu estava começando, eu tenho ansiedade, desde antes, eu vi que eu já estava ficando um pouco ansiosa, com tudo, as mudanças, voltando os protocolos, voltando a rotina, mudando essa rotina o tempo inteiro, e eu fui, eu procurei a psicóloga do serviço daqui, e lá eu fui muito bem acolhida, fiz terapia com ela, e sim, me ajudou muito, muito muito mesmo, eu achei muito válido, indiquei para outros profissionais, indiquei para familiares de profissionais e você vem e você tem um acesso bom, não é uma coisa que você tem que agendar e demora muito, é mais em curto prazo” (enf. Maya, unidade 1).

Sobre o acolhimento institucional para as equipes de enfermagem na atualidade, as participantes citam pontos a serem refletidos e desenvolvidos para o futuro. Importante dizer que tais sugestões não surgiram espontaneamente nas entrevistas, mas a partir de questões do roteiro.

“Só que assim, eu ainda acho que existe um déficit sim em relação a isso [acolhimento para enfermagem]. Tem assim, se você quiser, se você procurar sua coordenação, eu acho que ela vai te ajudar, mas eu acho que não é uma coisa assim, fácil, não é um caminho fácil” (enf. Marcela, unidade 2).

Além disso, quando questionadas sobre ações de acolhimento realizadas nos dias atuais, passada a situação de emergência em saúde, quatro participantes (Olívia, Maya, Estela e Vera) contam que a empresa oferece ações de saúde de forma pontual nas unidades. A enfermeira Olívia, Unidade 1, narra campanhas de conscientização de meses temáticos, como as do Setembro Amarelo, referente à prevenção ao suicídio e a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT, que já existiam antes, porém estão sendo realizadas com mais frequência pós-pandemia. Maya, da Unidade 1, também menciona a SIPAT e acrescenta as ações de práticas integrativas e complementares que são ofertadas aos colaboradores quinzenalmente na unidade. Por fim, a enfermeira Estela e a técnica de enfermagem Vera, ambas da Unidade 2, referem que tem sido ofertado apoio psicológico em casos específicos, como ocorrido na última perda/óbito na equipe de enfermagem.

Já ao serem interrogadas sobre outras possibilidades de cuidados institucionais voltados à saúde mental das profissionais na atualidade, a enfermeira Olívia, Unidade 1, considera importante que a gerência imediata se atente aos pedidos de remanejamento para outros setores,

em função da exaustão de algumas profissionais e da dificuldade em continuar lidando com a morte após algumas delas terem sofrido perdas importantes na pandemia.

“Tem alguns colegas que eu acho que estão bem mais exaustos, e às vezes tem que, eu acho que tem que transferir para outra, outro tipo de serviço, porque o atendimento de urgência e emergência, ele é desgastante, né? Ele é muito desgastante. A maioria dos plantões sempre tem alguém que falece, né? E o morrer pra algumas pessoas que passaram, que viveram isso, que perderam família tem um impacto diferente, né? E eu observo colegas muito cansados, sabe? Esgotados, mesmo, né? Já pediu para sair, pediu para ser transferido e às vezes não tem vaga. Então eu vejo que poderia ajudar nesse quesito, né? de alocar ele em outra função, porque são profissionais bons, né?”
(enf. Olívia, unidade1).

Sendo a enfermagem uma atividade considerada penosa, avaliar uma solicitação de mudança de local de trabalho é compreender que a profissional está comunicando que não está em seu pleno desenvolvimento naquela atividade e demanda auxílio por parte da gestão. Tais pedidos podem ser motivados por diferentes fatores, incluindo níveis de angústia e sofrimento no trabalho, reconhecidos pelas profissionais que solicitam e percebidos também pelas colegas.

Sancinetti et al. (2011) se referindo às causas das taxas de absenteísmo (ausências por faltas, licenças, afastamentos) na enfermagem, colocam a existência de fatores ambientais, organizacionais, individuais, sociais, culturais, de personalidade, físicos e psíquicos. Discutem assim que nem sempre o absenteísmo está ligado a aspectos pessoais, podendo relacionar-se aos processos de trabalho da instituição, às condições do ambiente de trabalho, interação entre os funcionários e à gestão e seus impactos. Nessa perspectiva, o índice de ausências e solicitações de remanejamentos dentro das unidades pelas enfermeiras são importantes indicadores para a gestão de recursos humanos da instituição contratante, de forma a monitorar e avaliar a qualidade assistencial e as atividades desenvolvidas em um serviço. Estabelecer um cuidado no remanejamento dessas profissionais pode evitar absenteísmo, adoecimentos e afastamentos laborais.

A enfermeira Maya, Unidade 1, percebe como complexo o manejo feito pela gerência no sentido de mediar os pedidos das trabalhadoras. Sancinetti et al. (2011) observa que as gerentes, como profissionais submetidas também às pressões institucionais, se veem entre muitas variáveis, onde necessitam mediar direção e trabalhadoras, condições e organização do trabalho, bem como políticas institucionais.

"Eu acredito que a instituição em si, eu tenho visto que a instituição em si, eles têm tentado é ouvir o colaborador: 'Olha do jeito que, na posição que ele está, ele não está muito confortável, tá vendo que está sofrido', aí a instituição tenta, é remanejar, tenta escutar, ver o que que dentro das possibilidades da instituição, do trabalho, da rotina, tentar não perder esse profissional para um afastamento" (enf. Maya, unidade 1).

No entanto, é imperativo que a organização conheça a realidade de suas equipes, a fim de propor e implementar estratégias gerenciais institucionais que possibilitem melhorias contínuas no processo de gestão das pessoas sob sua coordenação, revisem os processos e as condições de trabalho, bem como contribuam para a reflexão sobre políticas públicas envolvendo a enfermagem e a qualidade de vida das profissionais.

A enfermeira Olívia, Unidade 1 e a técnica de enfermagem Vera, Unidade 2, sugerem melhorias no cuidado à saúde mental da enfermagem durante a jornada de trabalho. Olívia menciona que findada a pandemia, este seria o melhor momento para o incentivo de diversas práticas de autocuidado. Já Vera considera que só incentivar não seria o suficiente e, pensando sobre as taxas de suicídio na enfermagem, propõe a ideia de avaliações psicológicas regulares e obrigatórias para a enfermagem.

"Talvez agora, né? Talvez fizesse mais sentido, né? Que agora a gente tem uma jornada mais regular, a gente tem tempo para família, a gente tem tempo para o lado social, né? Eu acho que nas horas tranquilas a gente precisa investir, porque na hora que chegar a difícil, às vezes não vai ter tempo para isso. Então, eu acho que depende das circunstâncias. Eu acho que aí tudo vale, né? Eu acho que conversa com psicólogo, ginásticas laborais, né? É, acho que ajuda muito, né? Esse estímulo de uma vida mais saudável, alimentação, palestra, nutricionista, sabe? Cuidar da pressão, diabetes, porque muitos funcionários precisam também de parar, falar

‘vamos cuidar de você’, né? ‘Vamos parar de cuidar dos outros, vamos cuidar de você’” (enf. Olívia, unidade 1).

“Ah, eu acho, eu acho que isso deveria, para nós da área da saúde, sempre ajudaria, eu acho que não tem o periódico que é obrigatório? Eu acho que teria que ser obrigatório a enfermagem passar por avaliação psicológica. De tempos em tempos, eu acho que deveria ser obrigatório. Você sabe por que? Você pode ver que no último ano, o tanto de técnico que suicida, sabe? Então, assim, são vários casos, se você procurar, pesquisar o caso de paciente que se suicidou e que era da área da enfermagem, o número é grande, sabe? O número é grande. Então, eu acho que tinha que ser tipo um periódico. É, para facilitar o acesso para elas e muitas das vezes, as pessoas guardam para si, é, as coisas que não põem pra fora, então aí é onde que eu acho que porque a gente cuida de vida, a gente lida com emoções, então eu acho assim, que a gente tem que cuidar da gente também, e a enfermagem sofre muito isso, ela não tem um olhar voltado para ela nessa parte, você pode ver toda a unidade, todo local de saúde fala-se muito de protocolo, disso, daquilo outro, mas talvez nunca falou de um protocolo de cuidado com a enfermagem” (téc. Vera, unidade 2).

Depreende-se da fala de Vera que ver solução na obrigatoriedade de uma avaliação psicológica diz respeito à compreensão de que não é admissível perder mais ninguém, que ela tem consciência das dificuldades que as enfermeiras enfrentam para se cuidar adequadamente e de que as instituições podem fazer mais ações em prol da saúde mental, podendo utilizar o próprio espaço e horário de trabalho para alcançar todas as trabalhadoras.

Concluindo, a técnica de enfermagem Sofia, da Unidade 1 acredita que a instituição poderia se atentar mais à integração das funcionárias. O ponto abordado por ela diz respeito a relações interpessoais no trabalho e convivência em equipe, com maior e menor tempo de experiência na empresa, mas com consequências diretas na saúde mental das trabalhadoras, como mencionado anteriormente por Jacondino et al. (2014) sobre o poder de influência da gerência e dos membros da equipe para a boa realização da prática do trabalho. Além disso, Santos et al. (2022) destacam os impactos que os estilos de gestão têm na saúde do trabalhador, sendo importante observar, por exemplo se a dificuldade na interação entre as equipes teria a ver com a hierarquização do trabalho da enfermagem e como isso poderia ser solucionado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da discussão sobre as vivências relacionadas ao trabalho das enfermeiras da rede municipal de Uberlândia que atuaram em setores de urgência e emergência durante o período da pandemia de Covid-19, apreendemos que estas repercutiram na saúde física e mental dessas trabalhadoras na atualidade, assim como na sua vida pessoal e profissional, através das mudanças nas relações laborais e daquelas promovidas em nível institucional.

Podemos analisar que houve sofrimento e angústia sentidos imediatamente, com mobilização de estratégias de enfrentamento individuais e coletivas a fim de minimizar os sentimentos predominantes de ansiedade e medo decorrentes do início da crise sanitária, e efeitos que ainda reverberam e estão sendo elaborados psiquicamente, tendo em vista a dificuldade observada e relatada por elas em se dialogar e abordar o tema da pandemia novamente no cotidiano laboral.

A empresa também se utilizou de estratégias institucionais, que, na visão das enfermeiras, conseguiu prover e foi suficientemente efetiva em relação ao fornecimento de insumos materiais e informacionais, agindo de forma imediata para que pudessem trabalhar e exercer a assistência aos pacientes.

Para as participantes desta pesquisa trabalhar na pandemia foi encarado como um comprometimento ético com a profissão escolhida e com o estado global de emergência em saúde pública. Dessa forma, tiveram que se adaptar às mudanças nos processos de trabalho enquanto as condições para realização do mesmo, já precarizadas, foram potencializadas. Durante as entrevistas, as participantes se emocionaram e relembrou várias cenas consideradas marcantes e inesquecíveis, que contribuíram para ressignificação do sentido da vida, valores pessoais e conseqüentemente, mudanças de hábitos em busca de qualidade de vida, resultando também em atendimentos mais humanizados, com profissionais sensibilizadas, no âmbito profissional.

A respeito das repercussões nas condições e organização do trabalho, houve melhorias nas estruturas físicas das unidades, implementadas durante a pandemia, assim como permaneceram em funcionamento as unidades de atendimento inauguradas no município durante a crise. Os fluxos assistenciais se tornaram mais ordenados e ágeis, com profissionais mais conscientes em relação ao uso de EPIs e em desenvolvimento de conhecimentos técnicos, com permanência de capacitações no formato online, consideradas acessíveis e frequentes.

Porém, no que tange às ações institucionais de cuidados à saúde mental das profissionais da enfermagem, há pontos a se refletir. Assim como os insumos materiais, também se fazia urgente e imperativo oferecer apoio psicológico. No entanto, os resultados dizem respeito às dificuldades encontradas pelas participantes no acesso ao mesmo, em ambas as unidades de atendimento.

No momento presente, sensibilizadas pelas vivências da crise sanitária, e tendo tido tempo para começarem a elaborar psiquicamente as situações pelas quais passaram, vemos que existe uma compreensão por parte das participantes de que a saúde mental da enfermagem precisa receber atenção e cuidados. As mesmas iniciaram por conta própria, cuidados com o corpo e a saúde física, de forma geral, através de buscar regularizar o sono, a dieta e manter exercícios físicos regulares. Como repercussões institucionais, houve reordenação de fluxo de assistência da equipe multiprofissional das unidades de saúde, com vistas a incluir atendimento às profissionais de saúde da rede municipal, assim como realização de ações de saúde coletivas nos turnos de trabalho, através de campanhas de conscientização, semanas/meses temáticas, ciclos de palestras, ações de práticas integrativas e complementares e apoio psicológico em casos específicos de eventos agudos envolvendo a enfermagem.

Percebe-se que o cuidado em relação a saúde mental da enfermagem continua urgente, a fim de que as profissionais possam ter mais saúde no trabalho, reduzir afastamentos e adoecimentos. E que este deve ser feito na rotina de trabalho, enquanto há tempo para

planejamento de ações, considerando a responsabilidade da instituição pela saúde mental de suas trabalhadoras.

Após a pandemia, parece existir um campo propício ao desenvolvimento de práticas para saúde mental no trabalho, tendo em vista que as participantes relataram estarem mais sensibilizadas para o sofrimento mental tanto de pacientes, quanto de colegas, demonstrando mais empatia, valorizando a importância das relações laborais e suporte dos pares no ambiente de trabalho.

De forma crítica a esta pesquisa, que focou a enfermagem, outros grupos de trabalhadores lotados em unidades de saúde, mas não considerados profissionais da saúde, os chamados trabalhadores invisíveis da saúde, também passaram pela pandemia e seus efeitos e deveriam ter sua saúde mental investigada, tais como maqueiros, condutores de ambulância, profissionais da recepção, serviços gerais, entre outros.

É possível notar diferenças nas unidades 1 e 2, em relação as estratégias de enfrentamento institucionais, por mais que ambas tenham se dedicado intensamente na pandemia. Na Unidade 1, a participação das entrevistadas foi maior, concedendo uma segunda entrevista com mais facilidade. Enquanto na Unidade 2 houve mais queixas em relação a sobrecarga de tarefas e dificuldade em se ausentar para realizar a entrevista. Nota-se que a integração entre equipes também é maior na unidade 1, percebido através das entrevistas individuais, nas quais as participantes se mencionavam com mais frequência e de forma afetuosa.

REFERÊNCIAS

- Abílio, L.C. (2020). Uberização: A era do trabalhador just-in-time? *Revista de Estudos Avançados*, 34(98), 111-126. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3498.008>
- Alves, A.A.M., & Rodrigues, N.F.R. (2010). Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(10\)70003-1](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(10)70003-1)
- Antunes, R. (1996). A centralidade do trabalho hoje. *Revista Sociedade e Estado*, 11(2), 281-294. <https://periodicos.unb.br/index.php/sociedade/article/view/44124>

- Antunes, R., & Alves, G. (2004). As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Revista Educação e Sociedade*, 25(87), 335-351.
<https://doi.org/10.1590/S0101-73302004000200003>
- Antunes, R. (2009). *Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho*. Boitempo.
- Appel, A.P., Carvalho, A.R.S., & Santos, R.P. (2021). Prevalência e fatores associados à ansiedade, depressão e estresse numa equipe de enfermagem COVID-19. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42 (esp):e20200403. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200403>
- Ariès, P. (2014). *O homem diante da morte*. Editora Unesp.
- Associação Brasileira de Psiquiatria. (2020, 31 de agosto). *Presidente da ABP fala sobre a quarta onda ao Jornal O Globo*. <https://www.abp.org.br/post/presidente-da-abp-fala-sobre-a-quarta-onda-ao-jornal-o-globo>
- Associação Bahiana de Medicina. (2021, 29 de outubro). *Pandemia e a quarta onda: a possível eclosão dos transtornos mentais*. <https://revistaabm.com.br/artigos/sera-a-quarta-onda-possivel-eclosao-de-transtornos-mentais>
- Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina. (2022). *Relatório de Atividades 2022. Unidades de Atendimento Integrado – Central- Norte*. <https://uai.spdmafiliadas.org.br/wp-content/uploads/sites/45/2024/05/2022-%E2%80%93Relatorio-Anual-de-Atividades-UAICN-1.pdf>
- Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina. (2024). *Unidades de Atendimento Integrado UAI do município de Uberlândia*. <https://uai.spdmafiliadas.org.br/>
- Ayres, J., França Júnior, I., Calazans, G., Saletti Filho, H. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: Novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia & C. Freitas. (Orgs). *Promoção da saúde: Conceitos, desafios, tendências*. (pp. 117-38). Fiocruz.
- Barcelos, C.O.G., Andrade, M.V., Botega, L.A., Malik, A.M. (2022). Censo das organizações sociais de saúde brasileiras: levantamento e caracterização. *J. Bras. Econ. Saúde*, 14 (Supl.1): 15-30. [https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.\(Supl.1\):15-30](https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.(Supl.1):15-30)

Barcelos, T.N.B., Muniz, L.N., Dantas, D.M., Cotrim Junior, D.F., Cavalcante, J.R., Faerstein, E. (2021). Análise de *fake news* veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, 45(9).
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.65>

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Batistella, C. E. C. (2007). Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: A. F. Fonseca, A.M.D. Corbo, (Orgs.). *O território e o processo saúde-doença* (pp. 51-86). EPSJV/FIOCRUZ. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39204>

BBC News Brasil (2021, 30 de janeiro). *Brasil é último em ranking que analisa reação de países à covid-19*. <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-55870630>

Bernardo, M. H., Souza, H. A., & Garrido-Pinzón, J. (2023). O campo da Saúde do Trabalhador e os desafios do trabalho na atualidade: uma reflexão a partir da Psicologia Social do Trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 48.
<https://doi.org/10.1590/2317-6369/40322pt2023v48edcinq5>

Birman, J. (2020). *O trauma na pandemia do coronavírus: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas*. Civilização Brasileira.

Borges, L. O., & Argolo, J.C.T. (2002). Estratégias organizacionais na promoção da saúde mental do indivíduo podem ser eficazes? In M.G. Jacques & W. Codo (Orgs.). *Saúde mental & trabalho: Leituras* (pp. 271-295). Vozes.

Borón, (1995). A sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. In: E. Sader, P. Gentili (Orgs.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático* (4. ed., pp 63-137). Editora Paz e Terra.

Borsoi, I.C.F. (2007). Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. *Revista Psicologia & Sociedade*, 19 (esp), 103-111.
<https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000400014>

Brandão, J.M., & Mahfoud, M. (2007). Problematizando os estudos sobre a resiliência. In: *Anais do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO*, Rio de Janeiro, RJ.
http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/html/sessoes/1726_sessoes_resumo.htm

- Brasil. Ministério da Saúde. (1986). Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjcg7Xjr6AAxUcqJUCHR71BFMQFnoECBUQAQ&url=https%3A%2F%2Fbvs.ms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2F8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf&usg=AOvVaw0EF4p82kzbIfIqLaTVV8Wl&opi=89978449
- Brasil. Ministério da Saúde (2022). *Painel Coronavírus*. <https://covid.saude.gov.br/>
- Brasil. Ministério da Saúde (2001). Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2025.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2024). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Emergências em Saúde Pública. Guia para elaboração de planos de contingência/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Emergências em Saúde Pública. – Brasília: Ministério da Saúde, 42 p.: il. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/emergencia-em-saude-publica/guia-para-elaboracao-de-planos-de-contingencia>
- Burlá, C. & Py, L. (2014). Cuidados Paliativos: Ciência e proteção ao fim da vida. *Revista Cadernos de Saúde Pública*, 30(6), 1-3. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPE020614>
- Candido, D.S., Claro, I.M., de Jesus, J.G., Souza, W.M., Moreira, F.R.R., Dellicour, S., ..., Faria, N.R. (2020). Evolution and epidemic spread of SARS-CoV-2 in Brazil. *Science*, 369 (6508). 10.1126/science.abd2161
- Casellato, G. (2020). *Os lutos de uma pandemia*. (Posfácio, pp. 231-253). Summus Editorial.
- Cavallini, M. (2022, 11 de janeiro). *Síndrome de burnout é reconhecida como doença ocupacional, veja o que muda para o trabalhador*. <https://g1.globo.com/economia/concursos-e-emprego/noticia/2022/01/11/sindrome-de-burnout-e-reconhecida-como-doenca-ocupacional-veja-o-que-muda-para-o-trabalhador.ghtml>
- Clot, Y. (2010). *Trabalho e poder de agir*. Fabrefactum.
- Cobb, S. (1976) Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5).

- Codo, W., Sampaio, J., & Hitomi, A. (1993). *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. Vozes.
- Codo, W., & Gazotti, A. (1999). Suporte afetivo e sofrimento psíquico em Burnout. In W. Codo. (Org.) *Educação: carinho e trabalho*. Vozes. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: UnB, Laboratório de Psicologia do Trabalho.
- Conselho Federal de Enfermagem. (2007). *Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem*. Brasília-DF.
- Conselho Federal de Enfermagem. (2015, 6 de maio). *Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem*. http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html
- Conselho Federal de Enfermagem. (2020, 28 de maio). *Brasil é o país com mais mortes de enfermeiros por Covid-19 no mundo*. Recuperado de http://www.cofen.gov.br/brasil-e-o-pais-com-mais-mortes-de-enfermeiros-por-COVID-19-no-mundo-dizementidades_80181.html
- Conselho Federal de Enfermagem. (2021, 4 de maio). *Mortes entre profissionais de Enfermagem por Covid-19 cai 71% em abril*. <https://www.cofen.gov.br/mortes-entre-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19-cai-71-em-abril/>
- Conselho Federal de Psicologia. (2019). *Saúde do trabalhador no âmbito da saúde pública: referências para atuação da(o) psicóloga(o)* (2 ed.) [recurso eletrônico]. <https://site.cfp.org.br/publicacao/saude-do-trabalhador-no-ambito-da-saude-publica-referencias-para-atuacao-dao-psicologao/>
- Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná- CRM-PR (2020, 13 de outubro). *Impacto da pandemia: a quarta onda da Covid-19 e a saúde mental*. <https://www.crmpr.org.br/Impacto-da-pandemia-a-quarta-onda-da-Covid19-e-a-saude-mental-11-54965.shtml>
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (1988). Art. 196. https://planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Costa, D., Lacaz, F.A.C, Jackson Filho, J.M., & Vilela, R.A.G. (2013). Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 38(127), 11-30. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572013000100003>

- Cruz, T.A., Carvalho, A.M.C., Silva, R.D. (2016). Reflexão do autocuidado entre os profissionais da enfermagem. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 5(1),96-108. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v5i1.566>
- Dejours, C., & Abdoucheli, E. (1990). Itinéraire Théorique en Psychopathologie du Travail. *Revue Prevenir*, 20, 1^o semestre.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: Estudo da psicopatologia do trabalho*. Cortez-Oboré.
- Dejours, C. (2012a). Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. Atlas.
- Dejours, C. (2012b). Psicodinâmica do Trabalho e Teoria da Sedução. *Revista Psicologia em Estudo*, 17(3), 363-371. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722012000300002>
- DSM-5. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais/ [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed.
- Duarte, M.L.C., Silva, D.G., Bagantini, M.M.C. (2021). Enfermagem e saúde mental: uma reflexão em meio à pandemia de coronavírus. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42 (esp). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200140>
- Engels, F. (2004). Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem. In: R. Antunes. (Org.), (2013). *A Dialética do trabalho*. Expressão Popular.
- Faria, J., Seidl, E. (2005). Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença: Revisão da Literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3). <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000300012>
- Ferreira, S. (2020). Do perigo em se criar heróis: a desumanização dos profissionais da saúde em meio à pandemia. *Revista Debates em Educação*, 12(28). <https://doi.org/10.28998/2175-6600.2020v12n28p63-76>
- Flauzino, V.H.P., Hernandez, L.O., Botion, B.M., Cunha, A.P., Gomes, D.M., Vitorino, P.G.S., Cesário, J.M.S. (2022). Enfermagem após pandemia do Covid-19. *Research, Society and Development*, 11(10). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i10.32866>

- Fontanarosa, P. & Bauchner, H. (2020). Covid-19 – Looking beyond tomorrow for health care and Society. *JAMA Network*. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6582>
- Freitas, G.F., Fugulin, F.M.T. & Fernandes, M.F.P. (2006). A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(3), 434-438. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000300017>
- Galvani, G. (2021, 15 de janeiro). *Entenda como funciona o fornecimento de oxigênio a pacientes com Covid*. Carta Capital. <https://www.cartacapital.com.br/saude/entenda-como-funciona-o-fornecimento-de-oxigenio-a-pacientes-com-covid/>
- Gandra, E.C., Silva, K.L., Passos, H.R., Schreck, R.S.C. (2021). Enfermagem brasileira e a pandemia de COVID-19: desigualdades em evidência. *Revista Escola Anna Nery*, 25 (spe). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0058>
- Governo de Brasília. (n.d.). *Entenda a proposta de organizações sociais na saúde de Brasília*. A parceria que gera uma saúde melhor para todos. Secretaria de Saúde. https://www.comunicacao.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/v.5-Cartilha_OSS.pdf
- Governo do Estado de São Paulo. (n.d.). *Entenda o que são Organizações Sociais de Saúde e Convênios de Parceria*. <http://portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/>
- Habrat, D. (2022). *Como aplicar ventilação com bolsa-válvula-máscara (ambu)*. Manual MSD. <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/medicina-de-cuidados-cr%C3%ADticos/como-fazer-procedimentos-b%C3%A1sicos-para-as-vias-respirat%C3%B3rias/como-aplicar-ventila%C3%A7%C3%A3o-com-bolsa-v%C3%A1lvula-m%C3%A1scara-ambu>
- Harari, Y. (2020). *A epidemia de coronavírus*. CPAL Social.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). Cidades e Estados. Uberlândia. Panorama. *População*. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberlandia/panorama>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (n.d). O que é o PIB. <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>

- Jackson Filho, J.M. (2004). Desenho do trabalho e patologia organizacional: um estudo de caso no serviço público. *Produção*, 14(3), 58-66. <https://doi.org/10.1590/S0103-65132004000300007>
- Jackson Filho, J.M. (2015). Engajamento no trabalho, impedimentos organizacionais e adoecer: a contribuição da Ergonomia da Atividade no setor público brasileiro. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 40(131), 98-108. <https://doi.org/10.1590/0303-7657000083013>
- Jackson Filho, J.M., Assunção, A.A., Algranti, E, Garcia, E.G., Saito, C.A., Maeno, M. (2020). A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 45. <https://doi.org/10.1590/2317-6369ED0000120>
- Jacques, M.G.C. (2003). Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Revista Psicologia & Sociedade*, 15(1), 97-116. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822003000100006>
- Jacondino, M.B., Martins, C, Buss Thofehrn, M., Garcia, B.L., Fernandes, H.N., Rauber Joner, L. (2014). Vínculos profissionais no trabalho da enfermagem: Elemento importante para o cuidado. *Revista Enfermeria Global*, 34. <https://doi.org/10.6018/eglobal.13.2.159881>
- Junior, E.J.S., Balsanelli, A.P., & Neves, V. R. (2020). O cuidado de si no cotidiano do enfermeiro: Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0668>
- Lacaz, F. (2007). O campo Saúde do Trabalhador: Resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4), 757-766. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ..., Hu, S. (2020) Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*, 3(3). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Laurell, A. C. (1982). A saúde-doença como processo social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2, 7-25. <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php%3Fid%3D5272187%26forceview%3D1&ved=2ahUKEwju7MPdSGAxVzrpUCHRrABLgQFnoECA4QAQ&usq=AOvVaw3FSaEw3ZB61XZITdw1gASV>
- Laurell, A., & Noriega, M. (1989). *Processo de produção e saúde: o desgaste operário*. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde/São Paulo. Hucitec.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress appraisal and coping. Spring Publishing Company.

Lei nº 8213, de 24 de julho de 1991. (1991, 24 de julho). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18213cons.htm

Lemos, V. (2021, 2 de março). *Uberlândia em colapso: Prefeito admite situação caótica*. Uberlândia. Jornal Estado de Minas. <https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2021/03/02/internagerais,1242378/uberlandia-em-colapso-prefeito-admite-situacao-caotica.shtml>

Lima, J. (2016). Trabalho e Educação Profissional em Saúde no Brasil. In: I.F. Braga et al. (Orgs). *O trabalho no mundo contemporâneo: contradições e desafios para a saúde*. (Caderno de Debates, 5, pp 131-142). FIOCRUZ/EPISJV <file:///C:/Users/NEPS/Downloads/O%20Trabalho%20no%20Mundo%20Contempor%C3%A2neo%20-%20Trabalho%20e%20educa%C3%A7%C3%A3o%20profissional%20em%20sa%C3%BAde%20no%20Brasil.pdf>

Lima, M. E. A., Assunção, A. A., Francisco, J. M. S. D. Aprisionado pelos ponteiros de um relógio: o caso de um transtorno mental desencadeado no trabalho. In M. Jacques & W. Codo. (Orgs.). *Saúde mental & trabalho: Leituras* (2 ed., pp. 209-246). Vozes.

Luz, D., Campos, J., Bezerra, P., Campos, J., Nascimento, A., Barros, A. (2021). Burnout e saúde mental em tempos de pandemia de COVID -19: revisão sistemática com metanálise. *Revista Nursing*, 24(276). <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i276p5714-5725>

Luz, E.M.F., Munhoz, O.L., Moraes, B.X., Greco, P.B.T., Camponogara, S., Magnago, T.S.B. (2020). Repercussões da Covid-19 na saúde mental dos trabalhadores de enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 10. <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3824>

Maeno, M. (2021). COVID-19 como uma doença relacionada ao trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 46:e54. <https://doi.org/10.1590/2317-6369ED0000121>

Machado, A.V., Ferreira, W.E., Vitoria, M.A.A., Magalhães Júnior, H.M., Jardim, L.L., Menezes, M.A.C., Santos, R.P.O., Vargas, F.L., Pereira, E.J. (2023). COVID-19 e os sistemas de saúde do Brasil e do mundo: Repercussões das condições de trabalho e de

- saúde dos profissionais de saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 28(10).
<https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10102023en>
- Marins, J. E. (2023). *O processo da morte e a vivência do luto na UTI adulto e suas repercussões nas profissionais de enfermagem*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Uberlândia. <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2023.258>
- Martins, O. (2008). *Condições de vida e de trabalho na Inglaterra da Revolução Industrial*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Aberta, Lisboa, Portugal. Acervo Digital da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.
<http://acervodigital.unesp.br/handle/10400.2/446>
- Marx, K. (2013). *O Capital - Livro I – crítica da economia política: O processo de produção do capital*. Boitempo.
- Matos, E. & Pires, D. (2006). Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, 15(3), 508-514. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000300017>
- Mattos, C.B.M., & Schlindwein, V.L.D.C. (2015). “Excelência e produtividade”: novos imperativos de gestão no serviço público. *Revista Psicologia & Sociedade*, 27(2), 322-331. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p322>
- Melo, C.M.M., Mussi, F.C., Santos, T.A., Moraes, M.A. (2021). Pandemia da Covid-19. Algo de novo no trabalho da enfermeira? *Revista baiana de enfermagem*, 35:e37479.
<https://doi.org/10.18471/rbe.v35.37479>
- Mendes, A.M.B. (1995). Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: As contribuições de C. Dejours. *Revista Psicologia, Ciência e Profissão*, 15(1-3).
<https://doi.org/10.1590/S1414-98931995000100009>
- Merlo, A. R. C. Psicodinâmica do Trabalho. In M. Jacques & W. Codo. (Orgs.). *Saúde mental & trabalho: Leituras* (pp. 130-142). Vozes.
- Miasato, F.A. (2022). Sem heróis, sem heroínas: reflexões sobre o discurso heroico utilizado pela mídia sobre os profissionais de enfermagem na pandemia de COVID-19. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 11(2).
<https://doi.org/10.17566/ciads.v11i2.881>

- Miranda, F.M.D., Santana, L.L., Pizzolato, A.C., Saquis, L.M.M. (2020). Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a Covid-19. *Revista Cogitare Enfermagem*, 25:e72702. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72702>
- Missão Sal da Terra. (2023). *Atuação*. Saúde. <https://www.missaosaldaterra.org.br/saude-uberlandia>.
- Montaño, C.E. (2002a). O projeto neoliberal de resposta à “questão social” e a funcionalidade do “terceiro setor”. *Revista Lutas Sociais*, 8, 53-64.
- Montaño, C.E. (2002b). *Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção estatal*. Cortez Editora.
- Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, 22(37), 7-32. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4125089/mod_resource/content/1/Roque-Moraes_Analise%20de%20conteudo-1999.pdf
- Morais, H.M.M., Albuquerque, M.S.V., Oliveira, R.S., Cazuzu, A.K.I., Silva, N.A.F. (2018). Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34 (1). DOI: 10.1590/0102-311X00194916
- Muschell, J. (1995). Privatization in health. Health economics technical briefing note. Geneva: World Health Organization.
- Navarro, V., Maciel, R., & Matos, T. (2017). A questão do trabalho no Brasil: uma perspectiva histórica a partir do desenvolvimento industrial. In M. Coutinho, M. Bernardo & L. Sato. (Orgs.). *Psicologia Social do Trabalho*. Vozes.
- Oliveira, B.L.C.A., Silva, A.M., & Lima, S.F. (2018). Carga semanal de trabalho para enfermeiros no Brasil: desafios ao exercício da profissão. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, 16(3), 1221-1236. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00159>
- Oliveira, A. C. (2020). Desafios da enfermagem frente ao enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Revista Mineira de Enfermagem*, 24:e-1302. DOI: 10.5935/1415-2762.20200032
- Organização Mundial da Saúde. (2022). Doença do Coronavírus (COVID-19). Visão geral, prevenção, sintomas. https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3

- Organização Pan-Americana da Saúde. (2020a). *Histórico da pandemia de COVID-19*. <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2020b). *Considerações para quarentena de indivíduos no contexto de contenção da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19): Orientação provisória*, 29 de fevereiro de 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331497/WHO-2019>
- Organização Pan-Americana da Saúde (2022, 8 de março). *Análise de Gênero e Saúde: COVID-19 nas Américas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55432>
- Organização Pan-Americana da Saúde (2023, 5 de maio). *OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19*. <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>
- Paparelli, R., Sato, L., & Oliveira, F. (2011). A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36 (123), 118-127. <https://doi.org/10.1590/S0303-76572011000100011>
- Paula, A. P. P. (2005) Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. *Revista de Administração de Empresas*, 48(1), 36-49. <http://dx.doi.org/10.1590/S003475902005000100005>
- Pavani, F.M., Silva, A.B., Olschowsky, A., Wetzel, C., Nunes, C.K, Souza, L.B. (2021). Covid-19 e as repercussões na saúde mental: estudo de revisão narrativa de literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42 (spe). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200188>
- Pereira, M. S. (2011). Trabalho: conceitos, centralidade, sentidos e sua articulação com o cotidiano. In *Anais do 16º Encontro Nacional ABRAPSO*, Recife, PE. <https://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyI7czoZnJoiYT0xOntzOjExOiJJRF9UUkFCQUxITyI7czo0OiIxODk4Ijt9IjtzOjE6ImgiO3M6MzI6ImM4YWU2MGQ5YmI3N2Q3ODcyZmVmMDBiZjBiNWYxOTcxIjt9>
- Pereira, M. S. (2017). Trabalho, Vida e Adoecimento: as múltiplas faces da violência contra trabalhadores. In C. A. Fernandes (Org.). *A violência na contemporaneidade: do simbólico ao letal*. Entremeios.

- Pereira, E. R. et al. (2013). Competência interpessoal como proposta para a gestão de conflitos no trabalho em saúde: revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE online*, 7(7), 4918–4927.
- Pires, D., Lopes, M.G.D, Silva, M.C.N, Lorenzetti, J., Peruzzo, S.A., Bresciani, H.R. (2010). Jornada de 30 horas semanais: condição necessária para assistência de enfermagem segura e de qualidade. *Revista Enfermagem em Foco*, 1(3), 114-118.
<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2010.v1.n3.182>
- Pinhatti, E.V.G, Vannuchi, M.T.O, Sardinha, D.S.S., Haddad, M.C.L. (2017). Rodízio de profissionais de enfermagem entre setores de um hospital: ferramenta gerencial na resolução de conflitos. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, 26(2):e1180015. de
<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001180015>
- Portaria GM/MS nº 3.908, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3908_30_10_1998.html
- Portaria GM/MS nº 1339 de 18 de novembro de 1999. Institui a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico. Ministério da Saúde.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html
- Portaria GM/MS nº 5 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde.
<file:///C:/Users/NEPS/Downloads/Portaria%20de%20Consolida%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%205,%20de%2028%20de%20setembro%20de%202017.pdf>
- Portaria GM/MS nº 2309 de 28 de agosto de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). Ministério da Saúde.
<https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Portaria-2309-MS-2020-08-28.pdf>
- Portaria GM/MS nº 1999, de 27 de novembro de 2023 (2023, 29 de novembro). Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017 para atualizar a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). Ministério da Saúde.
<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2024/janeiro/informe-svsa-para-atualizar-a-lista-de-doencas-relacionadas-ao-trabalho-ldrt/view>

- Prefeitura Municipal de Uberlândia (2020a). *Relatório parcial de ações do município de Uberlândia no enfrentamento à pandemia de Covid-19*. Portal da Prefeitura. Seção Comitê de Enfrentamento, v. 1, março a julho de 2020.
<https://www.uberlandia.mg.gov.br/relatorio-de-acoes-covid-19/>.
- Prefeitura Municipal de Uberlândia. (2020b). *Relatório parcial de ações do município de Uberlândia no enfrentamento à pandemia de Covid-19*. Portal da Prefeitura. Seção Comitê de Enfrentamento, v. 2, julho a setembro de 2020.
<https://www.uberlandia.mg.gov.br/relatorio-de-acoes-covid-19/>.
- Prefeitura Municipal de Uberlândia. (2020c). *Relatório parcial de ações do município de Uberlândia no enfrentamento à pandemia de Covid-19*. Portal da Prefeitura. Seção Comitê de Enfrentamento, v. 3, outubro a dezembro de 2020.
<https://www.uberlandia.mg.gov.br/relatorio-de-acoes-covid-19/>.
- Prefeitura Municipal de Uberlândia. (2021a). *Plano Municipal de Saúde 2022-2025*. Uberlândia: Secretaria de Saúde. Portal da Transparência.
<https://www.uberlandia.mg.gov.br/portal-da-transparencia/plano-municipal-de-saude/>.
- Prefeitura Municipal de Uberlândia. (2021b, 2 de março). Centro de Internação Municipal abre 21 novos leitos exclusivos para Covid-19. Portal da Prefeitura. Notícias.
<https://www.uberlandia.mg.gov.br/2021/03/02/centro-de-internacao-municipal-abre-21-novos-leitos-exclusivos-para-covid-19/>
- Prefeitura Municipal de Uberlândia. (2022). *Boletim Municipal – Informe Epidemiológico*.
<https://www.uberlandia.mg.gov.br/prefeitura/secretarias/saude/coronavirus/boletim-municipal-informe-epidemiologico/>
- Prefeitura Municipal de Uberlândia. (2023, 13 de dezembro). *Trabalho da Gestão Municipal no acesso à saúde é reconhecido nacionalmente*.
<https://www.uberlandia.mg.gov.br/2023/12/13/trabalho-da-gestao-municipal-no-acesso-a-saude-e-reconhecido-nacionalmente/>
- Prefeitura Municipal de Uberlândia. (2024, 23 de janeiro). *Uberlândia é a cidade do interior do Brasil com maior crescimento do PIB da Indústria*.
<https://www.uberlandia.mg.gov.br/2024/01/23/uberlandia-e-a-cidade-do-interior-e-regiao-metropolitana-de-grande-porte-do-brasil-com-maior-crescimento-do-pib-da-industria/>
- Quitânia, D. (2022, 7 de setembro). *Brasil é o segundo país com mais casos de burnout, diz levantamento*. <https://www.istoedinheiro.com.br/brasil-e-o-segundo-pais-com-mais-casos-de-burnout-diz-levantamento/>

- Ramos, F., Hora, A., Souza, C., Pereira, L., & Hora, D. (2016). As contribuições da epidemiologia social para a pesquisa clínica em doenças infecciosas. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, Ananindeua, 7 (esp).
<https://doi.org/10.5123/S2176-62232016000500025>
- Resolução Conselho Nacional de Saúde nº 287/98, de 08 de outubro de 1998. Relaciona categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do CNS.
https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm
- Riboli, E., Arthur, J.P., & Mantovani, M.F. (2020). No epicentro da epidemia: Um olhar sobre a Covid-19 na Itália. *Cogitare Enfermagem*, 25. Comunicação Livre.
<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72955>
- Rocha, B. S, Oliveira, M. D.S., Mendonça, K. M., Mamed, S. N., Rocha, S. D., Pagotto, V. (2020). Módulo 1: Saúde: conceitos, história e sua organização no Brasil. In J. O. R. Lima, M.D.S. Oliveira & V. Pagotto. (Orgs). *CESSA - Curso de Especialização em Saneamento e Saúde Ambiental: Promoção da saúde em comunidades rurais*. [Ebook] Goiânia: CEGRAF UFG. [Ebook]. https://publica.ciar.ufg.br/ebooks/saneamento-e-saudeambiental/modulos/4_modulo_saude/01.html
- Rolim, J.A., Oliveira, A.R. & Batista, E.C. (2020). Manejo da ansiedade no enfrentamento da Covid-19. *Revista Enfermagem e Saúde Coletiva*, 4(2), 64-74.
<http://revesc.esy.es/index.php/revesc/article/view/63>
- Saloti, M.H.S, Medeiros, L.K., Oening, A.B, Marcon, C.E.M. (2019). Organizações Sociais na atenção básica em saúde nas capitais da Região Sudeste do Brasil: uma análise crítica. *Cadernos de Saúde Pública*;35(9). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00103319>
- Sampaio, J. & Messias, E. (2010). A epidemiologia em Saúde Mental e Trabalho. In: M.G. Jacques & W. Codo. (Orgs.). *Saúde mental e trabalho: leituras* (4. ed.,143-172). Vozes.
- Sancinetti, T., Soares, A., Lima, A., Santos, N., Melleiro, M., Fugulin, F., & Gaidzinski, R. (2011). Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4).
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400031>
- Santos, K. Tracera, G., Sousa, K., Palheta, A., Silva, R., Zeitoune, R. (2022). Estilos de gestão no trabalho de enfermagem ambulatorial: impactos na saúde do trabalhador. *Revista*

- da Escola de Enfermagem da USP, 56. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0127pt>
- Sato, L. (1995). A representação social do trabalho penoso. In: M. J. Spink. (Org.). *O conhecimento no cotidiano: As representações sociais na perspectiva da psicologia social* (188-211). Brasiliense.
- Schellekens, P. (2022). The demographics of excess mortality. <https://pandem-ic.com/the-demographics-of-excessmortality/>
- Seligmann-Silva, E. (2011). *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. Cortez.
- Sérgio Franco (n.d). *Entenda o que é Lockdown e a importância durante a pandemia da COVID-19*. <https://sergiofranco.com.br/saude/lockdown>
- Silva-Junior, J. S. & Fischer, F. M. (2015). Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18(4), 735-744. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040005>
- Silva, G.R.F, Macêdo, K.N.F., Rebouças, C.B.A., Souza, A.M.A. (2006). Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5(2), 246-257. <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20060382>
- Silva, L.S., Machado, E.L., Oliveira, H.N., Ribeiro, A.P. (2020). Condições de trabalho e falta de informações sobre o impacto da COVID-19 entre trabalhadores da saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 45 (e24). <https://doi.org/10.1590/2317-6369000014520>
- Siqueira, I.L.C.P. & Kurcgant, P. (2005). Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, 18(4), 446-51. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000400015>
- Souto, M.S. (n.d). Ministério da Saúde revoga portaria que classificava Covid-19 como doença ocupacional. <https://acminas.com.br/ministerio-da-saude-revoga-portaria-que-classificava-covid-19-como-doenca-ocupacional/>
- Souza, H.A. (2016). O processo do trabalho na enfermagem sob o fluxo tensionado. In. *Trabalho e Saúde no capitalismo contemporâneo. Enfermagem em foco*. (1ª ed. pp. 87-111). DOC Saberes.

- Souza, H.A., & Bernardo, M. H. (2019). Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 44 (e26). <https://doi.org/10.1590/2317-6369000001918>
- Souza, N.V.D.O., Carvalho, E.C., Soares, S.S.S., Varella, T.C.M.L., Pereira, S.R.M., Andrade, K.B.S. (2021). Trabalho de enfermagem na pandemia da covid-19 e repercussões para a saúde mental dos trabalhadores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42 (spe). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200225>
- Tamayo, M.R. & Tróccoli, B.T. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de enfrentamento no trabalho. *Revista Estudos de Psicologia*, 7(1),37-46. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2002000100005>
- Tolfo, S.R., & Piccinini, V. (2007). Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. *Revista Psicologia & Sociedade*, 19 (e1), 38-46. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000400007>
- Tritany, E.F., Souza Filho, B.A.B., & Mendonça, P.E.X. (2021). Fortalecer os Cuidados Paliativos durante a pandemia de Covid-19. *Revista Interface*, 25 (Supl. 1). <https://doi.org/10.1590/Interface.200397>
- Universidade Federal de Uberlândia. (2021, 04 de fevereiro). *UFU emite nota oficial sobre atuação do Hospital de Clínicas durante a pandemia*. Portal de Notícias da UFU. <https://comunica.ufu.br/noticias/2021/02/ufu-emite-nota-oficial-sobre-atuacao-do-hospital-de-clinicas-durante-pandemia>.
- Vasconcelos, A., & Faria, J.H. (2008). Saúde mental no trabalho: contradições e limites. *Revista Psicologia & Sociedade*, 20(3), 453-464. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822008000300016>
- Vedovato, T.G., Andrade, C.B., Santos, D.L., Bitencourt, S.M., Almeida, L.P., Sampaio, J.F.S. (2021). Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: Condições de trabalho à deriva? *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 46:(e1). <https://doi.org/10.1590/2317-63690000028520>
- Vicensi, M.C. (2016). Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. *Revista Bioética*, 24(1), 64-72. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241107>

Yasin, J.C.M, Barlem, E.L.D, Ruivo, E.D.G., Andrade, G.B., Silveira, R.S., Bremer, L.C.F. (2023). Problemas éticos vivenciados por enfermeiros durante à Covid-19: Relação com o sofrimento moral. *Revista Texto e Contexto – Enfermagem*, 32 <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0072pt>

Zwielewski, G., Cruz, R.M., Moura, J.A., Nicolazzi, E.M.S., Oltramari, G. (2021) Dilemas éticos e saúde mental dos profissionais de saúde na Covid-19. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. 23(2),163-179. <https://doi.org/10.5935/2318-0404.20210034>

Sznelwar, L. I.; Mascia, F.; Boyer, G. (2006). *Empêchement au travail: une source de TMS. @ activités, Vitry-sur-Seine*, 3(2), 28-45.

APÊNDICE 1- QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

1. Sexo: () Feminino () Masculino

2. Idade: _____

3. Estado Civil: _____

4. Tem filhos? () Sim. Quantos? _____ () Não.

5. Nível de escolaridade:

() Nível médio/ Técnico () Superior incompleto () Superior completo

() Especialização incompleta () Especialização completa () Mestrado incompleto

() Mestrado completo () Doutorado incompleto () Doutorado completo

Outro: _____

6. Função exercida:

() Auxiliar de enfermagem () Técnica de enfermagem () Enfermeiro(a)

7. Há quanto tempo atua na enfermagem? _____

8. Há quanto tempo atua na PMU? _____

9. Há quanto tempo atua em serviços de urgência e emergência? _____

10. Trabalhou em outras unidades antes da pandemia? Quais? _____

11. Qual o seu vínculo/contrato de trabalho?

() PMU () SPDM () Missão Sal da Terra () Outro _____

12. Qual seu turno de trabalho? () Manhã () Tarde () Noite
13. Qual a sua carga horária semanal/jornada de trabalho?
() 06 horas diárias () 12x36 horas () Outro _____
14. Tem outro vínculo empregatício atualmente? () Não () Sim. Qual? _____

APÊNDICE 2 – ROTEIROS PARA AS ENTREVISTAS SEMIDIRIGIDAS

Roteiro 1

1. Conte-me a respeito do seu trabalho. Quais atividades você realiza?
2. Quais são os aspectos mais marcantes do seu trabalho?
3. Como você recebeu a notícia da pandemia em março de 2020? Quais sentimentos surgiram?
4. Como seu trabalho foi alterado durante a pandemia de Covid-19?
5. Quanto tempo levou a adaptação do seu local de trabalho para atender pacientes com suspeita ou confirmados com Covid-19?
6. Quais situações e/ou sentimentos foram mais marcantes durante o período da pandemia?
7. Quais estratégias de enfrentamento você utilizou para lidar com essa situação? O que te ajudou? Quais recursos você acredita que lhe são úteis para lidar com estes sentimentos? Quais elementos você considera que dificultam lidar com essa questão?
8. Você considera que o trabalho vivenciado durante a pandemia repercutiu de alguma forma na sua vida pessoal e/ou profissional? De que forma?
9. Sua forma de lidar com os pacientes se modificou ao longo dos dois últimos anos? E com a equipe? O que mudou? Quais fatores contribuíram para isso? Houve mudança na forma como você lidava com essa situação no início da pandemia e como lida atualmente?
10. A forma como você lida com sua saúde se modificou ao longo dos dois últimos anos?
11. Você acredita que existe espaço de acolhimento, compreensão e/ou cuidado na instituição para os profissionais da enfermagem?
12. Como você acredita que a instituição pode auxiliar os profissionais a lidarem com questões emocionais decorrentes do exercício do trabalho?

13. Você gostaria de acrescentar alguma outra informação?

Roteiro 2

1. Houve mudanças no processo de trabalho desenvolvido no seu setor comparando o período antes e após a pandemia de Covid-19? Descreva quais. (Investigar mudanças nas condições e organização do trabalho: atividades, jornada, uso de EPIs, divisão de tarefas, hierarquia, protocolos de cuidado etc.).
2. Quais foram as principais dificuldades enfrentadas na realização do seu trabalho durante a Pandemia? (Investigar aspectos pessoais e também institucionais).
3. Como estas dificuldades foram enfrentadas? (Investigar ações em nível pessoal, da equipe e da instituição).
4. Você considera que a atuação no serviço de urgência/emergência durante o período da Pandemia promoveu impactos sobre sua saúde? Quais? (Investigar impactos sobre a saúde física e mental). Como você buscou lidar com esses impactos?
5. A instituição em que você atua ofereceu alguma forma de suporte ou apoio para você e/ou para a equipe, no sentido de mitigar os impactos sofridos sobre a saúde? (Investigar ações institucionais para assistência e prevenção, com foco mais específico na saúde mental).
6. Quais (outras) ações poderiam ter sido ofertadas pela instituição neste sentido? Quais você considera que ela poderia ofertar na atualidade?
7. Você considera que os impactos relatados sobre sua saúde ainda promovem efeitos sobre você no momento atual? Descreva. (Investigar efeitos sobre a atuação profissional e também sobre a vida pessoal).
8. Você considera que houve mudanças na forma de você realizar seu trabalho após ter atuado no serviço de urgência/emergência da Covid-19? Quais? Descreva.

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Saúde mental de profissionais da enfermagem em serviços de urgência e emergência após enfrentamento à pandemia de Covid-19”, sob responsabilidade das pesquisadoras Gabriela Teixeira de Rezende, mestranda, e Dr^a Maristela de Souza Pereira, docente e orientadora, ambas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PGPSI), do Instituto de Psicologia, da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Nesta pesquisa buscamos compreender como profissionais de enfermagem apreendem os efeitos dos processos de trabalho na pandemia de Covid-19, após terem vivenciado o período de crise em serviços de urgência e emergência. Serão realizadas entrevistas presenciais, com roteiro semidirigido, previamente agendadas com os participantes, acerca de suas vivências na linha de frente do combate à pandemia, bem como repercussões que esse período possa ter provocado em sua saúde mental, e estratégias de enfrentamento utilizadas para a vivência do trabalho em período de crise. As informações fornecidas pelas entrevistas serão gravadas para transcrição e construção dos materiais para a pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Gabriela Teixeira de Rezende anteriormente à realização das mesmas, permitindo ao participante tempo para decidir sobre sua participação, conforme item IV da Resolução CNS 466/12 ou Cap. III da Resolução 510/2016. Conforme Resolução 510/16, Cap. VI, Art.28; IV, a pesquisadora manterá os dados em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Em nenhum momento você será identificado(a). Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto e nem ganho financeiro por participar da pesquisa. Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Art. 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Art. 19). Ao participarem da pesquisa, os indivíduos estarão sujeitos ao risco de desconforto ao falar sobre vivências/memórias dolorosas, o qual a pesquisadora pretende minimizar oferecendo escuta empática e apoio. Como benefícios, esta pesquisa pretende proporcionar reflexões sobre a atividade laboral dos participantes e aspectos que envolvem sua saúde mental, podendo proporcionar novas compreensões sobre si próprio e o trabalho. A pesquisadora também se compromete a oferecer devolutiva aos participantes e à instituição, a fim de contribuir para a promoção de saúde mental desses trabalhadores. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento

sem qualquer prejuízo ou coação. Até a divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa. Uma via original deste termo ficará com você. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com Gabriela Teixeira em gabrielateixeiraderezende@gmail.com e Maristela de S. Pereira em maristela.ufu@gmail.com. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia (Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, campus Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100); via tel. 34-3239-4131 ou e-mail cep@propp.ufu.br. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Para orientações sobre direitos dos participantes de pesquisa acesse:

[https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CartilhaDireitosEtic os_2020.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/CartilhaDireitosEtic%20os_2020.pdf).

Uberlândia, ... de de 2023.

Assinatura do(s) pesquisador(es) Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente,
após ter sido devidamente esclarecido:

Assinatura do participante da pesquisa

ANEXO 2: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP APROVADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA APÓS ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19

Pesquisador: Maristela de Souza Pereira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68029423.6.0000.5152

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFU

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.031.906

Apresentação do Projeto:

Este parecer trata-se da análise das respostas às pendências do referido projeto de pesquisa.

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos Informações Básicas da Pesquisa nº 2079653 e Projeto Detalhado (projeto detalhado cep.pdf), postados em 14/04/2023.

INTRODUÇÃO

O objetivo desse estudo é compreender como profissionais de enfermagem que atuaram em serviços de urgência e emergência durante o enfrentamento à pandemia de Covid-19 analisam os efeitos que sofreram em sua saúde mental durante o período de crise sanitária. Neste projeto, desenvolveremos uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, empregando a técnica de entrevistas e questionário (com questões sociodemográficas e características da formação profissional), com enfermeiras/os que trabalham na rede municipal de urgência e emergência do município de Uberlândia-MG e que atuaram na linha de frente ao enfrentamento da Covid-19.

METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos, desenvolveremos uma pesquisa qualitativa, de caráter

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 6.031.906

descritivo e exploratório, empregando questionário sociodemográfico (Apêndice 1) e entrevista semi-dirigida (Apêndice 2). As entrevistas serão agendadas em dia e horário de acordo com a conveniência dos participantes e conforme autorização da coordenação imediata da equipe de enfermagem. As mesmas serão conduzidas presencialmente, em local indicado pela gerência da unidade. Local das entrevistas As entrevistas serão realizadas em ambiente privado, sem interferências, no local de trabalho do participante, conforme solicitado e autorizado pela gerência do serviço. As mesmas terão tempo estimado de duração entre trinta a noventa minutos e serão conduzidas a partir de um roteiro semidirigido. As entrevistas serão áudio-gravadas e transcritas na íntegra, para posterior análise.

Tamanho amostral: 10 participantes.

Metodologia de Análise de Dados: As informações obtidas por meio das entrevistas e dos questionários serão analisadas por meio da análise de conteúdo. Já os dados advindos do questionário sociodemográfico serão tratados através da estatística não paramétrica.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO - Como critérios de inclusão para as entrevistas, selecionaremos profissionais da enfermagem, com idade superior a 18 anos, que atuem em contexto de pronto atendimento, que tenham experiência profissional de pelo menos dois anos, que atendam pelo Sistema Único de Saúde, com vínculo de trabalho na rede municipal de Uberlândia.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO - Serão excluídos participantes que estejam de licença (casamento, parental, doença ou férias) no momento da pesquisa.

CRONOGRAMA - 22/05/2023 a 18/03/2024.

ORÇAMENTO (próprio) - R\$ 714,10.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Objetivo geral apreender como profissionais de enfermagem que atuaram em serviços de urgência e emergência durante o enfrentamento à pandemia de Covid-19 compreendem os impactos sofridos em sua saúde mental.

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 6.031.908

CEP/UFU.

Pendência 1 - Relacionada ao TCLE:

No corpo do TCLE deve conter todos os instrumentos de coleta de dados (questionário sociodemográfico e entrevista semi-dirigida) com número aproximado de itens para a ciência do participante. Além disso, o TCLE deve indicar a previsão de tempo mínimo e máximo para a participação do indivíduo e o local onde será realizada a coleta de dados. Essas informações estão contidas na metodologia e são fundamentais para o participante da pesquisa. O CEP/UFU solicita adequação.

RESPOSTA - O pesquisador acrescentou o parágrafo em vermelho, referindo sobre o questionário sociodemográfico que não tinha sido citado anteriormente no TCLE, bem como previsão de tempo mínimo e máximo para a entrevista e participação do indivíduo e o local onde será realizada a coleta de dados.

ANÁLISE DO CEP/UFU – Pendência atendida.

=====

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram os seguintes novos termos:

- 1) PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2079653.pdf
- 2) tclecorrigidodestaque.pdf
- 3) pendenciasapontadasnoparecer.pdf
- 4) projetodetalhadocep.pdf

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 6.031.906

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no Parecer Consubstanciado nº 5.979.140, de 01 de abril de 2023, foram atendidas. Portanto, nessa versão o CEP/UFU não encontrou nenhum óbice ético.

De acordo com as atribuições definidas nas Resoluções CNS nº 466/12, CNS nº 510/16 e suas complementares, o CEP/UFU manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Prazo para a entrega do Relatório Final ao CEP/UFU: ABRIL/2024.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DE PESQUISA DEVE SER INFORMADA, IMEDIATAMENTE, AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE ÉTICA.

O CEP/UFU alerta que:

- a) Segundo as Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16, o pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa;
- b) O CEP/UFU poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto;
- c) A aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento às Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16 e suas complementares, não implicando na qualidade científica da pesquisa.

ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR:

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sã. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br



Continuação do Parecer: 6.031.006

consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo (Resoluções CNS nº 466/12 e nº 510/16) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, na íntegra, por ele assinado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado pelo CEP/UFU e descontinuar o estudo após a análise, pelo CEP que aprovou o protocolo (Resolução CNS nº 466/12), das razões e dos motivos para a descontinuidade, aguardando a emissão do parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Resolução CNS nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro); e enviar a notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) apresentando o seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, destacando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. No caso de projetos do Grupo I ou II, apresentados à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador também deve informá-la, enviando o parecer aprobatório do CEP, para ser anexado ao protocolo inicial (Resolução nº 251/97, item III.2.e).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2079653.pdf	15/04/2023 15:35:36		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecorrigidodestaque.pdf	15/04/2023 15:32:42	Gabriela Teixeira de Rezende	Aceito
Outros	pendenciasapontadasnoparecer.pdf	09/04/2023 13:20:32	Gabriela Teixeira de Rezende	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projetodetalhadocep.pdf	03/04/2023 22:24:27	Gabriela Teixeira de Rezende	Aceito

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
 Bairro: Santa Mônica CEP: 38.408-144
 UF: MG Município: UBERLÂNDIA
 Telefone: (34)3239-4131 Fax: (34)3239-4131 E-mail: cep@propp.ufu.br

Continuação do Parecer: 6.031.506

Investigador	projetoetalhadocep.pdf	03/04/2023 22:24:27	Gabriela Teixeira de Rezende	Aceito
Outros	termocompromissodaequipe.pdf	13/03/2023 10:36:16	Gabriela Teixeira de Rezende	Aceito
Outros	Cristianeribeiroredeuaispdm.pdf	13/03/2023 10:20:01	Gabriela Teixeira de Rezende	Aceito
Outros	Curriculolattes.docx	13/03/2023 01:42:12	Gabriela Teixeira de Rezende	Aceito
Outros	TersoAguarMissaosaldataerra.pdf	13/03/2023 01:23:39	Gabriela Teixeira de Rezende	Aceito
Outros	roteiroentrevistassemidirigido.pdf	07/03/2023 10:00:52	Gabriela Teixeira de Rezende	Aceito
Outros	questionariosociodemografico.pdf	07/03/2023 09:59:15	Gabriela Teixeira de Rezende	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	07/03/2023 09:25:43	Gabriela Teixeira de Rezende	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERLÂNDIA, 30 de Abril de 2023

Assinado por:

ALEANDRA DA SILVA FIGUEIRA SAMPAIO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "1A", sala 224 - Campus Sta. Mônica
Bairro: Santa Mônica **CEP:** 38.408-144
UF: MG **Município:** UBERLÂNDIA
Telefone: (34)3239-4131 **Fax:** (34)3239-4131 **E-mail:** cep@propp.ufu.br