



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL  
MESTRADO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

JULIANA OLIVEIRA SILVA

**O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 E A SAÚDE MENTAL DOS AUXILIARES E  
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PÚBLICO DA GRANDE  
VITÓRIA, ES**

VITÓRIA, ES

2022

JULIANA OLIVEIRA SILVA

**O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 E A SAÚDE MENTAL DOS AUXILIARES E  
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PÚBLICO DA GRANDE  
VITÓRIA, ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional, na linha: Políticas Públicas, Trabalho e Processos Formativos.

Orientador: Prof. Dr. Rafael da Silveira Gomes

VITÓRIA, ES

2022

Ficha Catalográfica:

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

S586e Silva, Juliana Oliveira, 1984-  
O enfrentamento da Covid-19 e a saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital público da Grande Vitória, ES / Juliana Oliveira Silva. - 2022.  
159 f. : il.

Orientador: Rafael da Silveira Gomes.  
Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional)  
- Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Trabalho- análise. 2. Saúde mental. 3. Hospitais públicos. 4. Auxiliar de enfermagem. 5. Técnico de enfermagem. I. Gomes, Rafael da Silveira. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CPDU: 159

---

JULIANA OLIVEIRA SILVA

**O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 E A SAÚDE MENTAL DOS AUXILIARES E  
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PÚBLICO DA GRANDE  
VITÓRIA, ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional, na linha: Políticas Públicas, Trabalho e Processos Formativos.

Aprovada em 24 de fevereiro de 2022.

**MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof. Dr. Rafael da Silveira Gomes**

Universidade Federal do Espírito Santo  
Orientador

---

**Prof. Dr. Thiago Drumond Moraes**

Universidade Federal do Espírito Santo  
Membro Externo

---

**Prof. Dr. Ueberson Ribeiro Almeida**

Universidade Federal do Espírito Santo  
Membro Interno

**Local:** UFES – Vitória, ES.

## **AGRADECIMENTOS**

A realização desta dissertação, bem como de todo o percurso do mestrado, contou com a participação de várias pessoas, direta ou indiretamente, às quais registro o meu sincero agradecimento:

A todos os trabalhadores e ex-trabalhadores do Hospital Dório Silva que, direta ou indiretamente, contribuíram para a construção deste estudo e que, gentilmente, disponibilizaram seu tempo e compartilharam suas vivências de trabalho.

À minha família, por sempre apostar e acreditar em mim e por me ajudar, da maneira como foi possível, para que eu pudesse me dedicar aos estudos.

À Camila Lenhaus, pela amizade, pela parceria e apoio de sempre na caminhada pela vida. Por ter sido uma grande incentivadora para o meu ingresso no PPGPSI e pela construção desse percurso; sem ela, não teria conseguido acreditar na possibilidade de um mestrado.

Ao Kennedy Camacho, meu amigo e parceiro há anos no trabalho hospitalar. Agradeço por toda ajuda desde o início desta jornada, por me acolher, por seguir me ensinando e por não desistir de “puxar minha orelha”.

À Natalie Zamprogno, por toda ajuda, paciência e disponibilidade desde os meus primeiros contatos com a intenção de ingressar no PPGPSI.

Ao Gabriel Pirovani, pela amizade que se construiu no processo do mestrado. Obrigada pelo olhar tão cuidadoso, atento e acolhedor, e por se fazer presente.

À Ana Segatto que, graças à pandemia, começou a trabalhar no hospital e, desde então, trilhou este percurso comigo. Muito obrigada pela parceria que foi sendo construída nas “invenções de moda”, na busca de caminhos possíveis para a produção de saúde no trabalho, pela amizade, por sempre me incentivar e ajudar,

por aceitar me escutar tantas vezes, me apoiar, estar junto e sempre me dar a mão, os ouvidos e o seu tempo.

Ao Pedro, pela dedicação nas transcrições de parte das entrevistas.

Ao meu orientador, Rafael Gomes, que foi fundamental para que eu chegasse até aqui. Rafa, agradeço imensamente por tanta paciência e disponibilidade, por me escutar e acalmar, por acolher meus choros, por me ensinar tanto, por repetir mil vezes a mesma coisa, por sempre acreditar e me incentivar a seguir.

Aos amigos e amigas que, mesmo impacientes, precisaram respeitar minha ausência. Como sempre, caminhei com poucas pessoas ao meu lado e sei que de alguma forma todas estão comemorando essa conquista comigo.

As tantas pessoas que nestes anos estiveram presentes na minha vida, contribuindo, de alguma forma, para a realização desta dissertação, seja por gesto, palavra, pensamento ou intenção, apesar de não aparecerem nominadas aqui.

SILVA, J. O. **O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 E A SAÚDE MENTAL DOS AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PÚBLICO DA GRANDE VITÓRIA, ES.** 2022. 160 p. Dissertação (Mestrado *stricto sensu* em Psicologia Institucional) – Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, 2022.

## RESUMO

A precarização do SUS tem se intensificado nos últimos anos com as políticas neoliberais e produzido efeitos nas práticas de cuidado e na saúde mental dos trabalhadores da saúde. Essas questões ficaram ainda mais em evidência com a emergência da pandemia da Covid-19, em março de 2020, que sobrecarregou os serviços de saúde. A partir da experiência de trabalho em um hospital público da Grande Vitória, ES, surgiu a proposta desta pesquisa, que teve como objetivo analisar as relações entre trabalho e saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem no contexto da pandemia da Covid-19. Muitas informações subsidiaram o estudo, e os dados foram produzidos por intermédio de diferentes estratégias, dentre elas: a realização de rodas de conversa com trabalhadores do hospital e de entrevistas semiestruturadas com oito auxiliares e técnicas de enfermagem que atuaram diretamente com pacientes com Covid-19, internados em uma unidade de clínica médica. Alguns conceitos da Psicodinâmica do Trabalho nortearam a discussão dos dados que foram avaliados com base na técnica de Análise de Núcleos de Sentido (ANS). Além da divisão rígida do trabalho, da invisibilidade do saber-fazer, da sobrecarga de trabalho, da fragilização do coletivo e do reconhecimento do trabalho e da ausência de espaços de discussão coletiva, os auxiliares e técnicos de enfermagem passaram a lidar com outros fatores de sofrimento durante a pandemia, a saber: a insegurança e medo de serem infectados pelo novo coronavírus ou serem responsáveis pela infecção de algum familiar, a insegurança em realizarem atividades desconhecidas e a intensificação do trabalho. Apesar do contexto nocivo à saúde mental, esses trabalhadores encontram um espaço de criação e relatam prazer e satisfação no trabalho ao perceberem sua contribuição na melhora e alta do paciente, além de apresentarem algumas estratégias que parecem ter contribuído para suportar o sofrimento. O estudo permitiu evidenciar ainda que as mudanças nas condições e organização do trabalho — viabilizadas pela flexibilização dos limites orçamentários, em decorrência da declaração do Estado de Calamidade Pública e do Estado de Emergência Pública, no período de pandemia da Covid-19 —, associadas às estratégias dos gestores hospitalares, melhoraram o contexto de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem da clínica médica, apesar das exigências e desafios impostos pela pandemia, o que nos permite inferir a nocividade das políticas neoliberais para o trabalho em saúde.

**Palavras-chave:** Trabalho. Enfermagem. Saúde Mental.

SILVA, J. O. **THE BATTLE AGAINST COVID-19 AND THE MENTAL HEALTH OF NURSING ASSISTANTS AND TECHNICIANS AT A PUBLIC HOSPITAL IN GRANDE VITÓRIA, ES.** 2022. 160 p. Dissertação (Mestrado *stricto sensu* em Psicologia Institucional) – Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, 2022.

### **ABSTRACT**

The precariousness of the SUS has intensified in recent years with neoliberal politics and produced effects on care practices and in the mental health of health workers. These issues became even more evident with the emergence of the Covid-19 pandemic in March 2020, which overwhelmed health services. From the work experience in a public hospital in Grande Vitória/ES, the proposal of this research emerged, which aims to analyze the relationship between work and mental health of nursing assistants and technicians in the context of the Covid-19 pandemic. A lot of information supported the study and the data was produced through different strategies, among them, conducting conversation circles with hospital workers and semi-structured interviews with eight nursing assistants and technicians who worked directly with Covid-19 patients hospitalized in a medical clinic unit. Some concepts of Psychodynamics of Work guided the discussion of data that were evaluated based on the technique of Nucleus of Senses Analysis (Análise de Núcleos de Sentido). In addition to the rigid division of work, the invisibility of know-how, the overload of work, the weakening of the collective and the recognition of work and the absence of spaces for collective discussion, nursing assistants and technicians began to deal with other factors of suffering during the pandemic, namely: insecurity and fear of being infected by the new coronavirus or being responsible for the infection of a family member, insecurity in performing unknown activities and the intensification of work. Despite the harmful context for mental health, these workers find a space for creation and report pleasure and satisfaction at work when they perceive their contribution to the improvement and discharge of the patient, besides presenting some strategies that seem to have contributed to handle the suffering. The study also showed that the changes in the conditions and organization of work made possible by the flexibility of budget limits because of the declaration of the State of Public Calamity and the State of Public Emergency in the period of the Covid-19 pandemic associated with the strategies of hospital managers have improved the work context of nursing assistants and technicians in the medical clinic even if of the demands and challenges imposed by the pandemic are many, which allows us to infer the harmfulness of neoliberal policies for health work.

**Keywords:** Work. Nursing. Mental Health.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01 — Distribuição de vínculos de enfermeiros por mês .....	99
Figura 02 — Distribuição de vínculos de técnicos de enfermagem por mês .....	99

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANS	—	Análise de Núcleo de Sentido
CRV	—	Central de Regulação de Vagas
CM	—	Clínica Médica
COFEN	—	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	—	Conselho Regional de Enfermagem
EBSERH	—	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	—	Emenda Constitucional
ES	—	Espírito Santo
GTH	—	Grupo de Trabalho de Humanização
HDS	—	Hospital Dório Silva
HJSN	—	Hospital Jayme dos Santos Neves
LC	—	Lei Complementar
OS	—	Organização Social
PDT	—	Psicodinâmica do Trabalho
PPGPSI	—	Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional
SAMU	—	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIH	—	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SESA	—	Secretária Estadual de Saúde
SUS	—	Sistema Único de Saúde
TCLE	—	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	—	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1.1</b>	<b>O trabalho hospitalar em tempos neoliberais: a precarização como orientação política e a política como estratégia de resistência e de pesquisa.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2</b>	<b>À beira do colapso: Covid-19 em meio à precariedade dos sistemas de saúde em tempos neoliberais.....</b>	<b>21</b>
<b>1.3</b>	<b>Pesquisando em tempos da pandemia: limites e instabilidades do campo emergente.....</b>	<b>25</b>
<b>2</b>	<b>HOSPITAL E A HIERAQUIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM.....</b>	<b>28</b>
<b>2.1</b>	<b>A profissionalização da enfermagem no Brasil.....</b>	<b>31</b>
<b>3</b>	<b>IMPACTOS DA COVID-19 NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E NA SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE.....</b>	<b>37</b>
<b>3.1</b>	<b>Riscos de sofrimento mental nos trabalhadores da saúde durante a pandemia.....</b>	<b>41</b>
<b>4</b>	<b>PARA ALÉM DOS IMPACTOS DO TRABALHO: a Psicodinâmica do Trabalho e o trabalhador como sujeito ativo na sua relação com o trabalho e com o trabalhar.....</b>	<b>47</b>
<b>5</b>	<b>OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>55</b>
<b>5.1</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>55</b>
<b>6</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>56</b>
<b>6.1</b>	<b>Campo de estudo.....</b>	<b>56</b>
<b>6.2</b>	<b>Procedimentos para a produção dos dados.....</b>	<b>57</b>
<b>6.3</b>	<b>Sujeitos da pesquisa.....</b>	<b>59</b>
<b>6.4</b>	<b>Procedimentos para análise dos dados.....</b>	<b>61</b>

6.5	Questões éticas.....	62
7	<b>PRECARIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES E DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO HOSPITALAR E SUAS REPERCUSSÕES: vivências dos auxiliares e técnicos de enfermagem em uma unidade de clínica médica.....</b>	63
7.1	Núcleo de sentido 01: <i>“Logo quando a gente chega, né, a gente tem que primeiro pegar o plantão, né, ver o paciente, a enfermaria, tudo certinho, que o enfermeiro... ele coloca cada um no seu espaço.”</i> .....	68
7.2	Núcleo de sentido 02: <i>“Cada um cuida do seu serviço, cada um cuida do seu serviço porque aí você oferece aquilo que você tem, né? Eu ofereço o meu melhor para o meu paciente.”</i> .....	75
7.3	Núcleo de sentido 03: <i>“Eu, assim, a dor do outro me traz aquela dor... eu sinto a dor que ele tá sentindo, porque eu fico imaginando se fosse um parente... porque é uma dor muito grande perder alguém que a gente ama, alguém querido, eu sei lá, é complicado.”</i> .....	82
7.4	Núcleo de sentido 04: <i>“Porque se a gente ficar buscando aprovação dos outros, você acaba se frustrando, sabe?”</i> .....	85
8	<b>O ENFRENTAMENTO DA COVID-19: efeitos das estratégias organizacionais no cotidiano do trabalho e do trabalhador.....</b>	92
8.1	Intervenções psicológicas no período de pandemia.....	101
8.2	Núcleo de sentido 01: <i>“[...] a gente tá lidando de frente para o inimigo, então, a gente teve assim, muito receio no começo, mas era pela questão de não ter uma estrutura.”</i> .....	105
8.3	Núcleo de sentido 02: <i>“Medo eu acho que é o que todos teve (sic), no momento logo que surgiu esse Covid. É o medo assim, da gente... Passar assim, sabe? Como diz, morrer, e... Que a gente pensa assim, né, a gente nunca está preparado para morrer. Morrer, a gente vai morrer um dia mesmo. Mas você não está preparado. A primeira coisa que a gente pensa é nos filhos da gente, quem é</i>	

	<i>mãe...</i> .....	112
8.4	Núcleo de sentido 03: " <i>[...] você, às vezes, nem podia sair de perto do paciente, porque dessatura muito rápido, né. Você sai dali, daí a pouquinho, quando você volta, o paciente ou pode estar na sala sendo intubado, ou até dentro da UTI, né [...] Então, assim, no início foi muito difícil para a gente poder acostumar a mexer com eles, ficar ali, porque são muitos pacientes, né? Ter que ficar dando atenção, assim...</i> ".....	118
8.5	Núcleo de sentido 04: " <i>[...] eu acho que o medo, sei lá, não sei se eu acostumei ou se foi o medo que foi diminuindo por eu estar ali, não sei, mas no início foi muito difícil.</i> ".....	125
8.6	Núcleo de sentido 05: " <i>Eu vou ser franca para você, eu acho que melhorou, não foi por causa da pandemia. Eu acho que mudou a gestão. A nossa coordenação mudou, entendeu?</i> ".....	130
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	137
	REFERÊNCIAS.....	141
	APÊNDICE A — QUESTIONÁRIO.....	153
	APÊNDICE B — ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	155
	APÊNDICE C — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	157

## 1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde público brasileiro é um dos maiores e mais complexos do mundo. Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90), o Sistema Único de Saúde (SUS) afirma como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção.

Apesar de o texto constitucional ter estabelecido que a política pública de saúde deveria ser financiada com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, o SUS nunca recebeu financiamento compatível para garantir as premissas de um sistema universal (MENEZES, MORETTI; REIS, 2019). O comprometimento das três esferas de governo com o repasse de recurso foi efetivado apenas com a Emenda Constitucional (EC) 29/2000, que especificou a contribuição mínima de cada ente federado. Ainda assim, as interferências da política neoliberal, que fomentam a redução dos investimentos na área social e impulsionam a focalização, a privatização e a mercantilização das políticas sociais, têm contribuído para as diferentes formas de precarização do SUS e colocado sob ameaça a concepção de saúde como um direito universal, a natureza pública das ações e serviços de saúde e o dever do Estado nas ações de prevenção, proteção e reabilitação (ARAUJO, OLIVEIRA, FREITAS, 2020).

No início de 2020, o SUS contava com mais de 200 mil estabelecimentos de saúde (ambulatorial ou hospitalar), com cerca de 430 mil leitos e 3.500.000 trabalhadores da saúde de diferentes categorias profissionais, que atuavam em todos os 5.570 municípios das cinco regiões de saúde do país (MACHADO, 2020), porém, com vários desafios para sua efetivação. Dentre os desafios, destaca-se o fato do Brasil ser um país de grande extensão territorial, apresentar grandes desigualdades socioeconômicas e, especialmente, por ter interesses privados de desmonte da política pública de saúde que visam a diminuição da oferta de serviços pelo estado a fim de que o fornecimento dos serviços em saúde fique subordinado

às leis do mercado, por meio da privatização e das terceirizações<sup>1</sup> (MONTEIRO, 2020).

A precarização do SUS tem se efetivado com os grandes vazios assistenciais, com a redução do número de trabalhadores, com o desinvestimento em equipamentos diagnósticos e terapêuticos com consequente mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário, com a deficiência de infraestrutura, de equipamentos e de insumos e com o aumento das formas de contratação flexíveis após a aprovação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LC nº101, de 4 de maio de 2000), que instituiu a redução do gasto com pessoal e incentivou a terceirização, a instabilidade dos vínculos trabalhistas e a flexibilização das jornadas de trabalhos (RIZZOTTO, [20-?]; SANTOS, 2013).

A partir do reconhecimento destes fatos, desde 2003, o Ministério da Saúde propôs algumas ações para alterar essa situação, dentre elas, a implementação de uma política de valorização dos trabalhadores da saúde por meio da transformação das práticas e dos processos de trabalho e do maior incentivo à participação ativa dos trabalhadores na gestão dos serviços, em que se destacam: o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DesprecarizaSUS); a Política Nacional de Humanização; a Mesa de Negociação Permanente em Saúde; a Política Nacional de Educação Permanente e, também, a aprovação das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde. Tais propostas tentaram abordar questões da gestão das relações de trabalho que sempre ficaram em segundo plano no campo da saúde quando comparadas à atenção dada às questões clínicas e do cuidado (CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2012).

Com a aprovação da EC 95/2016, que instituiu o congelamento dos gastos federais nos serviços públicos até o ano 2036, nota-se um processo de desfinanciamento da política de saúde (MENDES; CARNUT, 2020). Gleriano *et al.*

---

<sup>1</sup> O termo terceirização tem sido usado para se referir ao processo em que uma empresa externaliza parte das atividades necessárias ao processo produtivo, transferindo-as para outras empresas ou para trabalhadores autônomos, principalmente por meio da subcontratação de serviços (DRUCK, 2016). Constitui-se como uma forma de precarização do trabalho, que gera fragilizações dos vínculos trabalhistas, perda salarial e de direitos, aumento da intensidade do trabalho e dos riscos à saúde do trabalhador, com maior instabilidade e insegurança diante da condição de isolamento e de desvalorização humana (DRUCK; ANTUNES, 2015).

(2020) sinalizam que, em apenas dois anos de vigência, cerca de 20 bilhões de reais deixaram de ser destinados para a implementação de melhorias técnicas, de infraestrutura e administrativas da política de saúde e, segundo os dados do Conselho Nacional de Saúde, essa proposta implica na retirada de até 434 bilhões de reais somente do SUS, no período de vinte anos.

Diante das estratégias de sucateamento dos serviços, o discurso da baixa capacidade do Estado para operacionalizar as políticas públicas e o repasse da gestão do SUS para outras modalidades de gestão não estatais, mediante transferência de recursos públicos, está se tornando socialmente convincente. Assim, as Organizações Sociais (OS), as Fundações Estatais de Direito Privado e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) são algumas das alternativas apresentadas como mais adequadas para a modernização da gestão pública e reestruturação dos serviços, por atuarem incentivando a inserção da lógica, dos valores e das práticas da administração privada no setor público (SANTOS *et al.*, 2018).

O avanço dessa proposta tem gerado o aumento da jornada de trabalho, baixos salários e incentivado um perfil de trabalhador mais flexível, inovador e competitivo com maior ênfase ao empenho individual e não no interesse coletivo, como relatado por Chanlat (2002), a partir de uma pesquisa sobre a motivação no setor público em geral. O autor também apontou que a adoção do modelo gerencial na gestão pública tem acarretado no aumento da carga de trabalho devido à redução de pessoal e da imposição por desempenho e produtividade; a ausência de reconhecimento pelo trabalho realizado, visto que o trabalhador sofre com o discurso da suposta baixa produtividade e ineficiência; a incoerência com relação ao grau de autonomia, uma vez que a hierarquia geralmente está bastante presente e a autonomia reduzida, além da falta de apoio social dos colegas, superiores, subordinados e dos próprios usuários do serviço.

Essas circunstâncias têm afetado os trabalhadores e produzido insatisfação no trabalho, sentimento de impotência, diminuição do bem-estar subjetivo e problemas de saúde mental, que podem implicar na fragilização das instâncias coletivas nos ambientes de trabalho e no empobrecimento da identidade profissional e do sentido do trabalho, conforme relatado por Chiavegato Filho e Navarro (2012) e Farias e Bezerra (2016).

Diante disso, as questões de saúde mental têm sido uma preocupação no campo do trabalho em saúde, visto que as relações na produção do trabalho também implicam em produção de subjetividade, podendo gerar certo sofrimento psicossocial por tratar-se de uma precarização que extrapola a esfera do trabalho e se transmuta em dimensões de precarização da própria vida (BASTOS, 2019).

Ainda assim, mesmo que essa realidade fragilize os trabalhadores politicamente e contribua para enfraquecer as formas de resistência, destacamos que existem algumas articulações contrárias à lógica neoliberal no SUS como, por exemplo: o investimento de trabalhadores em operacionalizar os princípios e diretrizes da política pública, mesmo com as dificuldades impostas; a criação de estratégias de resistência ao ordenamento da gestão central em prol de um atendimento mais humanizado; as apostas em espaços coletivos de discussão e em um cuidado pautado na clínica ampliada; a participação e controle social e os esforços em produzir inovações e experiências que apostem num “SUS que dá certo”<sup>2</sup>.

### **1.1 O trabalho hospitalar em tempos neoliberais: a precarização como orientação política e a política como estratégia de resistência e de pesquisa**

O corte nos orçamentos da saúde tem atingido diferentes áreas do setor — promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos — em diversas regiões do mundo. Tanto em países Europeus como na América Latina, percebe-se que os produtos médicos e farmacêuticos, as equipes de saúde e a capacidade administrativa e gerencial dos serviços são afetados com impactos diretos na estruturação dos serviços, inclusive dos hospitais (PAES-SOUSA; SCHRAMM; MENDES, 2019; SOENER, 2020).

---

<sup>2</sup> Segundo Pasche (2009) o “SUS que dá certo” refere-se às experiências concretas de qualificação da gestão e atenção frente às contradições e desafios dos serviços de saúde, que apontam para a viabilidade da política de saúde brasileira.

No Brasil, campo do serviço público, os gastos com a saúde foram desacelerados nos últimos anos sob a pena de tornarem-se socialmente insustentáveis. Essa lógica econômica tem acarretado a redução do número de trabalhadores, a intensificação do trabalho e a exposição a cobranças que, muitas vezes, geram constrangimentos aos trabalhadores.

Por atuar como psicóloga no SUS desde o ano de 2012 — e perceber que os trabalhadores lidam com a complexidade dos problemas de saúde, com a urgência e emergência das demandas e também enfrentam a inadequação dos espaços, a insuficiência de materiais, de equipamentos e do quantitativo de pessoal para ofertar o atendimento qualificado aos usuários —, surgiu a preocupação em discutir os efeitos da precarização das condições e da organização do trabalho na saúde mental dos trabalhadores da saúde.

Entretanto, foi a partir de 2014, quando ingressei como psicóloga concursada no Hospital Dório Silva (HDS)<sup>3</sup>, sob ameaça de ser terceirizado, que fiquei mais mobilizada para discutir essas questões, ao perceber o frequente relato de trabalhadores sobre a relação de sofrimento com o trabalho, fato que também está vinculado às mudanças no modo de produção no contemporâneo, caracterizado pela precarização das relações de trabalho, pela contínua perda dos direitos de proteção ao trabalhador, pelas instáveis formas de contratação e pelo baixo investimento em processos de educação permanente com a fragilização dos vínculos que os trabalhadores estabelecem nos e com os seus espaços/processos de trabalho (BARROS; BENEVIDES DE BARROS, 2007).

Diante desse cenário, surgiu, em 2018, o interesse em ingressar no mestrado de Psicologia Institucional, com a proposta de pesquisar os efeitos da inserção das novas modalidades de gestão na saúde dos servidores públicos da saúde, pois percebia que, além desse processo colocar em dúvida a capacidade do Estado em gerenciar o SUS e disseminar uma imagem negativa da coisa pública, também afetava os servidores, que são apontados como os principais culpados pela ineficácia dos serviços públicos, ‘o bode expiatório’ (ROLLO, 2007). Esse discurso,

---

<sup>3</sup> Como em alguns documentos oficiais da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), o nome dado é Hospital Doutor Dório Silva e, em outros, o hospital é nomeado de Hospital Estadual Dório Silva, definimos por chamá-lo apenas de Hospital Dório Silva, como é conhecido popularmente.

no entanto, vem tomando força sem considerar que a falta de recursos e as privatizações contribuem para a precarização do SUS e para que os trabalhadores executem o trabalho, mesmo em condições desfavoráveis.

Nesse período, o Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) do hospital também estava promovendo discussões sobre a questão da relação trabalho/saúde com base no “HumanizaSUS”, um dos programas do Ministério da Saúde desenvolvido com a proposta de contribuir para melhorar a qualidade de vida do trabalhador que atua na área da saúde, por meio de ações no campo das relações do trabalho e o mapeamento de demandas sociais, coletivas e subjetivas decorrentes da área da saúde (BRASIL, 2006).

Como membro do GTH, estivemos, no ano de 2019, junto aos demais representantes e algumas estagiárias de psicologia, promovendo uma intervenção direcionada aos trabalhadores que atuavam nas unidades de internação<sup>4</sup> do hospital, a fim de identificar os fatores potencializadores e dificultadores para a execução da atividade. Como a dinâmica de trabalho possibilitava o diálogo com equipes de diferentes setores, foi uma oportunidade de discutir algumas questões relativas à gestão hospitalar e questionar algumas práticas, visto que, naquele ano, deixamos de atuar no Setor de Psicologia Hospitalar para assumirmos algumas atividades em um novo setor — Serviço de Gestão da Qualidade<sup>5</sup> — subordinado diretamente à direção hospitalar com o objetivo de auxiliar na padronização dos processos de trabalho.

A intenção não era apenas buscar informações com os trabalhadores, mas criar espaços de discussão coletiva para que pudessem falar do seu fazer, da relação com esse trabalho e com os colegas. Além disso, havia o interesse em identificar as práticas que estavam contribuindo para o sofrimento mental ou para o prazer e realização no trabalho, com o objetivo de buscar entender quais as

---

<sup>4</sup> Unidades de internação compreendem as Unidades Abertas (setores destinados ao atendimento de pacientes não-críticos, como as enfermarias de clínica médica, cirúrgicas e de nefrologia) e as Unidades de Terapia Intensiva, UTI (local de internação dos pacientes críticos).

<sup>5</sup> Até os dias atuais poucas estratégias relacionadas à coordenação e monitoramento de atividades voltadas à gestão da qualidade foram implementadas no hospital porque o serviço ainda está em processo de estruturação devido a diversos fatores, como: a rotatividade de pessoas no setor, a falta de capacitação dos trabalhadores do setor e a indefinição sobre o trabalho a ser realizado, visto que outras questões têm sido prioridade no âmbito hospitalar.

estratégias utilizadas para lidar com o contexto de trabalho, quais os fatores que contribuíam para que continuassem exercendo a atividade sem adoecer e, também, quais as propostas de melhorias.

Com a aposta de que o processo de humanização está relacionado à valorização dos sujeitos, realizamos rodas de conversa com os trabalhadores das dez unidades de internação que funcionavam na época, contemplando apenas as equipes dos plantões diurnos. Os encontros aconteceram nos setores de trabalho e, apesar de aberto para a participação de todos os trabalhadores, grande parte dos participantes eram auxiliares e técnicos de enfermagem, que explicitaram alguns dos fatores dificultadores para a realização do trabalho, que podem ser reunidos da seguinte forma: equipe insuficiente para atender as demandas do usuário; falta de interação com profissionais de outra área, dificuldade de comunicação com o médico; falta de material e estrutura física adequada; inadequação da divisão de tarefas; inadequação das estratégias de comunicação entre a equipe assistencial e as chefias; necessidade de realizar atividades que não são de responsabilidade da enfermagem; competição entre os membros da equipe; falta de autonomia para realizar o trabalho; sobrecarga de trabalho; cansaço em decorrência do acúmulo de vínculos empregatícios; a não valorização do trabalho; falta de treinamentos e educação permanente; dificuldade no manejo com o acompanhante do paciente por conta das demandas que surgiam nesse encontro; ausência de horário de descanso e pouca participação nas discussões sobre mudanças no processo de trabalho. Essas questões foram discutidas em praticamente todas as rodas de conversa e confirmavam nossa percepção com relação aos desafios enfrentados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, que passaram a ser o foco da nossa atenção e, posteriormente, os sujeitos da pesquisa de mestrado.

Além das questões citadas acima, os trabalhadores manifestaram insatisfação por não se sentirem valorizados e reconhecidos pelos esforços diários para realizar as atividades que, muitas vezes, não são visíveis e, portanto, não quantificadas pelos métodos de gestão, apesar das dificuldades para executá-las. Um grande número de trabalhadores sinalizou que o trabalho no contexto hospitalar gerava muita ansiedade, estresse, insônia e insatisfação, mas apresentou pontos favoráveis para a continuidade da realização do trabalho: o prazer em prestar cuidado aos

pacientes, o reconhecimento do paciente e da família sobre o trabalho realizado, o salário com valor acima do mercado e a boa relação e convívio entre a equipe.

No mesmo ano, com a mudança de gestão do Governo Estadual, foi divulgado o interesse na implantação de uma Fundação Pública de Direito Privado<sup>6</sup>, “iNOVA Capixaba”, para gerenciar os hospitais da rede estadual. Frente a essa ameaça, grande parte dos trabalhadores também relataram sentirem-se inseguros visto que os contratados temporariamente poderiam ter o vínculo de trabalho interrompido com a mudança de gestão e os trabalhadores estatutários poderiam ser remanejados para outros locais de trabalho.

Ao final do primeiro ciclo de intervenção e identificação das demandas, a proposta do GTH era viabilizar outras atividades que pudessem contribuir para a produção de saúde nos espaços de trabalho. Na ocasião, o interesse passou a ser produzir uma pesquisa de mestrado para estudar como se dão as relações de cooperação e de reconhecimento entre os auxiliares e técnicos de enfermagem das UTIs, visto que foram temas que compareceram em todas as rodas de conversa como fatores importantes para lidar com o sofrimento produzido na relação com o trabalho. A ideia de pesquisar com os trabalhadores da UTI ocorreu por ser um local onde o trabalho é apontado como mais rígido devido ao modelo de cuidado prestado aos pacientes críticos<sup>7</sup>, por ser um local onde os trabalhadores têm frequente contato com a morte, sinalizado como um fator de sofrimento pela equipe, e por eles relatarem realização no trabalho em função da contribuição para a melhora do paciente, apesar de entenderem que não havia reconhecimento do trabalho pelas hierarquias superiores.

Eis que, em meio a esse cenário de desafios e precarização cotidiana do SUS, no início do ano 2020, os trabalhadores da saúde passaram a enfrentar a

---

<sup>6</sup> Entidade que compõe a Administração Pública indireta. É criada em virtude de autorização legislativa para prestação de serviços públicos e apresenta uma forma de administração mais dinâmica e flexível, que possibilita escapar da lei de licitações e ter mais autonomia na gestão de recursos humanos e contratação. Assim, as Fundações Públicas de Direito Privado são apresentadas como uma alternativa governamental para gestão dos serviços de saúde diante dos desafios enfrentados pela administração direta.

<sup>7</sup> Paciente crítico ou grave é aquele que se encontra em risco iminente de perder a vida ou função de órgão/sistema do corpo humano, bem como aquele em frágil condição clínica decorrente de trauma ou outras condições relacionadas a processos que requeiram cuidado imediato (BRASIL, 2011).

maior pandemia do século, com o surgimento da Covid-19, doença detectada na China e que vinha causando repercussões epidemiológicas e colapsando serviços e sistemas de saúde por todo o mundo devido ao seu alto poder de contágio<sup>8</sup> e aumento acelerado da demanda por leitos hospitalares (GLERIANO *et al.*, 2020).

## **1.2 À beira do colapso: Covid-19 em meio à precariedade dos sistemas de saúde em tempos neoliberais**

A rápida disseminação e as complicações decorrentes da doença levaram a Organização Mundial de Saúde (OMS) a decretar uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, em 30 de janeiro de 2020, e a comunicar, no dia 11 de março de 2020, a pandemia, quando já havia mais de 118 mil casos de Covid-19 em 114 países e mais de 4 mil pessoas mortas pela doença (OPAS, 2020a).

Nenhum sistema de saúde estava preparado para o atendimento de tantas pessoas, simultaneamente, mas a situação se agravou porque os serviços de saúde já estavam fragilizados em função das medidas de austeridade fiscal adotadas, em diversos países, com o corte de gastos do Estado com proteção social e gastos sociais que impactaram diretamente as políticas públicas de saúde<sup>9</sup> (SANTOS; VIEIRA, 2018).

---

<sup>8</sup> O SARS-CoV-2, vírus responsável pela Covid-19, é transmitido entre pessoas através de contato direto ou próximo por meio de gotículas respiratórias, secreção de saliva ou secreção respiratória de uma pessoa infectada, e também pode ser contraído quando uma pessoa toca os olhos, nariz e boca após contato com superfícies e objetos contaminados. Inicialmente, sem medicação ou vacina comprovadamente eficaz, a Organização Mundial de Saúde recomendou o isolamento de casos suspeitos, o distanciamento social e a quarentena da população, com o objetivo de retardar a propagação da epidemia, a fim de reduzir ao máximo o número de pessoas afetadas ao mesmo tempo, reduzir os impactos do novo coronavírus e evitar a sobrecarga dos serviços de saúde. As orientações permaneceram as mesmas mesmo após o início da vacinação da população mundial.

<sup>9</sup> Dados divulgados pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico sobre a saúde europeia, em 2016, indicaram que o número de leitos para tratamento intensivo por 1.000 pessoas caiu em todos os países europeus ao longo dos últimos anos, com exceção da Holanda, e entre 2010 e 2017, foi constatada a queda desses leitos na Espanha (2,5%), na Bélgica (8%), na França (11%) e na Itália (14%). Nesses países, foi verificado que, mesmo antes da pandemia de Covid-19, já havia situações adversas na área da saúde em decorrência das medidas de austeridade, e os trabalhadores da saúde já relatavam aumento da carga de trabalho (SOENER, 2020).

Conforme apontam Corrêa Filho e Segall-Corrêa (2020), a pandemia explicitou a precarização dos serviços de saúde, ocorrida nas últimas décadas em decorrência de políticas neoliberais que impõem a diminuição, ao limite, dos gastos estatais com políticas sociais.

A semelhança do Brasil com a Itália vem da implantação do modelo neoliberal destruindo aparatos públicos de serviços e vigilância em saúde na Itália após 2010. Qual a origem da tragédia italiana do Coronavírus? Em 2020, a Itália completou dez anos de cortes orçamentários. Estima-se que esse país tinha um déficit de 56 mil médicos e 50 mil enfermeiros. Ademais, entre 2015 e 2020, foram fechados 758 estabelecimentos italianos de saúde entre clínicas, policlínicas, centros de saúde e hospitais. Essa demolição do aparato público da atenção e da vigilância à saúde na Itália decorreu das práticas denominadas de 'austeridade' fiscal e orçamentária dos estados exigidas pela 'Troika' BCE-CEE-FMI (Banco Central Europeu, Comissão Econômica Europeia e o Fundo Monetário Internacional) que exigiram dos governos que reservassem a maior parte do orçamento público para financiar juros bancários (CÔRREA FILHO; SEGALL-CORRÊA, 2020, p.06).

Em diversos locais do mundo, a força de trabalho, o número de leitos hospitalares, de ventiladores mecânicos e equipamentos de proteção individual foram insuficientes para atender à necessidade da população, o que contribuiu para elevar o número de óbitos de "*pacientes Covid-19*" e "*não Covid-19*", principalmente no início da pandemia (NEVES; BITENCOURT; BITENCOURT, 2020)<sup>10</sup>.

No Brasil, os primeiros casos confirmados da Covid-19 foram identificados no final de fevereiro de 2020<sup>11</sup> e, desde o início, as medidas protetivas, baseadas principalmente no isolamento social e no uso de máscaras, não foram apoiadas pelo presidente do país, Jair Bolsonaro, que adotou um discurso negacionista sobre a

---

<sup>10</sup> No início da pandemia da Covid-19, em média, 15% dos infectados manifestavam maior gravidade, e 5% tendiam a ficar em condição crítica, evoluindo até um quadro de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), com necessidade de suporte ventilatório mecânico e internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por um período maior que o tempo médio normalmente (OPAS, 2020a).

<sup>11</sup> Em 03 de fevereiro do mesmo ano, o Brasil declarou a situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da Covid-19, indicando a necessidade dos Estados Federativos empregarem com urgência medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública. O Decreto Legislativo 6, publicado em 20 de março de 2020, reconheceu oficialmente o Estado de Calamidade Pública no Brasil. Assim, tornou legítima a instauração de regimes jurídicos urgentes e provisórios, a flexibilização dos limites orçamentários e a possibilidade de mais recursos serem destinados à área da saúde, com dispensação do cumprimento dos limites estabelecidos na Lei de Responsabilidade Fiscal e de licitação em obras e serviços enquanto durar a calamidade.

gravidade da doença e espalhou notícias falsas que contrariaram as orientações da OMS, agravando a situação da pandemia no país.

A precarização da infraestrutura de saúde na maioria das regiões tornou-se mais evidente. Na época, o sistema privado absorvia apenas 1/4 da população brasileira e concentrava 2/3 dos leitos hospitalares no país, além disso, mais da metade das regiões de saúde (279 de 436) não atendiam a quantidade mínima de UTI estabelecida pela OMS, que é de 1 a 3 leitos para cada 10 mil habitantes, incluindo leitos da rede privada e do SUS (RACHE *et al.*, 2020).

Por meio de boletim epidemiológico, o Ministério da Saúde anunciou, em 03 de abril de 2020, que havia carência de profissionais de saúde capacitados para manejo de equipamentos de ventilação mecânica, fisioterapia respiratória e cuidados avançados de enfermagem direcionados para o manejo clínico de pacientes graves de Covid-19 e de profissionais treinados na atenção primária para o manejo clínico de casos leves de Síndrome Gripal. Um cenário que, associado à falta de estrutura física do país no combate à doença, contribuiu para o aumento da sobrecarga física e/ou emocional e mental dos trabalhadores da linha de frente, que também passaram a lidar de forma mais frequente com remanejamentos e com a execução de atividades que não desempenhavam anteriormente, fatos que geraram inúmeras denúncias e relatos nos conselhos de classe.

Com o aumento da demanda por atendimento médico-hospitalar, no início de maio de 2020, quatro estados (Pernambuco, Rio de Janeiro, Ceará e Roraima) e oito capitais (Manaus<sup>12</sup>, Recife, Rio de Janeiro, Fortaleza, Boa Vista, Belém, São Luís e São Paulo) já tinham a ocupação dos leitos de UTI acima de 90%, e o Brasil apresentava uma das maiores taxas de letalidade pela doença na América do Sul, com 5,62%, atrás apenas do Equador, com 8,51% (SOUZA, 2020b).

A fim de evitar o colapso do sistema de saúde, houve a ampliação da capacidade de atendimento do SUS, a contratação e capacitação de profissionais temporários, a aquisição e distribuição de materiais e de equipamentos de proteção individual, em algumas regiões do país. Medidas que foram possíveis porque a

---

<sup>12</sup> Com o aumento de casos no final do ano de 2020 e início do mês de janeiro de 2021, o sistema de saúde público e privado de Manaus entrou em colapso por falta de leitos e dezenas de pacientes morreram asfixiados por falta de oxigênio, sem que medidas preventivas fossem adotadas pelo Governo do Estado e Ministério da Saúde para evitar a situação (BARRETO *et al.*, 2021).

instituição do Estado de Calamidade Pública permitiu que os gastos com despesas primárias federais não ficassem sujeitas aos limites estabelecidos pela EC 95/2016, que congelou os gastos federais nos serviços públicos até o ano 2036. Por outro lado, evidenciou que as medidas que inibem o custeamento do SUS e são respaldadas em instrumentos legais que inviabilizam a estruturação das políticas públicas, conforme os preceitos constitucionais, favorecem o sucateamento dos serviços e das condições de trabalho e tendem a causar danos irreversíveis ao sistema.

Dados de um levantamento feito pelo Conselho Federal de Medicina, em 2020, constataram que foram abertos 22.810 leitos de internação na rede pública entre os meses de fevereiro e junho de 2020, e cerca de 11.084 leitos de UTI foram habilitados pelo Ministério da Saúde, com investimento de R\$ 1,5 bilhão, até julho de 2020, interrompendo, pela primeira vez, a queda que vinha ocorrendo nos últimos dez anos no total de leitos de internação existentes no SUS. No entanto, esses números já não condizem com a realidade, visto que parte da expansão ocorreu em unidades fixas e parte em hospitais de campanha, com caráter provisório. Além disso, muitos leitos hospitalares para os usuários do SUS passaram a ser disponibilizados em hospitais particulares, que recebem verba governamental.

Para garantir o funcionamento dos novos leitos, a contratação emergencial de trabalhadores aumentou os vínculos precários “terceirizados” e sem garantias trabalhistas, além disso, gerou alguns problemas porque muitas pessoas foram admitidas sem experiência e conhecimento das regras institucionais sobre os procedimentos a serem adotados no enfrentamento da pandemia (TEIXEIRA *et al.*, 2020). Além disso, foram realizadas mudanças no modelo assistencial de alguns hospitais e, com isso, muitos trabalhadores precisaram ocupar novas funções e seguir protocolos mais rigorosos para prestar assistência aos pacientes.

Nessas circunstâncias de trabalho, os estudos nacionais e internacionais apontaram que os trabalhadores ficaram não apenas mais expostos ao risco de infecção pelo novo coronavírus e ao risco de adoecimento, mas também ao aumento do desgaste físico e psíquico, com maior indício de sofrimento psíquico e

adoecimento mental entre os trabalhadores que atuam na *linha de frente*<sup>13</sup> (MACHADO, CARVALHO; CAMPOS, 2020; SANT'ANNA *et al.*, 2020; PAIANO *et al.* 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020; OLIVEIRA, 2020; MOREIRA, SOUZA; NOBREGA, 2020; SCHMIDT *et al.*, 2020; AYANIAN, 2020; PRADO *et al.*, 2020; BARBOSA *et al.*, 2020).

Com isso, passamos a nos preocupar com os efeitos desse contexto no trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem, visto que esses são os trabalhadores em maior quantidade nos hospitais, sendo responsáveis por passarem a maior parte do tempo no cuidado direto ao paciente. Além disso, nas rodas de conversa com o GTH, já sinalizavam questões importantes do contexto de trabalho que poderiam interferir no processo saúde-doença antes da pandemia, como, por exemplo, a inadequação da divisão de tarefas, a rígida hierarquia, o pouco espaço de fala e escuta, as extensas jornadas de trabalho e a falta de reconhecimento pelo trabalho.

### **1.3 Pesquisando em tempos da pandemia: limites e instabilidades do campo emergente**

A chegada da Covid-19 e a decorrente intensificação do trabalho no HDS devido à necessidade de implementação de mudanças para o atendimento das demandas advindas com a disseminação da doença não permitiram a continuidade das intervenções realizadas pelo GTH. Como nos primeiros meses da pandemia a UTI tornou-se o setor de referência para o tratamento dos pacientes infectados, houve um certo receio se haveria possibilidade de acessar as equipes para produzir os dados da pesquisa de mestrado e, naquele momento, foi necessário analisar a viabilidade de seguir com a pesquisa.

Paralelamente, o trabalho no Serviço de Gestão da Qualidade foi intensificado, porque muitos processos de trabalho precisaram ser reorganizados para se adequarem às rotinas e reduzirem os riscos para os trabalhadores e usuários do hospital. Além disso, retomamos as rodas de conversa com o propósito

---

<sup>13</sup> Trabalhadores envolvidos diretamente no diagnóstico, tratamento e no atendimento em geral (MULLER *et al.*, 2020).

de realizar uma intervenção psicossocial, visando acolher e atender os trabalhadores, durante o período inicial da crise sanitária, seguindo as recomendações da literatura disponível na época. Estivemos na condução deste trabalho de abril a agosto de 2020, junto a outras psicólogas contratadas especificamente para o atendimento dos trabalhadores.

Frente a esse contexto, surgiu o interesse em estudar as relações entre trabalho e saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem, que são os profissionais que lidam de maneira direta com as mudanças organizacionais geradoras de impacto nas práticas assistenciais de cuidado. Além disso, com o surgimento do novo coronavírus, esses trabalhadores passaram a lidar com o medo, com processos de trabalho mais rígidos e uma maior sobrecarga de trabalho e, ainda, ficaram mais expostos ao risco de contaminação, contabilizando o maior número de infectados e óbitos no Brasil, comparado com outras categorias da área da saúde, conforme os dados divulgados pela Empresa Brasil de Comunicação<sup>14</sup> (VALENTE, 2020) e nos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde publicados, periodicamente, no site<sup>15</sup>.

A fim de explicitar o tema proposto, apresentamos, no segundo capítulo, questões relacionadas à história do hospital e da profissionalização da enfermagem, que nos ajudam a entender e discutir questões no âmbito hospitalar que são apontadas pelos trabalhadores. No terceiro, apresentamos uma revisão bibliográfica sobre o impacto da Covid-19 nos serviços de saúde e na saúde dos trabalhadores a partir de uma revisão da literatura nacional e internacional. No quarto, abordamos alguns conceitos da Psicodinâmica do Trabalho (PDT), ferramenta teórica que também nos auxiliou nas discussões sobre a relação entre trabalho e saúde mental.

No quinto, sinalizamos o objetivo geral e os objetivos específicos deste estudo. No sexto, expusemos as características do campo em que a investigação foi realizada e descrevemos os procedimentos de pesquisa e a caracterização dos sujeitos que dela participaram. No sétimo e oitavo, são apresentados os resultados e

---

<sup>14</sup> Empresa pública federal, criada em 2007, para prestar serviços de radiodifusão pública e gerir as emissoras de rádio e televisão públicas federais.

<sup>15</sup> Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2020>.

as análises das implicações do trabalho na saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem que prestaram cuidados aos pacientes suspeitos ou infectados pela Covid-19 em uma unidade de clínica médica, com base na técnica de Análise de Núcleo de Sentido. Na última parte, retomamos algumas questões do cotidiano do trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem e realizamos algumas reflexões acerca dos efeitos das mudanças nas condições e na organização do trabalho oportunizadas pela crise sanitária.

## 2 HOSPITAL E A HIERAQUIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM

O hospital configura-se como parte integrante da rede de atenção à saúde com grande relevância pela questão técnico-assistencial que possibilita atender às necessidades de cuidado e tratamento dos pacientes, com diferentes níveis de complexidade e de processos de trabalho realizados por diversas categorias profissionais. Entretanto, a concepção do hospital como instrumento terapêutico destinado à cura é recente, datado do final do século XVIII (FOUCAULT, 1979).

Na idade cristã, quando as organizações hospitalares surgiram, o cuidado à saúde dos indivíduos estava muito vinculado às práticas religiosas, numa perspectiva de doação incondicional associada a virtudes, como: bondade, abnegação e dedicação (BASTIANI *et al.*, 2020).

Foucault (1979) registrou em seus estudos que, na Idade Média, o hospital era apenas uma figura arquitetônica que não estava associada à medicina, nem funcionava com o objetivo da cura ou com a preocupação em entender os efeitos que poderiam agravar ou atenuar uma doença. Segundo o autor, no século XVIII, o hospital foi caracterizado como espaço de separação e exclusão dos pobres e doentes, de forma a assisti-los material e espiritualmente, no momento de sua morte, e de proteger aos demais dos prováveis perigos de contágio.

Nessa época, voluntários cuidavam dos doentes e eram supervisionados por religiosas, que praticavam a caridade com foco em conseguir sua própria salvação e não a cura do doente (GONÇALVES; SENA, 1998). A enfermagem não era reconhecida como profissão e não existiam exigências de algum grau de escolaridade ou conhecimento científico para aqueles que a exerciam; assim, as regras práticas do trabalho eram aprendidas pelas novatas com as mais experientes, e não havia a luta por uma remuneração digna, por condições de trabalho adequadas e inserção na vida social e política (LUNARDI FILHO, 1995).

Segundo Foucault (1979), a medicalização do hospital surgiu com a ideia de anular os efeitos nocivos do hospital, ou seja, os riscos de contaminação e controle das desordens econômicas e sociais que emergiam nesse local. Assim, o médico tornou-se o responsável por decidir como seria a construção, a organização e o funcionamento econômico do hospital, com conseqüente banimento da comunidade

religiosa do hospital, que ficou conhecido como lugar de cura, de registro e de formação de saber.

As práticas de saúde, que antes eram exercidas por todos, foram separadas de forma que o tratamento e a cura ficassem a cargo do médico, que ocupou o lugar de mediador entre a saúde e a doença por seus conhecimentos científicos; sendo que os cuidados cotidianos aprendidos a partir da experiência e das práticas diárias de mulheres, mas não reconhecidas cientificamente, ficaram em segundo plano e a cargo da enfermagem (LUNARDI FILHO, 1998).

Assim, o modelo biomédico tornou-se hegemônico, determinou uma hierarquia e uma perda de reconhecimento e de valor social das práticas de cuidados cotidianos, que se tornaram uma prática desqualificada e subalterna. Nessa ordem social, o médico passou a ser concebido como um “grande detentor do conteúdo profissional, não só da prática médica como também da prática de cuidados: quem tudo sabe, quem tudo pode, quem tudo decide.” (LUNARDI FILHO, 1998, p. 89).

Foucault (1979) exemplifica essa tomada de poder pelo médico com menção ao ritual da visita ao paciente, que passou a ser uma prática mais sistemática.

Essa inversão das relações hierárquicas no hospital, a tomada de poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc. Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar, etc. (FOUCAULT, 1979, p. 110).

Foi somente a partir da segunda metade do século XIX que a prática da enfermagem deixou o campo do misticismo e passou a permear o campo científico, com a padronização da profissão. A enfermeira inglesa Florence Nightingale foi pioneira da enfermagem moderna e construiu um modelo de formação e prática assistencial com ideias revolucionárias para a época, dando voz àqueles que realizavam o cuidado de enfermagem, mas que possivelmente ainda não tinham o entendimento da importância dos rituais que já indicavam uma prática organizada, apesar de ainda estarem associados à caridade.

Florence fundou uma escola de enfermagem, influenciada pela lógica de organização capitalista do trabalho, criando uma hierarquização do trabalho da enfermagem, a partir da divisão entre o trabalho intelectual e manual. A profissionalização da enfermagem se deu por meio de duas categorias sociais diferentes: as *nurses*<sup>16</sup>, oriundas de uma classe socioeconômica inferior, cujo ensino era gratuito (porém condicionado a uma retribuição ao hospital de um ano de trabalho não remunerado, após a conclusão do curso), para exercerem o cuidado com o paciente (como administração de medicamentos, troca de roupa de cama, banho no leito), sendo consideradas as “executoras” de um fazer pouco reconhecido; e as *ladies nurses*, provenientes de uma classe socioeconômica mais elevada, que pagavam seus estudos e eram vistas como detentoras de saber valorizado socialmente e responsáveis pelas tarefas consideradas nobres, tais como administração hospitalar e supervisão das *nurses* (FONSECA, 2014; LUNARDI FILHO, 1998).

Florence propôs um domínio específico de conhecimentos, mas ainda muito pautado pela forte vocação para obedecer e servir. Ela defendia que as enfermeiras deveriam estar submetidas a uma forte organização disciplinar e capacitadas para a execução das tarefas ordenadas pelos médicos. Com isso, elas ficaram responsáveis por organizar o material necessário para a prática da medicina e as atividades de cuidados cotidianos de promoção, manutenção e restauração da vida foram sendo assimiladas, porém tornaram-se subordinadas ao saber médico (LUNARDI FILHO, 1998).

O sistema *nightingaleano*, por meio de escolas de enfermagem ligadas aos hospitais, apresentou uma rápida expansão vinculada ao crescimento da rede hospitalar e se difundiu progressivamente para diversos países (GONÇALVES; SENA, 1998).

---

<sup>16</sup> A palavra inglesa *Nurse*, traduzida para o português como enfermeira, é formada por duas palavras do latim: a primeira, “nutrix”, que significa mãe; e a segunda, do verbo “nutrire”, que tem como significados criar e nutrir.

## 2.1 A profissionalização da enfermagem no Brasil

No Brasil, mesmo com a existência das Casas de Misericórdia, desde o período colonial, a saúde passou a ser uma preocupação para o governo somente no final do século XIX, quando foram criados serviços públicos na área e priorizada a capacitação em enfermagem, exercida por visitadoras de enfermagem sem formação e treinamento prático adequado. Em 1890, foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, mas não havia critérios bem estabelecidos para a formação, que era ministrada por médicos e não levava em consideração a especificidade do trabalho da enfermagem.

Foi na década de 1920 que a estruturação da enfermagem profissional tomou força com a parceria entre o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e a Fundação norte-americana Rockefeller, que atuou no país de 1916 a 1942, com o objetivo de modernizar a saúde pública brasileira, pautando-se nos ideais de cientificidade, racionalidade e higiene vigentes. O investimento nessa parceria surgiu da expectativa de constituir a enfermagem como profissão que iria responder às demandas do governo, quais sejam: aumentar a intervenção na saúde pública e na organização das cidades. A Fundação Rockefeller propôs, então, a delimitação de um campo de prática e a criação de uma escola para regulamentar a enfermagem como profissão, a fim de pôr fim à atuação de agentes “leigos” (visitadores de enfermagem) que assistiam à população com conhecimento empírico (MOREIRA, 1999).

Em 1923, foi criada a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, com rituais de admissão e formação sob o regime de internato, com a preocupação em formar profissionais competentes e que se distinguissem do médico, com o intuito de elevar a qualidade dos cuidados, atender os padrões morais da sociedade brasileira e alcançar o reconhecimento da profissão pelo público. As enfermeiras norte-americanas assumiram o treinamento e controle das formações com o propósito de formarem profissionais para atuarem através de ações educativas, preventivas e de cuidado, sob o olhar hierarquicamente superior do médico (MOREIRA, 1999).

No processo de seleção, havia uma predileção pelas mulheres, vistas como prendadas, bondosas e educadas e a associação da profissão com a caridade e a

assistência piedosa. Além do gênero, o ingresso para a Escola de Enfermagem dependia de outros critérios, tais como classe, moralidade e inteligência, com prioridade para os estudantes com melhor nível socioeconômico, cultural e de “raça branca”.

Em 1924, foi regulamentado o Serviço de Enfermagem e os “visitadores de enfermagem” foram perdendo espaço para a presença de profissionais mais qualificados no mercado. Em 1925, surgiram novos investimentos na formação de enfermeiras, e os médicos passaram a reconhecer e a demandar mais o trabalho delas. No hospital, o trabalho da enfermagem era visto como complementar ao do médico na cura das doenças e também subordinado à obediência e ao reconhecimento da hierarquia médica, ainda que o profissional da enfermagem tivesse autonomia e responsabilidades próprias.

Somente na década de 1940 e 1960, respectivamente, surgiram as profissões de auxiliares e técnicos de enfermagem, por meio de uma formação considerada *simples*<sup>17</sup> e que contribuía para reduzir os custos dos hospitais com recursos humanos, uma vez que o número de enfermeiros formados pelas escolas estava aquém das necessidades dos serviços.

A regulamentação para o exercício profissional da enfermagem aconteceu com a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que define em seu Art. 2º: “A enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício”. O parágrafo único descreve que a enfermagem pode ser exercida privativamente “[...] pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os graus de habilitação” (COFEN, 1986). O Enfermeiro é o profissional com formação de nível superior, o Técnico de Enfermagem com formação de nível médio e o Auxiliar de Enfermagem com nível fundamental<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> Losekann (2013) utiliza como referência para falar do *trabalho simples* o conceito formulado por Karl Marx, no volume 1 de “O Capital”, em 1867, como par do conceito *trabalho complexo*. O trabalho simples, ao contrário do trabalho complexo, caracteriza-se por ser de natureza indiferenciada, ou seja, dispêndio da força de trabalho que todo homem comum, sem educação especial, possui em seu organismo.

<sup>18</sup> A função de auxiliar de enfermagem ainda existe e está respaldada pela legislação vigente, todavia, o curso de formação não se encontra mais à disposição e nem há concessão da inscrição

Entre as atividades definidas para as diferentes categorias, a Lei 7498/86, no Art. 11, traz como privativo do Enfermeiro: a consulta de enfermagem, a prescrição da assistência de enfermagem, os cuidados diretos a pacientes graves com risco de morte ou que apresentem maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas, além do planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, dentre outros (COFEN, 1986).

O Art. 12 traz as atividades exercidas pelo Técnico de Enfermagem, quais sejam: “orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem” cabendo-lhes a execução de ações assistenciais de enfermagem que não sejam privativas do enfermeiro. Já o Art. 13 dispõe que as atividades do auxiliar de enfermagem são: “de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento”, cabendo-lhes observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, executar ações de tratamento simples, prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e participar da equipe de saúde, conforme a legislação (COFEN, 1986).

Na prática, o enfermeiro é visto como o responsável por atividades relacionadas ao planejamento, organização e supervisão da assistência; e os técnicos e auxiliares de enfermagem, como responsáveis apenas pela execução das atividades referentes ao processo, ou seja, o estabelecimento das competências das diversas categorias ou níveis de formação do pessoal da enfermagem institui uma

---

definitiva no conselho de classe (COREN MS, 2015). Com as mudanças ocorridas na legislação que regulamenta a estruturação dos cursos técnicos de nível médio no Brasil, o curso de auxiliar de enfermagem passou a ser uma qualificação e, segundo a Lei 7.498/86 (Lei do exercício profissional de enfermagem), a inscrição definitiva é concedida somente ao habilitado — e não ao qualificado — em curso técnico de enfermagem. Diante disso, foi definido pelo COFEN que todos os auxiliares de enfermagem formados após 23 de junho de 2003 fizessem uma complementação dos estudos como técnicos de enfermagem num prazo de cinco anos, a contar da data de emissão do certificado de conclusão do curso; caso contrário, a inscrição provisória como auxiliar de enfermagem seria cancelada. Entretanto, aos auxiliares de enfermagem que receberam o certificado de conclusão de curso antes do dia 23 de junho de 2003 foi dada a possibilidade de exercerem a profissão até quando desejarem. Embora esses se habilitem para a função técnica, podem permanecer na função de auxiliar ou podem passar por reenquadramento como técnicos de enfermagem. Porém, no serviço público não há a possibilidade de mudança de cargo automática, visto que a ocupação do cargo é realizada por via de concurso público ou processos seletivos específicos.

divisão do trabalho que tem relação com a própria evolução do processo de trabalho na enfermagem.

Embora não tenhamos como foco de pesquisa aprofundar essas questões, enfatizamos que além de uma divisão social do trabalho — com a valorização das atividades intelectuais em detrimento das tarefas manuais, gerando uma hierarquização e uma posição de classes diferentes, com diferenciação dos salários e acesso às riquezas — há, ainda, a divisão técnica do trabalho e a divisão sexual do trabalho. A primeira, com a subdivisão do trabalho conforme as características técnicas das ações e das habilidades de cada profissional, de forma a que cada um execute uma parcela para a concretização do trabalho final; e a segunda, marcada pelo grande número de mulheres (GONZALES, 2000; FONSECA, 2014). Recentemente, uma pesquisa nacional constatou que 85,1% dos trabalhadores da enfermagem são mulheres (SILVA; MACHADO, 2020).

Atualmente, a equipe de enfermagem constitui o maior contingente técnico do conjunto da força de trabalho em saúde do Brasil, ocupando diversos cenários e níveis de atenção (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012). No âmbito hospitalar, o trabalho da enfermagem apresenta alto risco de desgaste, estresse e adoecimento em decorrência de inúmeros fatores, conforme indica Schmoeller *et al.* (2011):

As condições de trabalho da equipe de enfermagem, principalmente nos hospitais, têm sido consideradas impróprias no que concerne às especificidades do ambiente gerador de riscos à saúde. A remuneração inadequada, a acumulação de escalas de serviço, o aumento da jornada de trabalho, as características tensiôgenas dos serviços de saúde (tanto pela natureza do cuidado prestado às pessoas em situações de risco quanto pela divisão social do trabalho), a hierarquia presente na equipe de saúde e o desprestígio social, entre outros fatores, associam-se às condições de trabalho da equipe de enfermagem e refletem-se na qualidade da assistência prestada ao usuário e no sofrimento psíquico dos profissionais (SCHMOELLER *et al.*, 2011, p. 369).

Nos estudos sobre a saúde dos trabalhadores da enfermagem, é comum a utilização da ideia de carga, entendida como:

[...] um dos elementos do processo de trabalho que interagem entre si e com o corpo do trabalhador, desencadeando alterações nos processos biopsíquicos, que se manifestam como desgaste físico e psíquico, potenciais ou efetivamente apresentados (LAURELL; NORIEGA, 1999, apud SCHMOELLER *et al.*, 2011, p. 369).

As cargas de trabalho das equipes de enfermagem são classificadas como: físicas (irradiações, falta de material, de equipamentos, infraestrutura inadequada), químicas (manipulação de produtos químicos, medicamentos em geral, uso de luvas látex), biológicas (exposição ao sangue, fluidos corporais, manipulação de materiais contaminados, manipulação de pacientes com doenças infectocontagiosas), mecânicas (acidente de trabalho com materiais perfurocortantes), fisiológicas (trabalho em pé, posturas inadequadas, trabalho noturno, levantamento de peso, esforço físico, sobrecarga em função das exigências da produtividade) e psíquicas (aumento do estresse no trabalho com as condições inadequadas, carga horária excessiva, escassez de trabalhadores, ritmo de trabalho acelerado, falta de autonomia e comunicação no desempenho das atividades, tensão prolongada, convívio com o sofrimento e a morte).

Essas cargas de trabalho podem contribuir para os desequilíbrios que conduzem a processos de desgaste irreversíveis e, diante das pressões às quais esses trabalhadores estão submetidos, o sofrimento mental da equipe de enfermagem tem se tornado cada vez mais comum com o surgimento dos quadros de depressão, ansiedade e *Síndrome de Burnout* (ELIAS; NAVARRO, 2006; SANTOS *et al.*, 2017).

Por outro lado, Dejours (1992), fundador da disciplina Psicodinâmica do Trabalho, aponta que o desgaste no trabalho não deveria ser reduzido apenas às pressões físicas, químicas, biológicas, ou mesmo, cognitivas. O autor sinaliza que é fundamental considerar a dimensão organizacional do trabalho, que diz respeito às relações de trabalho, descritas por ele como:

todos os laços humanos criados pela organização do trabalho: relações com a hierarquia, com as chefias, com a supervisão, com os outros trabalhadores – e que são às vezes desagradáveis, até insuportáveis (DEJOURS, 1992, p. 75).

Nesse sentido, estudos sinalizam que, mesmo o trabalho hospitalar apresentando condições geradoras de insalubridade e penosidade, é possível que os trabalhadores criem estratégias para tolerar a convivência diária com as situações desgastantes. Assim, alguns autores constataram que a sensação de trabalho cumprido (quando há melhora do paciente), a possibilidade de participação na elaboração do processo de trabalho e o reconhecimento da utilidade social do

trabalho exercido configuram-se como fonte de prazer, gratificação e produção de saúde para esses trabalhadores (ELIAS; NAVARRO, 2006; AZAMBUJA *et al.*, 2010; LIMA JUNIOR; ESTER, 2001).

### 3 IMPACTOS DA COVID-19 NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E NA SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

No início da pandemia da Covid-19, além da reduzida capacidade de leitos hospitalares para o atendimento do grande número de pessoas infectadas pela doença ou por outras condições clínicas, as equipes de saúde enfrentaram dificuldades em atender a demanda devido ao reduzido número de trabalhadores e à falta de equipamentos e outros insumos, decorrente do subfinanciamento crônico das políticas de saúde no país. A fim de promover a readequação dos hospitais, diversas estratégias foram compartilhadas por todo o mundo.

Devido às formas de transmissão da doença, recomenda-se que o paciente suspeito ou confirmado de infecção pelo novo coronavírus fique acomodado em quartos privativos com porta fechada e bem ventilado (com janelas abertas) ou em unidades de isolamento respiratório com pressão negativa e filtro HEPA<sup>19</sup>, para evitar o contágio de outras pessoas. Contudo, o grande número de casos e a indisponibilidade de quartos privativos ou de isolamento, no início da pandemia e nos períodos de aumento de casos, os hospitais estabeleceram áreas de coorte, ou seja, fizeram a separação desses pacientes em uma mesma enfermaria ou área e, assim, foi possível ampliar a oferta de leitos para o tratamento de pessoas com a doença (WILLAN *et al.*, 2020).

Outra alternativa para reduzir o risco de disseminação da infecção intra-hospitalar foi a segregação de serviços de saúde para “*pacientes Covid-19*” e “*não Covid-19*”, a restrição de visitantes nos hospitais e o estabelecimento de coortes de trabalhadores da saúde, ou seja, a separação de parte dos trabalhadores para o cuidado exclusivo dos indivíduos suspeitos ou confirmados para Covid-19 (SOUZA, 2020a).

Para ampliar o acesso dos pacientes aos serviços hospitalares, inicialmente foi recomendado também o cancelamento de consultas e cirurgias eletivas, visando viabilizar o remanejamento de trabalhadores, a liberação de espaços para instalação

---

<sup>19</sup> A sigla HEPA advém do inglês: *High Efficiency Particulate Arrestance*. E em uma tradução livre significa *Alta Eficiência na Detenção de Partículas*. O HEPA é eficiente para conter partículas invisíveis a olho nu, que inclui microgramas de poeira, ácaros, pólenes, germes e vírus.

de respiradores mecânicos e a conversão de salas cirúrgicas em leitos de Unidade de Terapia Intensiva (SPINELLI; PELLINO, 2020). Em algumas regiões do mundo, somente a aquisição de mais ventiladores mecânicos e outros equipamentos não foi suficiente para atender a demanda e houve a necessidade de implantação de hospitais provisórios de alta complexidade no ano de 2020.

A padronização dos processos de trabalho tornou-se essencial para reduzir o risco de infecção dos trabalhadores nas interações com os pacientes e, como nos meses iniciais da pandemia era frequente a mudança nos protocolos de atendimento devido às novas descobertas sobre o novo coronavírus, estratégias de comunicação mais efetivas precisaram ser adotadas para otimizar as tomadas de decisão (TEIXEIRA *et al.*, 2020; TWAIN, 2020).

A utilização de equipamentos de proteção individual (EPI), tais como luvas, gorro, máscara, capote/avental de isolamento descartáveis, óculos de proteção, escudo facial e capas para sapatos, passou a ser obrigatória durante todo o tempo de contato com os pacientes suspeitos ou infectados pelo novo coronavírus, a fim de evitar o contágio da doença. Foram recomendados treinamentos criteriosos e sistemáticos para toda a equipe sobre o uso adequado dos EPIs e o modo de retirada, por ser o momento com maior risco de autocontaminação, entretanto, com o reduzido número de trabalhadores e com o aumento da demanda de trabalho, nem sempre os treinamentos ocorreram na frequência necessária (TWAIN, 2020).

Outro problema enfrentado foi a escassez de EPI nos primeiros meses da pandemia, pois a quantidade já era limitada em muitos serviços de saúde. Em muitas situações, trabalhadores atuaram no cuidado direto ao paciente mesmo sem ter o EPI adequado e/ou em quantidade suficiente, sob acentuado estresse psicológico, sem a garantia de não se contaminarem e adoecerem com a Covid-19, como identificado por Oliveira (2020) que, no artigo publicado em junho de 2020, relatou:

O momento é tenso, uma realidade desconhecida, uma guerra contra um vírus que avança dia a dia, de forma jamais imaginada. Países acometidos não têm conseguido abastecer os serviços de saúde com insumos e equipamentos de proteção individual para seus profissionais, levando ao seu reuso, a condições inseguras e até a políticas de insegurança ocupacional (OLIVEIRA, 2020, p. 02).

Se por um lado a ausência do EPI e o risco de contaminação são questões críticas para os trabalhadores da saúde, por outro, o uso dos EPIs por períodos prolongados durante a jornada de trabalho produziu desconforto e fadiga e impediu os trabalhadores de se alimentarem e irem ao banheiro por ininterruptas horas (PAIANO *et al.*, 2020). Além disso, Teixeira *et al.* (2020), a partir de uma revisão bibliográfica, sinalizaram que o uso contínuo de EPI acarretou uma alta incidência de complicações cutâneas, como lesões na ponte nasal, nas mãos, na bochecha e na testa, devido ao uso inadequado de máscaras e/ou uso contínuo de máscaras e luvas, fato que pode ter levado muitos profissionais a não continuar usando o equipamento de proteção individual. Em decorrência da frequente higienização das mãos, também foi observada uma maior incidência de dermatite na região.

Além do uso dos equipamentos de proteção, foi recomendado que trabalhadores dos hospitais fizessem a monitoração de sintomas respiratórios e febre, diariamente, e a realização de exames rotineiros como hemograma e tomografia torácica para triagem (TEIXEIRA *et al.*, 2020; SOUZA, 2020a). Em alguns serviços de saúde, a testagem para Covid-19 era rotineira e fazia parte da estratégia de organização do trabalho.

A testagem de profissionais de saúde permite maior celeridade na recomposição da força de trabalho, uma vez que aqueles/as afastados/as com síndrome gripal e com teste negativo para COVID retornariam mais rapidamente ao trabalho. Adicionalmente, o rastreamento em trabalhadores/as com infecção assintomática interrompe a cadeia de transmissão no ambiente laboral, reduzindo a propagação do coronavírus entre os/as trabalhadores/as de saúde e, por consequência, o absenteísmo (HELIOTÉRIO *et al.*, 2020, p. 08).

Campio *et al.* (2020) avaliaram que o risco dos trabalhadores da saúde de se infectarem pelo novo coronavírus dependia de múltiplos fatores, como:

[...] atividade que executa, duração da jornada de trabalho, quantidade de pessoas que atende, além do uso de Equipamentos de Proteção Individual, incluído a paramentação, retirada, higienização (quando não for descartável) e descarte correto destes equipamentos. Outro ponto importante é a formação desses trabalhadores sobre aspectos de segurança e saúde relativas ao ambiente de trabalho, possibilitando-os realizar suas atividades de modo a cuidar da sua saúde e da saúde dos outros (CAMPIOLO *et al.*, 2020, p. 05).

Ao pesquisar as razões para o alto número de trabalhadores da saúde chineses se infectarem com o novo coronavírus, logo no início do surto, Wang, Zhou e Liu (2020) constataram que a proteção inadequada dos trabalhadores era uma questão central e indicaram a falta de compreensão sobre o patógeno, o pouco conhecimento sobre a efetividade da proteção pessoal antes de conduzir o tratamento com o paciente, a exposição prolongada a um grande número de pacientes infectados, a pressão de trabalho, a intensidade do trabalho e a falta de descanso como fatores que aumentaram indiretamente a probabilidade de infecção entre esses profissionais. Os autores relatam, ainda, que a situação se agravou porque não foi possível realizar os treinamentos sistemáticos sobre as medidas de segurança por conta do aumento da demanda de trabalho.

Com três vezes mais chances de contrair o vírus do que a população em geral, no primeiro semestre de 2020, os trabalhadores da saúde foram o maior grupo de risco para a doença (HELIOTÉRIO *et al.*, 2020). Em pesquisa publicada no mês de maio de 2020, Miranda *et al.* (2020) apontaram que 13% dos casos de Covid-19 no mundo foram confirmados em trabalhadores da saúde. Na Itália, cerca de 20% dos profissionais foram infectados e mais de 100 médicos e 20 enfermeiros morreram; e, na China, cerca de 3.000 profissionais foram infectados e 22 vieram a óbito.

Na Espanha, até o final de março de 2020, cerca de 5.400 trabalhadores da saúde foram infectados (14% do total do país) e nos Estados Unidos, entre fevereiro e início de abril de 2020, foram relatados 9.282 infectados (19% do total do país) e 27 óbitos (SANT'ANNA *et al.*, 2020).

No Brasil, o Ministério da Saúde divulgou, em 24 de agosto de 2020, que havia 257 mil casos confirmados da doença entre os trabalhadores de saúde e mais de 114 mil casos estavam em investigação. As categorias profissionais mais atingidas foram técnicos e auxiliares de enfermagem (34,4%), enfermeiros (14,5%), médicos (10,7%) e agentes comunitários de saúde (4,9%). Na mesma data, havia o registro de 226 trabalhadores mortos em decorrência da Covid-19, sendo os mais vitimados os técnicos e auxiliares de enfermagem (38,5%), médicos (21,7%) e enfermeiros (15,9%) (VALENTE, 2020).

Mesmo com esses dados, sabe-se que não há uma estimativa oficial de trabalhadores da saúde infectados no mundo, visto que o rastreamento sistemático

para identificar os infectados, inclusive os trabalhadores assintomáticos, a fim de reduzir a propagação do coronavírus, não foi adotado por todos os serviços.

### **3.1 Riscos de sofrimento mental nos trabalhadores da saúde durante a pandemia**

De acordo com a literatura revisada, o risco dos trabalhadores da saúde desenvolverem algum sofrimento psíquico ou doença mental aumentaram no período do enfrentamento à pandemia da Covid-19 (MOREIRA; SOUZA; NOBREGA, 2020; SCHMIDT *et al.*, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020; AYANIAN, 2020; PRADO *et al.*, 2020; BARBOSA *et al.*, 2020).

Os estudos apontaram que houve um maior indício de sofrimento psíquico entre os trabalhadores que atuam na chamada *linha de frente*. Trabalhadores que cuidavam de pacientes com Covid-19 relataram emoções negativas no estágio inicial da pandemia, muita fadiga, desconforto e desamparo com a alta intensidade de trabalho, medo, ansiedade e preocupação (PAIANO *et al.*, 2020). Há relatos, também, de perda da qualidade do sono, aumento do uso de drogas e sintomas psicossomáticos (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Segundo Barbosa *et al.* (2020), o grande número de doentes e mortes provocadas pelo coronavírus gerou um alto risco psicossocial ocupacional<sup>20</sup> para esses trabalhadores. Além disso, apareceram como grupo de risco para suicídio, devido aos impactos psicológicos da Covid-19 (SHUNCK *et al.*, 2020).

Nos estudos realizados por Barbosa *et al.* (2020) com enfermeiros que estão na linha de frente do trabalho com pacientes infectados pela Covid-19, a falta de comunicação e de treinamento foram fatores de risco que aumentaram a possibilidade do desenvolvimento de doenças psicológicas.

Além das incertezas com relação aos efeitos do vírus e o aumento das jornadas e da carga de trabalho, a exaustão física nos cuidados aos pacientes com potencial de deterioração rápida e a dor da perda de pacientes e colegas também

---

<sup>20</sup> Refere-se à presença de condições de trabalho que influenciam a saúde mental dos trabalhadores, podendo causar danos psicológicos, sociais ou físicos.

foram apontados como fatores que contribuíram para o sofrimento psicológico dos trabalhadores da saúde (AYANIAN, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020; PRADO *et al.*, 2020; BARBOSA *et al.*, 2020).

Ainda que em momentos de crise, como as pandemias, seja comum o esforço para a extinção dos patógenos e das doenças causadoras dos estados de emergência sanitária, a crescente sobrecarga da saúde mental em decorrência da Covid-19 trouxe a necessidade de maior discussão sobre essa questão.

Petzold, Palg e Strohle (2020) apontaram que além dos estressores gerais em uma pandemia, os trabalhadores da saúde estiveram expostos a outros estressores específicos como, por exemplo: estarem submetidos às medidas de segurança rígidas, como o uso frequente de equipamentos de proteção; à necessidade constante de concentração, vigilância e execução dos procedimentos altamente regulamentados que limitam a espontaneidade e a autonomia; ao reduzido apoio social devido ao longo período de trabalho e à estigmatização; ao autocuidado reduzido devido à falta de tempo e energia; à insuficiente informação sobre as consequências da exposição em longo prazo a pacientes infectados com Covid-19; e à preocupação com os colegas que precisarão assumir um trabalho adicional caso fique adoecido.

Por estarem diretamente responsáveis pelo cuidado de pessoas infectadas e em estados graves da doença, os profissionais de saúde podem sofrer estresse ao gerenciar surtos de doenças. Durante este período, ocorrem mudanças no processo de trabalho destes profissionais, como por exemplo: turnos extras, imprevisibilidade do horário de trabalho, execução de tarefas que não pertencem à sua rotina diária, mudança de setor e da equipe, além da necessidade de reorganizar a vida privada e social (PAIANO *et al.*, 2020, p. 02).

A escassez de equipamentos de proteção individual, também indicada como um fator gerador de estresse, intensificou o medo de exposição ao risco de adoecer. Além do receio do próprio contágio, os trabalhadores temiam a infecção de seus familiares e deixavam seus lares para protegê-los, além de serem desencorajados a interagir de maneira próxima com outras pessoas e, assim, ficaram mais isolados (SCHMIDT *et al.*, 2020; PAIANO *et al.*, 2020; AYANIAN, 2020; PRADO *et al.*, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Moreira, Souza e Nóbrega (2020), em uma revisão bibliográfica de 27 estudos publicados entre os meses de março e maio de 2020, identificaram cerca de

20 sinais e sintomas de adoecimento mental mais presentes na população geral e em profissionais de saúde no contexto da pandemia da Covid-19, foram eles: ansiedade (85%), depressão (59%), estresse (48%), insônia (33%) e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (11%). No estudo, foi constatado também que ser mulher, estudante, enfermeiro(a) e apresentar sintomas físicos ou problemas de saúde prévios está associado a um maior risco à saúde mental.

Du J. *et al.* (2020), ao pesquisar os sintomas psicológicos entre os trabalhadores de saúde da linha de frente da Covid-19, em Wuhan, na China, descobriram que os sintomas depressivos e de ansiedade foram mais comuns entre as mulheres, aqueles que estavam menos preparados psicologicamente, sem apoio familiar e sem a percepção de conseguir enfrentar a situação para ajudar os pacientes, bem como aqueles com baixa qualidade do sono. Os autores também identificaram que sintomas de ansiedade elevada estavam associados ao desconhecimento da Covid-19, ao nível de escolaridade superior e a infecção pelo novo coronavírus de familiares ou amigos.

Trabalhadores também relataram sentimento de impotência diante da gravidade e da complexidade dos casos frente à falta de condições adequadas para ofertar o tratamento adequado aos pacientes internados (TEIXEIRA *et al.*, 2020). Em alguns momentos, os trabalhadores da saúde assumiram papéis novos ou desconhecidos e precisaram tomar difíceis decisões como a escolha dos que seriam salvos (AYANIAN, 2020; PRADO *et al.*, 2020; BARBOSA *et al.*, 2020). Eles ainda passaram a conviver com o sentimento de culpa nos casos de insucesso terapêutico (LIBÂNIO *et al.*, 2020).

Maben e Bridge (2020) indicaram como fatores estressores: o sofrimento moral resultante da necessidade dos trabalhadores de decidirem intervenções com as limitações existentes, seja pela falta de equipamentos, de leitos ou profissionais; a falta de acesso a testes diagnósticos; o desconforto e fadiga associados aos longos turnos com o uso de EPIs; e o estigma da comunidade em geral, que percebe o profissional de saúde como uma ameaça à segurança de outras pessoas. Os autores relataram ser esperado que enfermeiros apresentassem reações emocionais ao vírus e seu impacto, como raiva, medo, preocupação e frustração, mas indicaram que esses profissionais, ao se sentirem incapazes de cuidar dos

pacientes, tendiam a manifestar reações de medo e ansiedade de forma mais intensa (MABEN; BRIDGES, 2020).

A sensação de vulnerabilidade associada ao temor de que algo ruim possa ocorrer a si e aos outros, o aumento da demanda nos serviços de saúde e a perda de controle sobre os acontecimentos têm repercussões importantes no funcionamento psíquico e cognitivo dos/as trabalhadores/as. Nessas condições, observa-se aumento muito expressivo da carga emocional no trabalho com impactos no desgaste físico e mental dos(as) trabalhadores(as) (HELIOTÉRIO *et al.*, 2020, p. 14 e 15).

Segundo Maben e Bridges (2020), medidas para redução de estressores ocupacionais foram cruciais para proteção da saúde mental do trabalhador durante o enfrentamento da pandemia. Assim, foram indicadas mudanças na organização do trabalho e outras medidas, tais como: oferta de apoio psicológico, redução das jornadas de trabalho, valorização profissional, melhoria nas condições de trabalho e fornecimento de suporte social (HELIOTÉRIO *et al.*, 2020).

Prado *et al.* (2020) chamaram a atenção para a necessidade de intervenções com o objetivo de reduzir os impactos negativos do trabalho em saúde e promover a saúde mental durante e após a pandemia, visto a necessidade das pessoas em lidar com as perdas e transformações emocionais, sociais e econômicas. As intervenções propostas com esse objetivo, muitas vezes, tomaram como foco as estruturas organizacionais e as queixas individuais, por meio de contato telefônico ou conversas *on-line* com os trabalhadores (MULLER *et al.*, 2020).

Heliotério *et al.* (2020), a partir de uma revisão bibliográfica, apresentaram algumas ações estratégicas para a preservação da saúde dos trabalhadores na linha de frente do combate à pandemia. São elas: revisão do fluxo de atendimento e definição de novos protocolos; melhoria nas condições de trabalho; reorganização dos processos de trabalho, com o objetivo de diminuir os riscos de infecção; proteção dos trabalhadores do grupo de risco, por meio do afastamento para a realização em atividades de menor risco, já que há dados de maior número de óbitos nesse grupo; oferta de alojamento para os trabalhadores, a fim de atenuar a preocupação com os familiares; oferta de transporte seguro para o deslocamento dos trabalhadores até o trabalho; redimensionamento das jornadas de trabalho, a fim de garantir repouso e descanso para os trabalhadores e a redução do estresse ocupacional e da fadiga.

Algumas recomendações para os gestores de equipe também foram divulgadas, com a finalidade de contribuir para o cuidado com os trabalhadores da linha de frente como, por exemplo: monitorar o bem-estar da equipe; garantir uma comunicação de boa qualidade, objetivando atenuar as incertezas; considerar a garantia de descanso para a equipe durante a jornada de trabalho; fomentar espaços de discussão breve e regular para que os trabalhadores pudessem falar de suas preocupações e atentar-se aos sinais de risco emocional nos trabalhadores e encaminhá-los para apoio psicológico (OPAS, 2020b).

Petzold, Plag e Strohle (2020) indicaram que a satisfação de necessidades básicas — como o apoio social, a comunicação, a distribuição adequada de tarefas, os horários flexíveis de trabalho e a utilização de ajuda psicossocial e psicológica sem estigmatização — parece ter sido importante para a redução do estresse emocional nesse período.

Das ações desenvolvidas no Brasil, local onde muitos trabalhadores da saúde não tinham experiência de atuação em emergências de grande porte, como é o caso da Covid-19 (BARROS-DELBEN *et al.*, 2020), foi constatado o acolhimento e atendimento dos trabalhadores durante o período inicial da crise, com intervenções psicossociais, mas também intervenções com caráter preventivo, a fim de diminuir as probabilidades dos trabalhadores sofrerem danos psicossociais a médio prazo. Ações com foco em promover ambientes protegidos e favoráveis à saúde mental dos trabalhadores, por meio de suporte psicológico presencial e *on-line*, e ações de Primeiros Cuidados Psicológicos também foram identificadas (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Esses dados indicam que o trabalho na pandemia da Covid-19 apresentou repercussões de diferentes ordens para os serviços de saúde e para seus trabalhadores. Entretanto, a literatura revisada baseia-se na perspectiva da psicopatologia do trabalho de estabelecer nexos de causalidade entre o trabalho e os fatores de sofrimento e adoecimento com foco na detecção, identificação e descrição das doenças mentais causadas pelo trabalho e com o objetivo de promover intervenções individuais e organizacionais que permitam prevenir os efeitos negativos do trabalho ou reduzir seus impactos (BRANDÃO; LIMA, 2019). Assim, tomam como objeto de estudo, o sofrimento psíquico decorrente das

pressões e dos conflitos que surgem em função da própria natureza e das condições e organização do trabalho, sem dar atenção à subjetividade do trabalhador.

#### **4 PARA ALÉM DOS IMPACTOS DO TRABALHO: a Psicodinâmica do Trabalho e o trabalhador como sujeito ativo na sua relação com o trabalho e com o trabalhar**

Os estudos e artigos científicos acessados que discutem aspectos da saúde mental dos trabalhadores da saúde, no contexto da pandemia de Covid-19, focam na relação entre os agentes presentes no ambiente de trabalho, nos riscos e morbidades e dão pouca atenção aos processos psíquicos mobilizados pelo encontro entre os sujeitos e as imposições geradas pelos processos de trabalho e as estratégias do trabalhador para tornar esse sofrimento tolerável.

Contra-pondo-se a essa lógica, propomos discutir a relação entre trabalho e saúde mental na pandemia da Covid-19, a partir dos estudos do psiquiatra e psicanalista francês, Christophe Dejours, que identificou não ser possível estabelecer uma relação causal entre certos distúrbios psíquicos e certas formas de organização do trabalho, visto que os trabalhadores não permanecem passivos com relação às exigências e às pressões do trabalho, mas desenvolvem mecanismos coletivos e de defesas pessoais frente a essas situações (LIMA, 1998; OLIVEIRA, 2016).

Com o entendimento de que a relação com o trabalho nunca é neutra, inclusive no que se refere à saúde mental, Dejours propôs um estudo do sofrimento no trabalho e das patologias mentais associadas a este, mas também das situações em que o trabalho é fonte de prazer e pode desempenhar um papel na construção da saúde (DEJOURS, 1986; DEJOURS, 2017). Assim, em vez de focar exclusivamente na patologia, criou a disciplina conhecida como Psicodinâmica do Trabalho (PDT), que colocou:

[...] a normalidade como foco de suas atenções, ampliando o escopo para além da visão (até então limitada) de que um problema de investigação deveria ser somente aquele pautado pela concretude de uma lesão ou de uma descompensação psicopatológica (BOYER, 2010, p. 251).<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Parte da obra de Dejours propõe pensar a normalidade, entendida como um compromisso entre sofrimento e defesa, contra-pondo-se às patologias apresentadas pela psiquiatria clássica.

Para discutir a relação entre saúde e trabalho, a Psicodinâmica do Trabalho apresenta dois grandes conceitos que norteiam a análise do trabalho: as condições de trabalho e organização do trabalho.

Condições de trabalho refere-se à qualidade do ambiente físico e dos postos de trabalho, à exposição aos fatores físicos, químicos e biológicos e aos equipamentos e materiais disponíveis para a execução do trabalho. São essas condições que atacam o corpo do trabalhador.

A organização do trabalho pode ser dividida em dois campos: a divisão do trabalho (refere-se aos processos prescritos, ao modo de produção e à organização das tarefas) e a divisão dos homens (refere-se às responsabilidades, às relações de poder, às hierarquias, ao grau de autonomia nas atividades, aos investimentos afetivos e à possibilidade de cooperação e comunicação entre as pessoas). É a partir da organização do trabalho que se busca entender os processos atrelados à saúde/doença no trabalho, visto que ela atinge o conteúdo das tarefas e as relações humanas, que são fatores que interferem diretamente no funcionamento mental (DEJOURS, 1986).

A PDT, partindo da concepção proposta pela análise ergonômica do trabalho, também discute a diferença entre trabalho prescrito (regras e normas de como o trabalho deve ser desenvolvido) e trabalho real (a atividade que é executada considerando os imprevistos que surgem no cotidiano). Sendo assim, para Dejours (2004b):

Trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real. Ora, o que é preciso fazer para preencher esta lacuna não tem como ser previsto antecipadamente. O caminho a ser percorrido entre o prescrito e o real deve ser, a cada momento, inventado ou descoberto pelo sujeito que trabalha (DEJOURS, 2004b, p. 28).

Considerando que o sofrimento nasce nesse espaço entre o prescrito e o real, quando o trabalhador se depara com uma situação não prevista e que precisa ser resolvida, em uma organização de trabalho rígida, quando não existe a possibilidade de subverter o trabalho prescrito, o conteúdo significativo do trabalho é reduzido e a chance de perturbações e sofrimentos e, eventualmente, de doenças mentais e físicas torna-se maior.

O sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada; quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação. Quando um trabalhador usou de tudo de que dispunha de saber e de poder na organização do trabalho e quando ele não pode mais mudar de tarefa: isto é, quando foram esgotados os meios de defesa contra a exigência física. Não são tanto as exigências mentais ou psíquicas do trabalho que fazem surgir o sofrimento (se bem que este fator seja evidentemente importante quanto à impossibilidade de toda evolução em direção ao seu alívio). A certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir marca o começo do sofrimento (DEJOURS, 1992, p. 52).

Entretanto, em algumas organizações, há a possibilidade dos trabalhadores fazerem uso de sua inteligência, inventividade e variabilidade no modo de realizar as tarefas (visto que as definições técnicas e prescritivas sempre são insuficientes para lidar com a realidade produtiva e exigem sempre reajustes e reinterpretações por parte dos sujeitos), assim, desempenham um papel ativo diante das imposições da organização do trabalho para transformarem as situações de trabalho, a fim de que elas possam trazer benefícios para a saúde mental (MENDES, 1995). Com relação a essa situação, Dejours (1984) afirma que:

Em geral, isso é possível quando o trabalho é livremente escolhido e quando sua organização é bastante flexível para que o trabalhador possa adaptá-la a seus desejos, às necessidades de seu corpo e às variações de seu estado de espírito. É, portanto, fundamental ressaltar que o trabalho não é forçosamente nocivo para a saúde. Ele pode ser tolerável; pode mesmo ser francamente favorável à saúde física e mental (DEJOURS, 1986, p. 04).

Assim, em seus estudos, Dejours identificou que, mesmo com a possível nocividade que pode ocorrer em função das condições e organização do trabalho, muitos trabalhadores não adoecem e conseguem manter a normalidade.

Normalidade que ocorre, de saída, como equilíbrio instável, fundamentalmente precário, entre o sofrimento e as defesas contra o sofrimento. Normalidade que se dá também como resultado de estratégias complexas e rigorosas, e não como resultante mecânica de um somatório de ações e de reações, de estímulos e de respostas, mas como estratégias fundamentais *intencionais* (DEJOURS, 2004, p. 53-54).

Vale dizer que o estado de normalidade não deve ser confundido com o estado saudável, conforme afirmam Lancman e Uchida (2003), visto que a normalidade pode ser:

[...] um sintoma de um estado patológico, ou seja, o estabelecimento de um precário equilíbrio entre as forças desestabilizadoras dos sujeitos e o esforço destes e dos grupos no sentido de se manterem produtivos e atuantes à custa de muito sofrimento e que se estenderá também em sua vida fora do trabalho (LANCMAN & UCHIDA, 2003, p. 82).

Mendes (2004, apud MENDES, 2007) também sinaliza que o comportamento saudável não implica ausência de sofrimento, mas indica a existência de possibilidades internas e externas do sujeito transformar o sofrimento por meio da tomada de consciência das suas causas, das frustrações e dos conflitos que o geram.

Os trabalhadores — para se protegerem dos eventuais efeitos nocivos sobre sua saúde mental — podem lançar mão das estratégias defensivas (individuais ou coletivas) que são definidas como “mecanismo pelo qual o trabalhador busca modificar, transformar e minimizar sua percepção da realidade que o faz sofrer.” (MENDES, 1995, p. 38).

De acordo com Mendes (2007), as defesas coletivas construídas pelos trabalhadores para suportar o sofrimento são descritas como inventividade, diversidade, sutileza, etc. Essas defesas são diferentes para cada categoria profissional e são separadas em dois grupos. No primeiro estão as defesas de proteção que representam modos de pensar, sentir e agir para suportar o sofrimento. Nessa situação, o trabalhador se aliena do sofrimento sem interferir na organização do trabalho. Essa defesa tende a se esgotar com o tempo e intensificar o sofrimento e, assim, causar adoecimento.

As defesas de adaptação e de exploração têm como base a negação do sofrimento e a submissão ao desejo da produção. As defesas atuam negando a realidade patogênica e modificando essa percepção dos indivíduos, mas tudo é validado coletivamente. Na maioria das vezes, são inconscientes e levam as pessoas a atender o desejo de excelência da produção.

A utilização dos recursos defensivos para enfrentar e negar o medo e o sofrimento é um processo estritamente mental, já que não modifica a realidade de pressão patogênica imposta pela organização do trabalho (MENDES, 1995). Por exemplo, a negação da percepção dos riscos relacionados à ocupação profissional explica, em parte, a conduta do trabalhador de não reconhecer a existência do

perigo e cumprir a sua tarefa, mas, por outro lado, aumenta a possibilidade dele se arriscar e não adotar as medidas protetivas, mesmo após ter sido orientado (CARNEIRO; AEROSA, 2018; MEDEIROS, MARTINS; MENDES, 2014; HELOANI; LANCMAN, 2004).

Para Dejours (1992), o medo é uma dimensão complexa, inerente a qualquer realidade de vida e trabalho, que surge a partir do risco do trabalhador sofrer algum dano físico ou mental. Segundo ele, o medo pode ficar sensivelmente amplificado pelo desconhecimento dos limites deste risco e dos métodos de prevenção eficazes, podendo acarretar uma descompensação psicopatológica, ou seja, uma ruptura do equilíbrio psíquico ou físico do trabalhador. Como é importante que o medo seja neutralizado para que o trabalhador possa continuar trabalhando, a vivência do medo costuma existir, mas raramente aparece, provavelmente porque o trabalhador consegue controlá-lo por meio dos mecanismos de defesa.

Outros exemplos de defesas são: racionalização, individualismo e passividade. Todas são importantes para assegurar a saúde dos trabalhadores, entretanto, é preciso estar atento para que não haja alienação, uma vez que podem conduzir à ideologia defensiva. A ideologia defensiva tem por finalidade disfarçar, reprimir e encobrir uma ansiedade particularmente grave e sua eficácia é conseguida com a participação do coletivo e a eliminação das pessoas que não convivem com ela. Conta com o apoio da organização do trabalho, visto que ela não precisa se modificar e mantém os trabalhadores produtivos, além de deixá-los alienados dos motivos do seu sofrimento.

Outra dimensão da relação homem-trabalho é a mobilização subjetiva, que também é vista como uma forma do trabalhador lidar com o sofrimento, e está relacionada ao emprego da inteligência prática, da capacidade própria e da criatividade do trabalhador para lidar com as vivências no ambiente de trabalho frente às experiências significativas com os pares e a gestão. Esse recurso minimiza a necessidade do uso de estratégias defensivas e viabiliza a administração coletiva da organização do trabalho. Da vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições da organização do trabalho surgem condições para a cooperação entre as pessoas, que têm relação direta com a eficiência do trabalho e a economia do sofrimento (DEJOURS, 2004).

A vontade coletiva é um fator que não pode ser prescrito e depende da liberdade conquistada no ambiente laboral. A relação de cooperação se apresenta a partir da mobilização subjetiva, sendo necessário que a confiança faça sentido, através de acordos e normas que favoreçam a dinâmica entre contribuição/retribuição simbólica que pressupõe o reconhecimento da competência do trabalhador pelos pares e pela hierarquia. Ao contribuir para a organização do trabalho, pelo engajamento de sua subjetividade e inteligência, o trabalhador espera ser retribuído ou, pelo menos, não ter suas iniciativas e vontades frustradas, ou seja, não ser visto apenas como um mero executante condenado à passividade (DEJOURS, 2004).

O reconhecimento é uma via que permite a ressignificação do trabalho e pode ser pensado em duas dimensões: no sentido de constatação e no sentido de gratidão. O reconhecimento no sentido de constatação refere-se à contribuição individual para com a organização do trabalho e trata da expectativa das chefias perceberem o quanto o trabalho prescrito é falho e que as atividades apenas são executadas porque existe um trabalhador com sua inteligência prática e disposto a executar o trabalho. O reconhecimento no sentido de gratidão está relacionado à contribuição dos trabalhadores à organização do trabalho e tende a ser concedido de forma esporádica.

Para Dejours (2004), o reconhecimento também depende do julgamento sobre o trabalho realizado, sobre o fazer, e não sobre a pessoa. São dois tipos de julgamento: julgamento de utilidade, que dá conta da linha vertical na organização do trabalho através dos níveis hierárquicos (chefes e subordinados), quando o trabalho é reconhecido como útil para a organização; e o julgamento de estética, que advém da linha horizontal, ou seja, dos pares e membros da equipe, sendo responsável por um sentido de pertencimento a um grupo.

O reconhecimento do trabalhador e dos seus esforços e investimentos para a realização da tarefa é necessário para que ele encontre a possibilidade de dar sentido ao sofrimento vivenciado<sup>22</sup> no trabalho para transformá-lo em prazer. Nessa

---

<sup>22</sup> Na PDT, “o sofrimento é uma experiência vivenciada, ou seja, é um estado mental que implica um movimento reflexivo da pessoa sobre seu ‘estar no mundo’, para utilizar um conceito da fenomenologia alemã, aplicado à condição de trabalhador.” (DEJOURS, 1999, p. 19 apud BOUYER, 2010, p. 251).

perspectiva, o julgamento do coletivo é de suma importância para a dinâmica do reconhecimento e para a construção da identidade do sujeito, que diz respeito à realização pessoal no campo das relações sociais. Essa questão sugere que “[...] a cooperação é indissociável da economia da identidade e da saúde mental no trabalho” (DEJOURS, 2004, p. 78), uma vez que oferece condições para que o trabalhador reivindique o direito de contribuir nas responsabilidades da organização do trabalho.

Sem a dinâmica do reconhecimento, o sofrimento não é transformado em prazer e o trabalhador é levado a uma dinâmica patogênica de descompensação psíquica ou somática. Nesse caso, os trabalhadores fazem uso de estratégias defensivas para evitar a doença mental, com importantes consequências para a organização do trabalho, que corre o risco de ser paralisada (DEJOURS, 2004).

Assim, a dinâmica do reconhecimento é um fator primordial para a construção da identidade e para a saúde e prazer no trabalho. Para Mendes *et al.* (2009), saúde no trabalho refere-se à:

[...] expressão de um estado disposicional caracterizado pelo equilíbrio marcado pela vivência de prazer e sofrimento, pela utilização de mecanismos capazes de mobilizar os trabalhadores em busca de uma relação mais gratificante no trabalho, e ainda, pela dinâmica do reconhecimento que se apresenta como elemento essencial do processo de construção da identidade do trabalho no campo social e na luta contra o adoecimento (MENDES *et al.*, 2009, p. 153).

Para a PDT, o acesso às relações dinâmicas ocorre por meio da análise da fala e da escuta do sofrimento dos trabalhadores. O sofrimento deve ser compreendido, interpretado e elaborado em um espaço público de discussão, possibilitando ao trabalhador se mobilizar, pensar, agir e criar estratégias de ação individual e coletivas para transformar a organização do trabalho por meio da (re)construção dos processos de subjetivação e do coletivo (MENDES, 2007).

Desvelar o sofrimento pela FALA permite resgatar a capacidade de pensar sobre o trabalho, é um modo de desalienação, bem como uma possibilidade de apropriação e dominação do trabalho pelos trabalhadores, sendo um aspecto fundamental para dar início a construção do coletivo com base na cooperação e nas mudanças da organização do trabalho (MENDES, 2007, p. 32, grifo do autor).

Com base nos pressupostos teóricos da PDT, apostamos na escuta de trabalhadores da linha de frente do enfrentamento à Covid-19, a fim de identificar as relações existentes entre as vivências durante o trabalho na pandemia e os desgastes provocados nas subjetividades, bem como as condições para a transformação da organização do trabalho.

Por conta das recomendações de distanciamento e pela dificuldade em conseguir promover espaços para análise coletiva do trabalho de forma sigilosa, em um ambiente hospitalar, apostamos nas entrevistas individuais para compor os dados deste estudo, conforme será detalhado mais adiante.

Nesse sentido, a proposta desta pesquisa foi a de estudar os efeitos das condições e da organização de trabalho na pandemia da Covid-19 na saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital público da região da Grande Vitória, ES. Para isso, tomamos o trabalho como um fator que favorece a ocorrência de sofrimento e algumas psicopatologias e, também, como um fator que pode fortalecer a saúde mental do trabalhador para auxiliar na compreensão das relações e inter-relações entre trabalho e saúde.

## **5 OBJETIVO GERAL**

Analisar as relações entre trabalho e saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem em um hospital público da Grande Vitória, ES, no contexto da pandemia da Covid-19.

### **5.1 Objetivos específicos**

- a) Descrever o processo de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam em uma unidade de clínica médica (CM);
- b) Apontar as principais mudanças na organização do trabalho hospitalar durante o período da pandemia da Covid-19;
- c) Identificar as estratégias utilizadas por estes trabalhadores para lidar com os desafios impostos pelo trabalho e pela pandemia;
- d) Relatar as medidas adotadas no hospital para ofertar cuidado em saúde mental para os trabalhadores.

## **6 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **6.1 Campo de estudo**

O Hospital Dório Silva (HDS), que compreende uma Unidade Assistencial Hospitalar e uma Unidade de Trabalho Ambulatorial, foi escolhido para ser campo desta pesquisa. As Unidades foram inauguradas em 1988, em uma área de 7.500 m<sup>2</sup> de sistemas modulares, após uma parceria entre o Governo do Estado do Espírito Santo e a República Federal da Alemanha. A proposta inicial era do HDS funcionar como um hospital de campanha, pelo período de dez anos, mas até os dias atuais se constitui como um importante equipamento da rede de serviços hospitalares do SUS-ES, composta por 113 unidades hospitalares, sendo: 19 hospitais estaduais, 38 filantrópicos, 16 municipais, 39 privados e 01 federal, distribuídos pelas regiões de saúde. Atualmente, o hospital é gerenciado diretamente pela Secretaria de Saúde, mas há alguns anos existe o interesse do Governo do Estado em implementar mudanças no modelo de gestão.

O HDS está localizado no município de Serra, Região Metropolitana da Grande Vitória, ES, onde está concentrada metade da população do estado, conforme relatado no Plano Diretor de Regionalização (PDR), vigente desde 2011 (ESPÍRITO SANTO, 2020). Em decorrência das necessidades da população do município e do crescimento da demanda, o HDS teve seu perfil modificado ao longo dos anos e também se tornou referência para pacientes do Sul da Bahia e do Norte e Leste de Minas Gerais.

Desde 2013, o HDS funciona como um hospital “de porta fechada”, recebendo pacientes referenciados via Central de Regulação de Vagas (CRV) — conforme o número de vagas disponíveis para atendimento nas unidade de internação e na sala vermelha<sup>23</sup> — e encaminhados pela equipe do Ambulatório do hospital. Há poucos anos, passou a atender também pacientes encaminhados pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), pelo Corpo de Bombeiros e transporte sanitário.

---

<sup>23</sup> Local de atendimento emergencial ao paciente grave. Atualmente, é também a porta de entrada para receber os pacientes encaminhados pelo SAMU em urgência dialítica e/ou com hemorragia digestiva alta e baixa, mesmo sem previsão de vaga.

A equipe da área hospitalar, foco desta pesquisa, é composta por servidores estatutários, contratados temporariamente, comissionados e terceirizados, que estão distribuídos nos diversos setores administrativos, assistenciais e de apoio.

Em decorrência da pandemia da Covid-19, houve ampliação da estrutura e da capacidade de atendimento do hospital que, em alguns momentos, ficou como apoio e, em outros, como referência<sup>24</sup> para o atendimento de pessoas com suspeita ou com infecção pelo novo coronavírus. No primeiro ano da pandemia, 65 leitos foram abertos, após a construção de quatro unidades de internação e, em julho de 2021, o HDS contava com 240 leitos, distribuídos da seguinte forma: 70 leitos de UTI, incluindo leitos de isolamento; 15 leitos de semi-intensivo; 14 leitos de sala vermelha; 36 leitos de clínica cirúrgica; 12 leitos de nefrologia; 93 leitos de clínica médica, sendo referência estadual para os casos de urgência dialítica e hemorragia digestiva alta e baixa.

## **6.2 Procedimentos para a produção dos dados**

Muitas informações que subsidiaram este estudo foram acessadas durante as atividades relacionadas ao trabalho como psicóloga no HDS, antes da inserção no processo de pesquisa, e outras foram produzidas posteriormente, a partir de algumas ferramentas. Sendo assim, os dados foram produzidos de diferentes formas e em diferentes momentos, do ano de 2014 a 2021, por intermédio das seguintes estratégias:

- a) conversas informais com trabalhadores do hospital;
- b) anotações sobre algumas situações que ocorreram no hospital e foram presenciadas durante o expediente de trabalho ou foram relatadas por outros trabalhadores. Foi utilizado um caderno próprio para a realização

---

<sup>24</sup> Entendemos que o HDS ficou como apoio nos períodos em que houve aumento de pacientes internados com Covid-19 e foi necessário definir setores coortes para prestar o atendimento durante todo o tratamento ou até a transferência dele. Já nos períodos em que o hospital ficou como referência para Covid-19, de maio a agosto de 2020, praticamente todos os leitos foram ocupados com pacientes nessas condições, nas unidades abertas e nas UTIs, com exceção de duas unidades de internação.

dos registros, e o ato de escrever viabilizou, em muitos momentos, reflexões acerca do vivido;

- c) registros das questões discutidas nas rodas de conversa que ocorreram no hospital, presencialmente, entre os meses de setembro e dezembro do ano de 2019. As intervenções foram realizadas em conjunto aos estagiários de psicologia e ocorreram nas Unidades de Internação com trabalhadores dos dois plantões diurnos, exceto em uma unidade. Ao todo foram realizadas 19 rodas de conversa, que duraram cerca de uma hora, e os temas abordados referiam-se à relação entre o processo de trabalho e a saúde, de forma a que os trabalhadores puderam falar livremente sobre as condições e organização do trabalho e sobre os fatores de sofrimento e prazer nesse ambiente. A maior participação foi dos auxiliares e técnicos de enfermagem e, em alguns setores, profissionais de outras áreas também contribuíram para as discussões;
- d) registros das questões discutidas nas rodas de conversa sobre trabalho e saúde mental na pandemia da Covid-19 que ocorreram, presencialmente<sup>25</sup>, nas unidades administrativas e de internação do hospital, entre os meses de abril e setembro do ano de 2020. Em alguns setores, as rodas de conversa aconteceram antes de o hospital virar referência para Covid-19, e a maior parte dos participantes eram técnicos de enfermagem. A intervenção foi realizada por pelo menos duas profissionais psicólogas, na maior parte das vezes, e buscou contemplar trabalhadores de todas as escalas de trabalho dos turnos diurnos e noturnos. Ao todo, foram realizadas 87 rodas de conversa, com trabalhadores de 27 setores do hospital;
- e) dados contidos em documentos oficiais com informações sobre o hospital, que foram disponibilizados após solicitação;

---

<sup>25</sup> Em todas as intervenções, a equipe de psicologia estava devidamente paramentada com os EPIs e seguiu as orientações de biossegurança.

- f) aplicação de questionário e entrevistas individuais com auxiliares e técnicos de enfermagem.

O questionário (APÊNDICE A) foi aplicado com o objetivo de obter informações pessoais dos trabalhadores antes da realização da entrevista. A entrevista aberta, baseada em um roteiro semiestruturado (APÊNDICE B) teve o objetivo de investigar os seguintes temas: o contexto de trabalho (dimensões das condições e organização), sentimentos no trabalho (exploração das vivências de prazer e sofrimento), modos de enfrentar a organização do trabalho (identificação das estratégias de mediação utilizadas pelos trabalhadores para enfrentar o sofrimento) e os riscos de adoecimento em decorrência da ocupação profissional, conforme indicado por Mendes (2007). Durante a realização da entrevista, buscamos proporcionar aos trabalhadores um ambiente em que se sentissem à vontade para se expressarem livremente, tomando o cuidado para manter a entrevista na direção do tema.

As entrevistas foram realizadas em uma sala do hospital, garantindo o direito ao sigilo, em horário definido previamente por eles. Uma trabalhadora preferiu fazer a entrevista em uma sala de fácil acesso para ser encontrada e, por isso, houve algumas interrupções. Em média, as entrevistas duraram cerca de 45 minutos, todas foram gravadas e transcritas na íntegra.

### **6.3 Sujeitos da pesquisa**

Os trabalhadores do HDS foram os participantes desta pesquisa. Entretanto, para a realização das entrevistas e preenchimento do questionário, definimos como participantes, os auxiliares e técnicos de enfermagem.

Para a definição dos participantes da entrevista, contamos com o apoio da Referência Técnica de enfermagem do HDS para a identificação dos trabalhadores conforme os critérios de inclusão definidos previamente:

- Ocupar cargo de auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem lotado em alguma unidade de internação onde foram atendidos pacientes com suspeita ou confirmação de infecção pela Covid-19;

- Ter mais de 03 anos de trabalho no HDS;
- Aceitar participar da entrevista gravada em áudio.

Apesar da possibilidade de buscar participantes para a entrevista em três unidades de internação (uma Clínica Médica e duas UTIs) que realizaram o atendimento aos pacientes suspeitos ou infectados pela Covid-19, desde o início da crise sanitária, optamos por realizar todas as entrevistas com os trabalhadores de uma unidade de clínica médica (CM). Antes da pandemia, a CM era uma unidade de referência para a internação dos pacientes de diversas especialidades médicas para investigação e estabilização hemodinâmica, com baixa rotatividade, e dos pacientes em paliatividade<sup>26</sup>. A escolha por essa unidade foi pela maior facilidade de acesso à equipe do setor.

No mês de julho de 2021<sup>27</sup>, o coordenador de enfermagem comunicou à equipe sobre a pesquisa e, a partir disso, realizamos contato presencial com sete trabalhadores durante o horário de trabalho, e também via telefone, com duas trabalhadoras, para explicar o objetivo da pesquisa e fazer o convite para a participação nas entrevistas. Houve apenas uma recusa.

Ao todo, foram realizadas oito entrevistas com a participação de: seis técnicos de enfermagem, contratados por designação temporária pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA); um técnico de enfermagem estatutário; e um auxiliar de enfermagem estatutário (com formação em técnico de enfermagem). Foi possível contemplar trabalhadores dos quatro turnos de trabalho, sendo dois de cada escala.

A maioria dos entrevistados é do sexo feminino, representando a realidade do quadro geral de trabalhadores da categoria de enfermagem do hospital, com idade entre 35 e 60 anos e com tempo de experiência na área de formação entre 10 e 20 anos. Com relação ao tempo de serviço no HDS, quatro participantes têm entre 3 e 5 anos, três participantes têm entre 5 e 10 anos e uma tem entre 10 e 15 anos.

---

<sup>26</sup> Pacientes com diagnóstico de alguma doença incurável que estavam internados para receberem cuidados assistenciais e medidas de conforto para redução do sofrimento.

<sup>27</sup> Período em que o risco de contágio da Covid-19 estava menor devido à vacinação, e a Clínica Médica contava com 12 quartos/enfermarias, tanto coletivas como de isolamento, totalizando 36 leitos de internação. Com relação à equipe, o setor contava com uma Gerência, um enfermeiro coordenador, uma enfermeira diarista e sete enfermeiros plantonistas (a escala de trabalho estava sendo feita de forma a que diariamente houvesse 01 diarista e 02 plantonistas), 44 técnicos de

Todos atuaram na CM no período entre março de 2020 e julho 2021, porém dois trabalhadores já haviam prestado atendimento em outros setores do hospital no período anterior à pandemia.

Todos os entrevistados são plantonistas de 12/36 horas (12 horas trabalhadas, seguidas de intervalo de 36 horas), e apenas três trabalhadoras não possuíam outro vínculo de trabalho na área.

Todos, em algum momento, precisaram ficar em isolamento domiciliar pelo menos uma vez por suspeita de infecção pela Covid-19 e realizaram o exame RT-PCR. Seis confirmaram a infecção pelo novo coronavírus, no ano de 2020, sendo que uma das trabalhadoras foi diagnosticada com a doença 2 vezes. Uma entrevistada informou que, apesar do teste negativo, a sintomatologia era condizente com Covid-19.

Todos os envolvidos estavam vacinados e fazendo uso de máscaras.

#### **6.4 Procedimentos para análise dos dados**

As transcrições das entrevistas com os auxiliares e técnicos de enfermagem e os demais dados produzidos — a partir das conversas informais com outros trabalhadores, com os registros das discussões das rodas de conversa e situações vivenciadas ao longo dos anos de trabalho no HDS — compuseram o *corpus* de pesquisa e foram avaliados com base na técnica de Análise de Núcleo de Sentidos (ANS,) proposta por Mendes (2007), que consiste em uma adaptação da técnica por Bardin (1977, op. cit. MENDES, 2007).

A ANS, com a finalidade de agrupar o conteúdo latente e manifesto no material, foi realizada a partir da categorização do texto pelo critério de semelhança de significado semântico, lógico e psicológico, conforme realizado por Mendes (2007) na análise de pesquisas em clínica do trabalho que tomam como referência a Psicodinâmica do Trabalho.

O status de núcleo do sentido é dado pela força dos temas, que ao serem recorrentes criam uma consistência em torno daquele núcleo. Ainda, destaca-se que a nomeação e a definição dos núcleos de sentido é um dos

passos mais difíceis da análise, e ao mesmo tempo, o essencial para dizer que a técnica foi aplicada. Por isso o pesquisador deve se dedicar a esta etapa com parcimônia. O nome e a definição devem ser sempre criados com base nos conteúdos verbalizados com um certo refinamento gramatical de forma. Às vezes, o nome da categoria é uma fala do sujeito (MENDES, 2007, p. 73).

A utilização da ANS como ferramenta para interpretar os dados se prestou à verificação dos objetivos da pesquisa e possibilitou apreender os sentidos que constituem o conteúdo do discurso dos sujeitos informantes.

## 6.5 Questões éticas

Antes de iniciar as entrevistas, o projeto de pesquisa foi encaminhado à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Espírito Santo (Campus Goiabeiras), sob o número de CAAE: 45688621.1.0.0000.5542 e encaminhado ao Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação da SESA, que concedeu a carta de autorização no início do mês de julho de 2021.

Os trabalhadores que concordaram em participar da entrevista receberam o TCLE (APÊNDICE C), em duas vias, a fim de que pudessem ler e assinar ambas, sendo que uma das vias ficou com a pesquisadora e a outra, com o participante.

As informações fornecidas pelos trabalhadores serão mantidas em sigilo, com garantia do anonimato e da confidencialidade dos sujeitos<sup>28</sup>.

Os dados do estudo serão apresentados aos participantes da pesquisa individualmente, após contato prévio e definição sobre o melhor dia, horário e meio (presencial ou *on-line*). Da mesma forma, os dados serão apresentados ao Grupo Técnico de Pesquisa do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPI), da SESA.

---

<sup>28</sup> Optamos por, daqui em diante, utilizar os termos trabalhadora(s) e entrevistada(s) para nos referirmos às participantes da entrevista, visto que a maioria é do sexo feminino e a profissão da enfermagem é exercida majoritariamente por mulheres. Dessa forma, pretendemos também garantir o anonimato das pessoas do sexo masculino que concederam a entrevista e definimos nomes fictícios para todas as participantes. O termo trabalhadores será utilizado quando o assunto apresentado não for limitado aos dados referentes às entrevistadas.

## **7 PRECARIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES E DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO HOSPITALAR E SUAS REPERCUSSÕES: vivências dos auxiliares e técnicos de enfermagem em uma unidade de clínica médica**

Há anos o HDS ocupa um importante lugar na rede estadual de saúde para o atendimento das demandas da população. Entretanto, sofre com os efeitos da política neoliberal de redução de custos, que implica em insuficiência de pessoal, aumento da carga de trabalho, aumento dos vínculos de contrato temporário e em adaptações do processo de trabalho e, com isso, impõe limites na oferta da assistência em saúde e interferências no modo como o hospital e as equipes se organizam.

Como o referido hospital foi construído para ser provisório, ao longo dos anos, a ação do tempo e a falta de manutenção acarretaram em dificuldades estruturais, que implicaram em perdas e prejuízos para a população e trabalhadores. Diante disso, em 2009, o governo do estado anunciou o início das obras, que seriam de uma nova sede para o HDS, localizada no mesmo município, com previsão de entrega para o ano 2011 (SESA, 2010).

Na ocasião, os trabalhadores foram convidados a participar do planejamento arquitetônico da nova unidade e da tomada de algumas decisões. Além disso, foram informados sobre a proposta de construção de um hospital moderno com maior disponibilidade de equipamentos e recursos para a execução do trabalho, segundo relato da própria equipe de saúde do HDS e do livro “Novo Hospital Estadual Dório Silva: Inovação em saúde pública – Espírito Santo 2003-2010”, lançado em 2010, que detalha quais eram as propostas de transformação para o hospital.

Entretanto, no final de 2013, a nova unidade hospitalar foi inaugurada como Hospital Estadual Jayme dos Santos Neves (HJSN) e sob a gestão de uma Organização Social. A equipe do HDS continuou trabalhando na estrutura precária, com restrição de material e de equipe; porém, o modelo assistencial do hospital foi reformulado após o fechamento de três serviços que funcionavam como referência à nível estadual — o Pronto-socorro, a Maternidade de alto risco e o Centro de Tratamento de Queimados — e que foram transferidos para a unidade hospitalar recém-inaugurada.

As equipes de saúde dos setores que foram fechados precisaram assumir novas funções<sup>29</sup> dentro do HDS, que se tornou um hospital de “portas fechadas”, para o atendimento apenas de pessoas encaminhadas pela equipe do Ambulatório do próprio hospital e via Central de Regulação de Vagas (CRV), conforme o número de vagas disponíveis para atendimento em Unidades de Terapia Intensiva adulto (UTI), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Pediatria e para situações relacionadas à cirurgia geral, ortopédica, vascular, neurológica, ginecológica e outras, mas também para atendimento de demandas clínicas.

Nos anos subsequentes, o perfil do hospital ficou indefinido e surgiram alguns comentários de que o HDS seria fechado ou terceirizado porque era nítida a falta de investimentos e melhorias nas condições e organização do trabalho, mas em nenhum momento a SESA fez uma comunicação oficial sobre os rumos do hospital. As mudanças no modelo assistencial continuaram e, em 2017, a UTIN e a Pediatria foram transferidas para outro hospital da rede estadual, localizado em outro município. Diante da possibilidade dos servidores efetivos poderem fazer a escolha entre ir ou permanecer no HDS, a maioria continuou no hospital por já haver uma organização de vida próxima ao local de trabalho, ainda que estivessem preocupados com as demandas das novas rotinas, visto que não haveria mais nenhum tipo de atendimento infantil.

No mesmo ano, o HDS também ampliou sua capacidade de atendimento, quando recebeu os pacientes, a equipe, alguns serviços e o mobiliário do Hospital São Lucas, que foi fechado, sem uma comunicação oficial para as equipes dos dois hospitais. As equipes do HDS e do antigo Hospital São Lucas passaram a trabalhar no mesmo espaço, porém com pouca interação e alinhamento de condutas. No mesmo período, o HDS também passou a ser referência para internação de pacientes em intercorrência interclínica de diálise e para pacientes de hemorragia digestiva alta e baixa, todos encaminhados via SAMU. Além disso, foi aberto o setor de Nefrologia e as equipes foram se adequando à nova realidade de trabalho,

---

<sup>29</sup> A equipe que atuava na Maternidade de alto risco continuou trabalhando no mesmo espaço físico, porém o setor passou a ser um centro de cirurgia ginecológica. No local onde funcionava o Pronto-Socorro passou a ser a Sala Vermelha, consultórios para atendimento ambulatorial e unidades de internação. A área física do Centro de Tratamento de Queimados foi desativado e a equipe distribuída para outros setores do hospital.

mesmo com o reduzido quantitativo de trabalhadores, principalmente da área da enfermagem, devido à falta de abertura de concurso público e aos cortes de gastos para atender à Lei de Responsabilidade Fiscal, fato que tem relação com as interferências neoliberais que vêm acarretando a precarização dos serviços com o dimensionamento inadequado das equipes nos postos de trabalho, a sobrecarga do trabalho e desgaste do trabalhador, conforme indicado por Souza *et al.* (2017).

Em 2018, propagaram-se falas de possível terceirização do HDS via Organização Social (OS). Pelos corredores do hospital, trabalhadores conversavam sobre o assunto, emitiam opiniões, trocavam informações de fontes não oficiais e muitos demonstravam incertezas sobre como seria o hospital com a nova gestão. Alguns trabalhadores relataram estarem ansiosos, e outros, muito tristes; alguns muito nervosos diante das incertezas com as possíveis mudanças. Essa situação fez com que alguns trabalhadores buscassem pela aposentadoria como uma forma de se proteger ou fugir do que parecia assustador, e outros pedissem transferência do local de trabalho.

Observamos também que ocorreram mudanças na relação do trabalhador com o trabalho: alguns trabalhadores, diante da insegurança gerada nesse contexto, começaram a ser mais cuidadosos na realização da atividade, com o objetivo de tentar garantir a sua permanência com a chegada da OS, e outros ficaram mais desinteressados, por entender que a qualquer momento poderiam ser exonerados ou transferidos<sup>30</sup> e, por isso, não havia motivo para investirem esforços no desenvolvimento do trabalho. Havia ainda uma preocupação que ia além do exercício profissional, mas também com a organização de toda a vida que, para muitos, estava em torno desse trabalho.

Nesse período, representantes da Secretaria Estadual de Saúde e da suposta OS estiveram no HDS, e projetos de reforma foram divulgados para adequação da estrutura física às exigências dos futuros gestores. Algumas obras que estavam paradas, há anos, foram reiniciadas, sem que houvesse o compartilhamento de alguma informação oficial com os trabalhadores. Mas, após algum tempo, os

---

<sup>30</sup> Na terceirização, via Organização Social, de outro hospital da rede estadual que apostou em uma gestão mista, com o quadro de funcionários compostos pelos trabalhadores celetistas da OS e pelos servidores estatutários da SESA, estes foram induzidos a pedir transferência após episódios de assédio moral, de acordo com o relato de alguns trabalhadores.

rumores da chegada da OS foram diminuindo, e entendemos que o processo de terceirização havia sido suspenso.

Em 2019, com a mudança da gestão do governo estadual, foi apresentada a proposta de criação de uma Fundação Pública de Direito Privado para assumir a gestão dos hospitais da rede estadual, como forma de enfrentar os problemas com a inadequação da estrutura, de materiais e de pessoal para ofertar o cuidado em saúde à população.

Essas questões também foram abordadas no Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023, que apresentou os macroproblemas da gestão hospitalar no estado do Espírito Santo: a gestão financeira incipiente, a restrição na obtenção de recursos financeiros, a fragilidade na gestão do cuidado, a deficiência no gerenciamento de pessoal, a precariedade da infraestrutura e a deficiência na gestão de equipamentos e materiais hospitalares (ESPÍRITO SANTO, 2020). No documento constam ainda as propostas do governo do estado para alcançarem melhorias nesses aspectos, sendo elas: a implementação do Plano de Modernização da Gestão Hospitalar, articulado a outros programas de gestão da SESA, como o Plano Estadual de Modernização e Inovação do SUS, que envolverá a adequação da infraestrutura da rede própria, a reorganização dos processos de trabalho com nova estrutura organizacional, modelos múltiplos de gestão (administração direta, OSS's, Fundação iNOVA, etc.) e a perfilização assistencial (ESPIRÍTO SANTO, 2020).

Nesse sentido, a iNOVA Capixaba vem sendo apresentada como a melhor alternativa governamental para melhorar as condições precarizadas de trabalho e atendimento dos usuários, com a proposta de ampliar e adequar a infraestrutura física e tecnológica dos hospitais, reorientar os modelos de atenção e de vigilância em saúde, modernizar e qualificar a resolutividade clínica e a gestão dos serviços, com a incorporação e o desenvolvimento de novas tecnologias e práticas de formação profissional, de inovação de ambientes produtivos em saúde e pesquisa aplicada ao SUS, conforme divulgado no site da SESA<sup>31</sup>, consultado em 18 de janeiro de 2020.

---

<sup>31</sup> Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/inova-saude-uma-revolucao-na-saude-do-capixaba>. Acesso em: 18 jan. 2020.

Com a previsão da iNOVA Capixaba assumir o HDS, em maio de 2020, os poucos trabalhadores e gestores do hospital favoráveis à mudança de gestão apostavam que essa estratégia era uma via para tornar o trabalho mais efetivo devido à possibilidade de compra de materiais, equipamentos e insumos de forma mais ágil e sem licitação. Eles entendiam também que a rotatividade dos trabalhadores seria reduzida com o fim das contratações por designação temporária, conforme estabelece a Lei complementar nº 809/2015<sup>32</sup>, já que os trabalhadores passariam a ser contratados via Consolidação das Leis do Trabalho, viabilizando, inclusive, o dimensionamento adequado da equipe por não haver restrições pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Além disso, surgiu a expectativa da iNOVA Capixaba poder contratar alguma empresa terceirizada para a execução de alguns serviços, principalmente de manutenção de equipamentos e de estrutura física, uma vez que havia uma grande demanda por esses serviços no HDS, mas nenhuma expectativa de resolução das questões já sinalizadas.

Entretanto, sabemos que são inúmeras as críticas à transferência da gestão dos hospitais para uma Fundação Pública de Direito Privado, dentre elas: o elevado custo, a falta de garantia de que os servidores permanecerão em seu atual local de trabalho, a realização de processo seletivo simplificado para a contratação de pessoal com baixos salários, o reduzido controle social e a não garantia de melhorias na prestação de serviço à população. Mesmo assim, e com alguns movimentos contrários de Sindicatos e trabalhadores do SUS, a iNOVA Capixaba foi tomando força, e alguns hospitais foram selecionados para a transição de gestão, porém, com a emergência do novo coronavírus, os planos foram alterados e, até o momento, o HDS continua na gestão direta da SESA.

Partindo desse cenário, buscamos analisar algumas questões relacionadas às condições e à organização do trabalho das auxiliares e técnicas de enfermagem da Clínica Médica, a partir de algumas vivências do período anterior à emergência da pandemia da Covid-19.

---

<sup>32</sup> Dispõe sobre a contratação por tempo determinado pelo Estado do Espírito Santo para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público (ESPÍRITO SANTO, 2015).

**7.1 Núcleo de sentido 01: “Logo quando a gente chega, né, a gente tem que primeiro pegar o plantão, né, ver o paciente, a enfermaria, tudo certinho, que o enfermeiro... ele coloca cada um no seu espaço.”**

Neste núcleo de sentido, iremos apresentar aspectos da rotina de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem que apontam para uma divisão rígida do trabalho, pautada no cumprimento de tarefas focadas no cuidado geral com o corpo do paciente, permeado pela dimensão relacional e emocional do trabalho e que envolve um saber-fazer do trabalhador pouco visível.

Apesar da legislação distinguir as atribuições dos auxiliares e técnicos de enfermagem, as entrevistadas relataram não notar muitas diferenças no trabalho realizado por elas na Clínica Médica<sup>33</sup>, o que pode ter relação com o fato da maioria dos auxiliares de enfermagem possuir a complementação com o curso técnico e assumir atividades semelhantes às dos técnicos de enfermagem, ao se depararem com as inúmeras demandas assistenciais.

*Assim, na teoria tem diferença. Eu sou consciente, eu sei. Mas na prática, não muito. Só agora que tem umas questões que são separadas, que auxiliar não entra na sala de emergência, não atende em CTI, nesses lugares fechados. Aí aqui, já tá separado. Entendeu? Agora na clínica, com relação ao banho, medicação e curativo e tudo, nós fazemos, os auxiliares (Joana)<sup>31</sup>.*

*Tudo igual, a mesma coisa. Antigamente tinha essa divisão. O auxiliar cuidava dos cuidados e a medicação era designada para os técnicos. Hoje não, hoje não tem isso (Dora)<sup>34</sup>.*

*Olha, pra mim não tem diferença não. A única coisa que às vezes eles têm um pouco de dificuldade é sobre medicação. E às vezes quando tem uma*

---

<sup>33</sup> O Decreto nº 94.406/1987, que regulamenta a Lei do exercício profissional da enfermagem, estabelece que é permitido ao auxiliar de enfermagem administrar medicamentos via oral e parenteral nos pacientes, mas deixa explícito que cabe apenas aos enfermeiros e técnicos de enfermagem a prestação de cuidados diretos a pacientes em estado grave (BRASIL, 1987). No HDS os auxiliares de enfermagem não atuam nos setores que reconhecidamente prestam assistência aos pacientes críticos, como a UTI e a Sala Vermelha; porém como não há indistinação entre o trabalho realizado por eles e os técnicos de enfermagem na Clínica Médica, entendemos que os pacientes com maior nível de complexidade que porventura fiquem internados no setor, provavelmente recebem assistência das diferentes categorias da enfermagem.

<sup>34</sup> Os trabalhadores utilizam os termos “cuidar dos cuidados” e “fazer os cuidados” para se referirem às atividades assistenciais que não estejam relacionadas à administração de medicamentos.

*parada, assim, que eles têm um pouco de dificuldade. Mas os serviços são iguais. (Sabrina).*

Essa indistinção de competências entre auxiliares e técnicos de enfermagem acaba gerando uma situação de trabalho que penaliza economicamente e socialmente o trabalhador, devido à diferença salarial e de reconhecimento social, conforme o grau de habilitação, segundo a avaliação de alguns autores (ELIAS; NAVARRO, 2006; PEDUZZI; ANSELMINI, 2004).

Para a execução do trabalho, elas seguem uma “rotina da enfermagem”, que foi explicada como sendo uma sequência de atividades rotineiras, como, por exemplo, chegar ao setor um pouco antes do horário para “pegar o plantão” (obter informações sobre o paciente que ficará sob sua responsabilidade com a equipe que está de saída), ir ao quarto se apresentar aos pacientes e preparar o material necessário para dar continuidade à execução das tarefas prescritas pelos enfermeiros e médicos.

*Logo quando a gente chega, né, a gente tem que primeiro pegar o plantão, né, ver o paciente, a enfermagem, tudo certinho, que o enfermeiro... ele coloca cada um no seu espaço. Aí a gente vai, primeiro lugar a gente vai é ver onde tá o paciente, né? Tem que ir na enfermagem, pega as prescrições que estão lá. Aí tem aquele paciente muito queixoso, né, tem aquele paciente que não queixa nada, que tá muito quieto, mas a gente visualiza se ele tá sentindo alguma coisa, e então vai averiguar para ver o que tem prescrito, às vezes não tem, e tem que solicitar com o enfermeiro, pra procurar o médico, né, pra atender o paciente, pra gente ver o bem-estar dele (Sabrina).*

Esse relato mostra que, para atender às necessidades de saúde dos indivíduos, é realizado um trabalho coletivo em que as trabalhadoras da enfermagem precisam estabelecer relações com outros profissionais e com os usuários, a partir de uma organização do trabalho que tem como característica os princípios do modelo *taylorista*, marcado pela hierarquia rígida e pela divisão do trabalho entre concepção (enfermeiros e médicos) e execução (auxiliares ou técnicos de enfermagem), conforme aponta Pires, Gelbcke e Matos (2004).

Assim, cabe ao enfermeiro a responsabilidade por predeterminar e supervisionar o trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem, que têm como foco principal os cuidados gerais com o corpo do paciente, conforme o relato das entrevistadas, ao mencionarem suas atribuições e responsabilidades, a saber: realizar a higiene corporal do paciente (banho, troca de fraldas, higiene oral, etc.),

verificar os sinais vitais, ofertar alimento, realizar a mudança de decúbito, fazer curativos, preparar o paciente para exames, coletar materiais para exames e administrar medicamentos.

*Aqui a gente é responsável pelo paciente, os cuidados gerais, banho, curativo, se for curativo pequeno é da gente também, as punções, né, medicações. São essas atribuições (Telma).*

*Nós fazemos os cuidados de rotina, banho, medicação, troca de curativos (Joana).*

*Desde banho no leito, né, medicação, dieta assistida quando o paciente não tem acompanhante e a gente tem essa responsabilidade, né, de ofertar todas as alimentações, café da manhã, almoço, café da tarde, janta. E intercorrências, né, durante o plantão, transporte para exames... (Maria).*

*É estar prestando todo o cuidado de enfermagem, desde o início que a gente chega, né, horário do café, medicação, auxiliando no banho, essas são as atribuições que eu tenho no meu setor de trabalho (Camila).*

Mesmo com a prescrição das atividades, as entrevistadas chamam a atenção para o fato da realização do trabalho depender da condição de saúde do paciente, da disponibilidade dele para receber os cuidados, da compreensão dele e do cuidador/familiar sobre a doença, das limitações nas condições físicas, estruturais e organizacionais, que são situações que exigem do trabalhador um senso de disposição constante para lidar com as imprevisibilidades, conforme identificado por Traesel e Merlo (2011).

Com isso, para além do cuidado com o corpo, os auxiliares e técnicos de enfermagem atendem outras demandas que surgem no contexto de trabalho. Por exemplo, pela maior proximidade e convívio com os pacientes, durante as 12 horas do plantão, esses trabalhadores entram em contato direto com as necessidades decorrentes da condição humana e precisam lidar também com os sentimentos manifestados pelos pacientes e seus familiares durante o processo de adoecimento e internação. Não raro, passam a ser cobrados por eles e pelos médicos pela responsabilidade em garantir que o paciente receba todos os cuidados, não só para que possam comer, dormir, fazer sua higiene, ter um ambiente confortável, mas também para que possam ter afeto, atenção personalizada e todos os outros cuidados, conforme aponta Pires (1996) e Mansano (2014).

Nesse sentido, ainda que sejam fortemente desaconselhados, o amor e o envolvimento são vistos como dois componentes inevitáveis e essenciais na relação

entre o indivíduo cuidado e o trabalhador, por permitir o estabelecimento de um vínculo de confiança importante para que ocorra o acolhimento, a atenção, a inventividade e a boa comunicação, que são importantes também para reduzir a carga de trabalho emocional, uma vez que contribuem para minimizar as tensões e desentendimentos, de acordo com as análises de Soares (2012).

Frente a situações desagradáveis na relação com os pacientes, as trabalhadoras relataram que sempre precisam se portar como profissionais, sem que possam expressar suas angústias, irritações, tristezas, vulnerabilidades e preferências para conseguir manter um adequado equilíbrio na interação com o paciente, como também foi identificado por Lima Junior e Esther (2001), e mencionado por uma das entrevistadas:

*Ele xingou uns palavrões lá comigo, interpretou mal o que eu falei, depois ele veio falar comigo... Eu falei assim, "poxa, mas você xingou palavrão comigo, cara!". "Não, eu não sou de tratar ninguém mal...". Eu falei assim, "não, eu também não sou de tratar ninguém mal não". "Então você me desculpe?". Não, eu falei, "está desculpado". Eu tiro por menos, entendeu? Eu sou o tipo de pessoa que por dentro eu posso estar assim, me consumindo com vontade, juro, me perdoe a palavra, de dar um soco no meio da cara, mas eu me controlo. Tem pessoas que já não conseguem, entendeu? Até a enfermeira me colocou lá de novo, falei assim, "poxa, vai me botar lá de novo com aquele menino?". "Não, fulana, você é 'cabeça', você consegue contornar as coisas. Se eu botar outra pessoa...". "Ah, então tá". Fui bem, esperei a boa vontade dele, levei uma hora para tirar ele do telefone celular, da cama, mais uma hora e meia para ele tomar o banho, porque ele acha que o banheiro é só dele, não é coletivo... Numa boa. No final do plantão ele me agradeceu, "nossa, você é tão paciente, tão gente boa". Mas ele não sabe por dentro como é que eu estava (risos). Então eu não demonstro (Maria).*

Essa situação exemplifica um caso de diplomacia que, muitas vezes, nos trabalhos tradicionalmente desempenhados por mulheres, é reduzida a um aspecto da "natureza feminina", mas que é uma qualificação social "invisível" que tem grande relevância no trabalho de cuidar, a fim de evitar que a continuidade da interação seja comprometida ou perturbada, segundo Soares (2012).

Em outro relato, uma trabalhadora mencionou a sua reação frente às situações em que pode haver algum conflito com o paciente ou acompanhante, demonstrando também que a expressão das emoções tende a ser dissimulada para não comprometer o desenvolvimento da atividade, nem pôr em risco o seu trabalho, uma vez que as manifestações dos pacientes tendem a ser vistas como de maior

relevância e há o entendimento de que cabe aos trabalhadores serem tolerantes, mesmo diante de fatos indesejados e incômodos, conforme aponta Soares (2012):

*Se me falar uma coisa e eu responder e ele responder alterado, eu, na hora eu saio, vou lá chamo o enfermeiro, levo no quarto e falo “Ele quer conversar com você.” E dou as costas, não fico para discutir com ninguém.*

***E como você fica nisso?***

*Eu saí com raiva, com muita raiva, com vontade de xingar, xingar.... mas eu não.....Saio e depois eu volto normal. Eu botei na minha cabeça que eu não tenho que perder tempo com isso. Que eu nunca vou ter razão porque ele sempre vai ter razão, então, não adianta eu discutir (Telma).*

Esses relatos apontam que, para além da técnica, o cuidar convoca a potência afetiva do corpo de quem trabalha, marcando a dimensão relacional e emocional do cuidado, que são aspectos construídos social e coletivamente na/e pela profissão, como discutido por Soares (2012) e Molinier (2008). Para Molinier (2008, p. 07) “o relacional se define muito mais facilmente na esfera do não-trabalho que, propriamente, na do trabalho”, e talvez por isso seja visto como não prioritário frente a outras demandas mais valorizadas nos espaços organizacionais ou não reconhecido como fazendo parte do seu trabalho, ainda que esteja presente no dia a dia e seja exigido pelos gestores.

Uma entrevistada, por exemplo, falou da dificuldade em conciliar os procedimentos assistenciais com foco no corpo do paciente e a escuta deles, atividade entendida por ela como importante e um diferencial no seu trabalho, mas que exige tempo e investimento das trabalhadoras, que muitas vezes ficam envolvidas no cumprimento das tarefas prescritas para que sejam concluídas até o final do seu plantão, como mencionado:

*Assim, eu procuro fazer o melhor que eu posso. Eu procuro fazer um curativo bem direitinho, essas coisas. Dar um banho direito, ouvir, né, quando eles falam. Presto atenção, mas, às vezes, não dá. Às vezes é muito corrido, você tem horário para acabar o seu trabalho. O nosso trabalho não é assim, de entrar na enfermaria e ficar ouvindo os outros falar, falar, falar. Você tem que agir, ouvir, responder, mas suas mãos têm que estar ali (faz movimentos rápidos com as mãos). E, às vezes, é assim...Tem uma enfermaria ali, quatro pacientes pra eu olhar. Se eu entrar em uma enfermaria e ficar “ah fulano, conta a sua história”, vou me ferrar (Joana).*

Segundo as entrevistadas, para a realização desse trabalho junto aos pacientes, a equipe se organizava da seguinte forma antes da pandemia:

diariamente, o enfermeiro definia qual o local de atuação dos auxiliares e técnicos de enfermagem do setor, de forma que alguns trabalhadores ficavam responsáveis por, individualmente, prestar “os cuidados”<sup>35</sup>, e outros ficavam responsáveis pela administração de medicações nos pacientes. Os trabalhadores que assumiam a parte “dos cuidados” eram responsáveis por cerca de sete pacientes e, na ausência de algum trabalhador, assumiam uma quantidade maior. Corroborando com a literatura, as entrevistadas relataram que esse modelo de “cuidados por tarefa” dificultava as interações interpessoais entre o paciente e o trabalhador e gerava uma fragmentação do trabalho por operar dentro de uma lógica centrada na tarefa e não no paciente (PIRES, GELBCKE; MATOS, 2004).

Quando o “quarto está pesado”, termo utilizado por elas para se referir às situações em que a complexidade de cuidados é maior, como, por exemplo, a necessidade de prestar cuidados de higienização aos pacientes mais dependentes (obesos ou com movimentos restritos e/ou pouco colaborativos), geralmente o auxiliar ou técnico de enfermagem responsável pela assistência solicita o auxílio a um par ou o próprio enfermeiro determina a presença de outro trabalhador para a execução do trabalho.

Porém, no dia a dia, nem sempre elas conseguem contar com ajuda, porque nessa lógica de organização, o auxiliar ou técnico de enfermagem se torna responsável, individualmente, pelo resultado do seu trabalho. Assim, quando há intensificação do trabalho, é comum que cada trabalhadora busque dar conta das atividades as quais foram designadas com o objetivo de conseguir finalizar todas as tarefas até o final do plantão.

*[...] às vezes, se a gente tiver sobrecarregada, igual a gente tem os banhos, a gente fica muito cansado, então, a gente não tem ajuda. Mas é que às vezes, às vezes, não é porque você não tem ajuda que você não.... Às vezes os colegas também estão cheios de serviço, é quando o setor está muito pesado, como a gente fala, né!? Quando o setor está muito pesado! Aí a gente sai daqui do plantão, assim.... só moído, café moído...(Dora).*

---

<sup>35</sup> Termo utilizado pela enfermagem para se referir à execução das atividades de cuidado ao paciente que não envolve a administração de medicação.

Como normalmente o trabalho é realizado com pouca possibilidade de compartilhamento e apoio entre os pares, e o ato de cuidar não se concretiza em objetos ou ações técnicas, as contradições existentes no processo de trabalho e o trabalho efetivo dos auxiliares e técnicos de enfermagem ficam pouco visíveis, conforme relatado por alguns autores (TRAESEL;MERLO, 2011; MOLINIER, 2008). Assim, Molinier (2008), a partir dos seus estudos com trabalhadores dessa área, identificou que a eficácia do saber-fazer na enfermagem depende da discrição, ou seja, de encontrar meios de realizar o trabalho sem despertar a atenção de quem será cuidado, de forma a antecipar as solicitações e proporcionar conforto e bem-estar sem esperar, necessariamente, a gratidão. Porém, a própria autora alerta que essa invisibilidade do trabalho realizado traz sérias limitações ao reconhecimento do trabalho e dos esforços que o trabalhador realiza para cumpri-lo, o que pode contribuir para o aumento de seu sofrimento psíquico.

Ainda assim, ao lidarem com os imprevistos, esses trabalhadores buscam solucionar os problemas existentes, e uma das justificativas para essa mobilização é conseguir garantir a assistência aos sujeitos, independente das condições de trabalho, como também foi constatado nos estudos realizados por Azambuja *et al.* (2010).

Antes da pandemia, por exemplo, diante da reduzida quantidade de equipamentos para verificar os sinais vitais do paciente, trabalhadores optaram por adquirir material próprio para realizar algumas atividades que envolvem o cuidado ao paciente, evitando, assim, atraso na sua rotina de trabalho.

*A gente usa mais o nosso material, eu mesma tenho todo o meu material. Eu não uso nada do hospital, assim, de material [...] Termômetro, glicosímetro, aparelho de pressão, oxímetro... tudo é meu. Não uso nada do hospital. Só se na dúvida... "ah, estou com dúvida esse aqui está dando esse valor," aí, a gente usa outra e vai usando os dois, três, pra ter certeza (Telma).*

Apesar de apenas uma entrevistada ter mencionado sobre o uso de material próprio, tivemos ciência que é uma prática comum no hospital, principalmente nas unidades abertas, por serem setores com um número maior de pacientes. Além da insuficiente quantidade de equipamentos frente à demanda, as entrevistadas também se queixaram da má qualidade do produto disponibilizado, um dos fatores que aponta para a precarização das condições de trabalho dessa equipe.

Como a verificação dos sinais vitais é uma das tarefas primordiais da rotina diária dos auxiliares e técnicos de enfermagem, entendemos que ter o próprio material pode ser uma estratégia para que as tarefas sejam cumpridas com maior agilidade e de forma satisfatória para o trabalhador.

Diante do exposto, identificamos que os auxiliares e técnicos de enfermagem realizam um trabalho complexo que não se limita a movimentos físicos e repetitivos para a execução de tarefas delegadas, como é pensado no modelo *taylorista*. As situações de trabalho exigem que, por meio do seu saber, esses trabalhadores precisem analisar, julgar, questionar e tomar decisões frente às imprevisibilidades que surgem na busca por “dar conta” do real do trabalho; assim, precisam preencher as lacunas do que não foi previsto anteriormente (DEJOURS, 2004). Contudo, como o trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem ainda tem pouca visibilidade, há o risco da contribuição e do engajamento deles não serem considerados, fato que, associado a outras questões da organização do trabalho, parece interferir nas relações de cooperação e reconhecimento do trabalho, como será tratado mais adiante.

## **7.2 Núcleo de sentido 02: *“Cada um cuida do seu serviço, cada um cuida do seu serviço porque aí você oferece aquilo que você tem, né? Eu ofereço o meu melhor para o meu paciente”.***

Neste núcleo de sentido serão explicitadas algumas vivências de sofrimento apontadas pelas auxiliares e técnicas de enfermagem, frente à precarização do trabalho, bem como algumas estratégias que parecem ser utilizadas por elas para lidar com esse contexto, que tem se mostrado pouco propício à construção do coletivo de trabalho e contribuído para o individualismo.

As entrevistadas relataram que a rotina de trabalho é cansativa, principalmente por precisarem realizar procedimentos que exigem esforços físicos, como, por exemplo, mobilizar pacientes acamados e/ou obesos que demandam maior força e geram sobrecarga física, como mencionado:

*É cansativo. É cansativo porque o nosso trabalho de técnico e auxiliar é mais braçal, né, pega peso. A gente pega peso, paciente pesado. Vira e mexe, dá banho, sobe, tem um desgaste físico imenso (Joana).*

Ao entrarem em contato direto com o corpo do outro, auxiliares e técnicos de enfermagem realizam um trabalho permeado pelo uso do próprio corpo, como evidenciado por alguns autores, ao discutirem a dimensão corporal no cuidado (BITENCOURT; ANDRADE, 2020; SOARES, 2012; MOLINIER, 2008). Por conta da rotina — que exige movimentos de deslocamento, virar e, até mesmo, carregar pessoas, para que seja possível proporcionar bem-estar e conforto ao paciente —, é comum que esses trabalhadores apresentem lesões musculoesqueléticas que tendem a acarretar problemas nas regiões da coluna, ombros e punhos, conforme evidenciado em alguns estudos (BITENCOURT; ANDRADE, 2020; SILVA *et al.*, 2020). Em relação a isso, as entrevistadas relataram:

*Então, só da gente botar eles pra cima, na cama, porque a gente não pode deixar o pé deles ficar batendo na grade, é um esforço físico tremendo que a gente faz. Então, a coluna.... tem vez que eu deito e “Ai”, a coluna trava, aí você levanta e está travando tudo (Telma).*

*Coluna dói. As mãos não estão normais. Minhas mãos eu não aguento segurar nada, nada, nada. São poucas coisas que eu faço, mas minhas mãos... eu marquei até um médico no final do mês (Telma).*

*As doenças que vêm, é porque, poxa, a gente mexe com coisa pesada, lesiona uma coluna, machuquei perna já, entendeu? Já tive bastante coisas (Rose).*

Geralmente, os auxiliares e técnicos de enfermagem entendem que essas situações são inerentes ao trabalho, portanto, sem possibilidades de mudanças e, por isso, não levam em consideração o cansaço e as dores no momento de executar as atividades. Com relação a essa questão, Molinier (2008) defende que, por ser um trabalho com e pelo corpo, o corpo dos trabalhadores de enfermagem precisa ser anulado para que se torne uma ferramenta eficaz e, sendo assim, o cansaço e o sofrimento devem desaparecer.

*[...] a gente fala assim: “Podia ter mais funcionário, mas será que seria bom? Ah podia ter isso...”. Ah, é complicado, eu queria que melhorasse eu pegar peso, mas como é que você não pega peso? Então, não tem como, tem coisa que.... Não tem coisa da vida que não tem como você melhorar? Tem como você parar de comer? Não tem. Então, tem coisa que pra eu cuidar de uma paciente que é gorda, eu vou ter que dar banho nela, eu vou ter que virar, vou ter que segurar o peso dela, não tem jeito, vou ter que depois levantar ela pra cima. Tem que levantar uma perna e aí, é pesado, mas como que eu vou melhorar isso? Eu não sei. Não tem como. É coisa que a gente tem... alguém tem que fazer (Telma).*

Ao naturalizar a situação e não buscar alternativas para mudá-la, os trabalhadores parecem usar como estratégia defensiva a banalização, como tentativa de amenizar o sofrimento ou de não admitir que ele exista, uma vez que reconhecer os próprios limites implica em se sentir impotente diante desses eventos, como discutido por Machado (2006). Entretanto, enquanto o trabalhador exerce as atividades, o sofrimento não deixa de existir, e pode levá-lo ao adoecimento.

Essa situação tende a se agravar com a ausência de um redimensionamento adequado de recursos humanos na área da enfermagem, comum no HDS, no período anterior à pandemia, implicando um ritmo de trabalho mais acelerado para que todas as demandas fossem atendidas. Além disso, a ausência de algum trabalhador, por motivo de folga, férias e licença, costuma gerar ainda mais acúmulo de atividades e sobrecarga para os trabalhadores que precisam garantir a execução da rotina de enfermagem.

Outro fator importante e abordado algumas vezes nas rodas de conversa com os trabalhadores, realizadas junto ao GTH, em 2019, é o receio que os trabalhadores contratados por designação temporária têm de adoecerem e precisarem se ausentar do trabalho. Isso porque, uma vez afastados para o tratamento da própria saúde, podem aumentar o risco de rescisão de contrato. Inclusive, não é raro que trabalhadores com essa indicação continuem trabalhando, dado que demonstra como a instabilidade de vínculo e a condição de trabalho têm criado vulnerabilidade social e afetado a qualidade de vida do trabalhador que, por insegurança e medo do desemprego, arrisca a própria vida e saúde, como discutido por alguns autores (MACHADO, VIEIRA, OLIVEIRA, 2013; ELIAS; NAVARRO, 2006).

Outro fator que vem produzindo vivência de sofrimento entre os trabalhadores da enfermagem é o acúmulo de vínculos empregatícios, comum na área da saúde, viabilizado pelo regime de turnos e plantões. Os trabalhadores assumem atividades no mesmo local ou em diferentes locais e ficam 12 horas, 24 horas, 36 horas ou mais envolvidos com o trabalho e, segundo as entrevistadas, essa é uma maneira encontrada para a obtenção de uma renda mais satisfatória, visto que os salários são muito baixos.

*Por causa do salário baixo você tem que trabalhar em dois turnos se você quiser ter alguma coisa, né, ou ter uma vida mais ou menos confortável, e você acaba adoecendo também por causa disso, então você não tem uma vida própria (Rose).*

*Tem colega que tem três empregos, tem colega que tem dois empregos, você vê nos olhos deles que eles estão forçando para aguentar (Sabrina).*

*[...] às vezes tem que trabalhar 12, 24, 36 horas, e aí a gente não tem tempo para a gente. Não tem muito tempo para passear, a gente não tem tempo para ir à igreja, a gente não tem tempo ... (Rose).*

*Se o salário aumentasse e a gente tivesse um salário melhor, às vezes, não precisaria ter dois empregos, a sobrecarga, descansariamos mais, vinha trabalhar mais satisfeito porque ia sair de casa descansado para trabalhar, não ia vir de outro trabalho para cá (Carmen).*

Com a extensa carga horária de trabalho, é comum as trabalhadoras passarem dias sem retornar para casa, sem ver seus familiares e sem conseguirem ter algum descanso, o que torna maior a chance de prejuízos nas condições de saúde e de interferências na vida familiar e social delas, como também foi verificado a partir das discussões nas rodas de conversa com as equipes de saúde. Segundo o relato das entrevistadas, esses fatores ficam ainda mais evidentes quando executam o trabalho no período noturno.

*[...] As pessoas da enfermagem envelhece mais rápido, trabalhar de noite desgasta muito, você muda seu metabolismo, né, seu sono, às vezes, fica irregular. A gente dorme no horário que der, entendeu? Tipo, assim, sobrou uma brecha para você dormir, você dorme (Joana).*

*[...] eu que faço 24 horas acho mais desgastante essa rotina, de trabalho à noite, quando dá a gente descansa umas 2 horas, aí depois tem que pegar ônibus, vir para cá, depois né... Mas eu acho que como qualquer outro trabalho, é desgastante (Maria).*

Mesmo cientes dos prejuízos que o trabalho noturno pode acarretar, raramente algum trabalhador desse turno solicita a transferência para o turno do dia. Além disso, sempre há um grande interesse dos trabalhadores do diurno em conseguir vaga para o horário noturno, provavelmente porque é garantido o incremento do adicional noturno e um horário de descanso previsto em lei, além do ritmo de trabalho geralmente ser menos intenso nesse horário, quando comparado ao trabalho do dia.

Notamos, durante as intervenções realizadas com o grupo de trabalhadores nas rodas de conversa, que o compartilhamento das vivências de sofrimento com os

pares em um espaço coletivo de fala foi importante para que pudessem perceber não serem os únicos a sofrer com as questões do trabalho, criando possibilidade de tomarem consciência do sofrimento, pensarem e buscarem estratégias para transformar a organização do trabalho, apesar de ainda estarem focados em fazer reclamações, como é comum nas primeiras oportunidades de integração em espaços que privilegiem o debate dessas questões.

Porém, ao longo desses anos de trabalho no HDS, identificamos que há pouco espaço ou interesse de discussão coletiva das questões que afligem a equipe, apesar de uma entrevistada ter apontado que antes da pandemia ocorriam reuniões de equipe. Essa é uma questão que interfere na cooperação e nas mudanças da organização do trabalho e, associada a inúmeros fatores do contexto de trabalho, parece contribuir para posturas individualistas, como mencionado pelas entrevistadas:

*Cada um cuida do seu serviço, cada um cuida do seu serviço porque aí você oferece aquilo que você tem, né? Eu ofereço o meu melhor para o meu paciente (Dora).*

*Tem colega, assim, que não gosta de ajudar, mas ele tem que entender, né?! Hoje eu tô com um difícil, né, amanhã ele, né. Se você quer que eu te ajude, você tem que ajudar, né?! (Telma).*

*Porque lá no setor, igual no caso, horário de almoço. Vai uma galera e fica outra lá no posto. Às vezes tem um paciente da minha colega que está lá, aí vem e chama, aí eu já ouvi colega falar assim, "paciente não é meu". Eu falo assim, "gente, aqui ninguém é dono de paciente, não. Os pacientes são todos nossos". Aí, assim, tem aquela equipe que só visualiza e fica parada, e aquela equipe que age e não fala nada para não ter conflito, você entendeu? (Sabrina).*

*Infelizmente, a gente tem pessoas individualistas no nosso ambiente de trabalho, que trabalham sozinho, que só pensa nela, realmente tem, não vou negar. Mas quando a equipe trabalha em União, o trabalho é muito mais bem desenvolvido (Carmen).*

De acordo com o relato das trabalhadoras, não contar com a colaboração dos pares gera interferências na divisão de tarefas, na carga de trabalho e no enfrentamento dos desafios da profissão.

*Porque eu acho, assim, uma equipe que trabalha unida, parceria, eu acho que o trabalho rende mais, sabe? Até questão de tratamento do paciente, né. Eu acho, assim, que dentro do local de trabalho, tem que ter mais harmonia, mais união, mais diálogo. Eu acho que, se tiver mais tudo isso, acho que tudo flui melhor, entendeu? (Camila).*

*Nosso trabalho de enfermagem é em conjunto, né, nós não trabalhamos com máquinas, né?! Então, eu não posso ser responsável sozinha por um paciente, entendeu, não posso chegar para o meu colega e dizer “não preciso de você”, não posso. Tenho que ter responsabilidade e saber reconhecer que todos aqui dentro têm seu devido valor, né, agora os problemas particulares a gente tem que deixar fora disso (Telma).*

Além das questões já mencionadas que podem contribuir para vivências de sofrimento no trabalho e para que esses trabalhadores fiquem focados na execução das tarefas realizadas individualmente, a rotatividade dos membros da equipe<sup>36</sup> também parece ser um fator que interfere na formação de um coletivo de trabalho, ou seja, no interesse dos auxiliares e técnicos de enfermagem em trabalharem juntos e superarem, coletivamente, as contradições do trabalho, como explica Dejourns (2004). Com relação às frequentes mudanças na composição da equipe de trabalho, as entrevistadas relataram:

*Porque a equipe de enfermagem não é a mesma, entendeu? Então aqui, né, são várias pessoas que saíram, vários que entraram, entendeu, aí não tem o que falar... Essa equipe de hoje é outra, seis meses passado era outra, o ano passado era outra, entendeu? (Rose).*

*Nem sempre você tem a mesma equipe, porque ou gera de acabar contrato ou a pessoa pega e sai. Então, você nunca pode contar que é a equipe. Entendeu? (Dora).*

*[...] você vê que vai dar certo, que tudo entrou nos eixos, que está tudo equilibrado pra funcionar junto, né, aí muda de equipe, aí chega um que trabalha diferente (Telma).*

*[...] desde quando eu entrei, já teve equipes boas, mais unidas. Já teve equipes mais desunidas. Já tem equipe com mais coisas de problemas, né... Mas a gente vai tentando levar para não atrapalhar o trabalho (Rose).*

Dessa forma, a entrada e saída constante de trabalhadores da equipe podem gerar dificuldades de relacionamento, pois exigem um processo de adaptação e enfrentamento das divergências pessoais e profissionais, até que laços de cumplicidade sejam criados, conforme menciona Azambuja *et al.* (2010):

---

<sup>36</sup> Como os contratos de trabalho temporário duram até dois anos, quando os trabalhadores são aprovados em processos seletivos consecutivos, eles conseguem permanecer durante um período mais longo no HDS, como as entrevistadas que estão há, pelo menos, três anos.

Na convivência diária, os trabalhadores vão se conhecendo, mostrando seus limites e suas capacidades. Criam cumplicidades que são entendidas no olhar, em um gesto, no silêncio. Cumplicidades que sustentam a vivência de determinadas situações consideradas difíceis de experienciar (AZAMBUJA *et al.*, 2010, p. 663).

A convivência entre os pares é importante para que os trabalhadores estabeleçam relações de confiança recíproca, necessárias para a livre expressão de suas opiniões, crenças, desejos, valores, posições ideológicas e experiência técnica, e possam demonstrar o desejo de cooperar. Ou seja, a confiança não se baseia apenas em questões afetivas, mas também nos requisitos éticos e está assentada na visibilidade dos ajustes singulares frente às insuficiências e às contradições da organização do trabalho (MENDES, 1995).

Assim, a constante rotatividade de trabalhadores — cada vez mais comum no serviço público, devido à falta de concursos públicos — também pode não permitir que o tempo de convivência entre eles seja suficiente para o estabelecimento de relações de confiança, levando-os a enfrentar a desconfiança e a suspeita, fatores que interferem na qualidade e segurança do trabalho e também nas relações de cooperação, tão importantes para a criação de acordos e regras de trabalho, de acordo com Dejourns (2004). Além disso, a própria divisão rígida do trabalho, a ausência de espaços coletivos de fala para a expressão do sofrimento e a pouca visibilidade do trabalho parecem favorecer a lógica do “cada um por si”.

Como a cooperação não pode ser prescrita previamente, a ausência dela acarreta fragilização da integração e da coesão do grupo e, nesses casos, as ações individuais são vistas como arbitrárias por não serem legitimadas e respaldadas pelo coletivo e contribuírem para o surgimento de confrontos, comparações e discussões entre os membros da equipe, conforme identificado por Giannini *et al.* (2019).

Sem entender as atitudes dos pares, vistas como individualistas, e por, geralmente, associá-las a características pessoais, a tendência é que surjam queixas e críticas ao comportamento e ao trabalho realizado pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, propiciando a ocorrência de conflitos e a sobrecarga de quem faz o serviço adequadamente.

*[...] o técnico que gosta do seu serviço correto, não vai deixar o serviço do outro colega, assim, a desejar, porque o colega não fez, você entendeu? [...]*

*Aí o que acontece, o colega que trabalhava certinho, trabalhava duas vezes mais, você entendeu? (Sabrina).*

Quando questionadas sobre as estratégias utilizadas para lidar com os conflitos entre as equipes, algumas relataram que o diálogo é uma alternativa, mas identificamos que as trabalhadoras não buscam enfrentar as adversidades de forma coletiva, como relatado anteriormente. Falas como “Finge que não está vendo.” (Maria), para se referirem à postura adotada mediante a existência de conflitos, bem como as descritas abaixo, dão esse sentido.

*Ah, com relação aos conflitos, eu tentei mudar a minha postura, porque os outros a gente não muda, né, antes eu achava que eu poderia mudar, interferir, mas aí eu descobri que quem tem que mudar é a gente, né, então em relação aos conflitos eu mudei foi a minha postura (Joana).*

*É claro que têm aqueles coleguinhas, assim, que a gente às vezes torce a cara para ele, né, e deixa para lá, ou você não conversa, é bom dia e pronto, né? Dane-se lá no quarto dele (risos). Mas assim, discutir, em termos de discussão, isso aí não tem... (Camila).*

Dessa forma, as questões continuam sendo tratadas como se fossem de ordem individual e não como questões da condição e da organização do trabalho que precisam ser mudadas. Assim, as estratégias que estão sendo adotadas pelos trabalhadores para lidar com o contexto de trabalho podem levar à perpetuação das situações geradoras de sofrimento por não permitirem que ele seja transformado, possa fazer sentido e seja revertido em prazer.

**7.3 Núcleo de sentido 03: “Eu, assim, a dor do outro me traz aquela dor... eu sinto a dor que ele tá sentindo, porque eu fico imaginando se fosse um parente... porque é uma dor muito grande perder alguém que a gente ama, alguém querido, eu sei lá, é complicado.”**

Neste núcleo de sentido, discutiremos sobre as dificuldades vivenciadas pelas trabalhadoras ao lidar com o sofrimento do outro.

O convívio com a dor e o sofrimento dos pacientes sob cuidados paliativos e dos familiares deles, assim como a piora do quadro clínico ou o óbito dos pacientes, são apresentados como as situações mais difíceis de serem vividas no trabalho da

enfermagem. A maioria das entrevistadas relatou que são momentos que geram desconforto, porque sofrem ao ver a condição dos pacientes e familiares.

*[...] às vezes, paciente paliativo que fica com a gente, eu acho assim, uma parte muito sofredora, sabe? Aí a gente toma às vezes aquilo para a gente também, porque assim, você tem uma paciente ali, quadro paliativo. Assim, eu sei que é a hora que Deus dá a chegada, mas você fica ali compartilhando, assim, com aquele paciente, sabe? Eu acho essa parte muito desgastante para a gente, essa parte do paciente paliativo (Camila).*

*Eu, assim, a dor do outro me traz aquela dor... eu sinto a dor que ele tá sentindo, porque eu fico imaginando se fosse um parente... porque é uma dor muito grande perder alguém que a gente ama, alguém querido, eu sei lá, é complicado (Carmen).*

Nesses casos em que o trabalhador se depara com as poucas chances de sobrevivência do paciente, ele se confronta com a sua própria finitude e, então, pode surgir o sentimento de impotência, principalmente quando o significado do sofrimento e da morte não é bem definido para eles, como explica Beck (2000). Algumas entrevistadas falaram de forma mais detalhada como é essa experiência.

*Eu sei que a gente é preparado para isso, assistir o paciente no leito ali, né. Mas eu acho assim, uma parte muito sofrida, sabe? Você tem que ter, assim, um emocional... Tem gente que chora [...] um equilíbrio mental bem tranquilo, assim, sabe. Eu mesma já chorei diante do leito do paciente. Porque, assim, eu via e pensava, meu pai e minha mãe velhinho, a hora deles... É triste, tá? (Camila).*

Elas relataram, ainda, que essas vivências com o sofrimento do paciente podem acarretar risco de sofrimento e adoecimento mental, quando “Você toma aquilo pra você”, no sentido de se envolverem com o sofrimento do paciente sem criar um distanciamento do afeto no trabalho ou sem focar nas atividades técnicas que devem realizar.

Para algumas trabalhadoras, isso é visto como ter “controle do psicológico” ou “controle mental” para conseguir lidar com as situações. Entendem que esse controle tem que ser aprendido para que possam dar conta de realizar as atividades, de forma a não serem afetadas pelas dificuldades e sofrimentos advindos do trabalho.

*Eu acho que a enfermagem, no modo geral, se a pessoa não se cuidar, ela fica doente. Porque a pessoa lida...tem muita gente que envolve o emocional, não separa. No começo da profissão, eu também senti isso.*

*Você se envolve muito com a pessoa, aí você acaba levando aquele sofrimento... Eu aprendi algo que eu tenho de problema em casa eu não trago para o trabalho e o que eu tenho no trabalho, eu não levo pra casa. Largo aqui (Dora).*

*Tipo, assim, é triste você ver a pessoa morrer, mas chega uma hora que você acostuma. Não deveria, mas pra gente, a gente vê natural. Quando é idoso, a gente vê natural, quando não é, a gente está tão acostumado que você também vê como natural. E eu tento não sofrer, porque se não a gente não vive, né, senão você não vive se ficar pensando, pensando, pensando (Telma).*

*Assim, eu decidi ter dois empregos, então, eu decidi outra coisa, além de tudo. Que cada coisa fica no seu lugar, aqui no Dório fica aqui, no outro fica lá, da minha casa fica na minha casa. Então, eu não deixo nada me atormentar. Não deixo nada, assim, aqui, eu tô aqui, eu tô pensando só no Dório e não consigo pensar em outra coisa. Eu vou para o meu outro serviço eu esqueço o Dório, esqueço meus filhos em casa, e eu cheguei em casa, eu nem lembro que eu trabalho. A última coisa que eu quero ver é trabalho (Telma).*

*Eu sempre tive na minha mente de não deixar me envolver com outras coisas, assim, relacionado ao trabalho. Tô em casa, não, tenho que parar de pensar, foco, eu tenho outras coisas pra fazer. Então, eu mesma, eu sempre cobre de mim... Isso, sempre, sempre cobre de mim.... Isso é uma questão muito pessoal, da pessoa, não é fácil, mas a pessoa.... Não é fácil, mas se ela quiser não ficar doente, e ela quiser ser bem fora do trabalho, ela tem que saber separar as coisas (Dora).*

Considerando que para a PDT não existe o “dentro-do-trabalho” e o “fora-do-trabalho”, uma vez que o funcionamento psíquico não é divisível, essa estratégia relatada pelas trabalhadoras sugere o uso de mecanismos de defesa que levam à diminuição da percepção que o trabalhador tem do sofrimento, disfarçando-o, mas não o impedindo de existir (DEJOURS, 1992). Nessas circunstâncias, o não pensar nas situações vivenciadas demanda das trabalhadoras um esforço psíquico em focar sua atenção para outras situações e, assim, esquivarem-se de compreender os sentimentos despertados ao lidar com a realidade de trabalho e com a expressão deles. Esse processo, no entanto, não permite que o sofrimento se torne significativo o suficiente para fazer sentido e, assim, pode acarretar distúrbios de ordem física e psíquica no trabalhador, caso ocasione tensão no aparelho psíquico e gere sentimentos de desprazer e tensão.

#### **7.4 Núcleo de sentido 04: “Porque se a gente ficar buscando aprovação dos outros, você acaba se frustrando, sabe?”**

Neste núcleo de sentido discutiremos que, no contexto hospitalar apresentado pelas trabalhadoras, o reconhecimento do trabalho fica limitado porque as formas de expressão encontram importantes barreiras para que o sofrimento no trabalho seja transformado em prazer e realização.

De acordo com Dejours (2004), o sentir-se reconhecido no trabalho produz sentido ao sofrimento vivenciado e promove a realização, constituindo-se como um fator importante para a construção da identidade do sujeito e para a produção de prazer e saúde do trabalhador. O reconhecimento do trabalho passa pelo reconhecimento da contribuição do sujeito a essa organização, frente às falhas do trabalho prescrito e à falta de recursos para operacionalizar o processo, além da gratidão, percebida pelo trabalhador, pelos seus esforços em contribuir para a organização do trabalho. Lancamn e Jardim (2004, p. 87) indicam que “a visibilidade do trabalho realizado é uma condição necessária aos processos de reconhecimento no trabalho”.

Por intermédio das entrevistas, foi possível constatar que o reconhecimento do trabalho realizado entre os próprios auxiliares e técnicos de enfermagem fica comprometido. Algumas entrevistadas disseram que os pares compreendem a importância do trabalho e os desafios enfrentados por elas; no entanto, isso não pode ser caracterizado como julgamento de beleza, proposto por Dejours (2004), que se refere à retribuição simbólica ou moral conferida aos trabalhadores pela constatação da contribuição individual deles para o trabalho.

*Eu acho que pelos colegas sim, porque [...] estão no mesmo barco que a gente, né. Eu acho que alguns reconhecem, outros não (Maria).*

*A gente está aqui, a gente sabe do dia a dia como é difícil tanto para um como para o outro, né. Mesmo aqueles que gostam de morcegar a gente sabe que é um trabalho que é braçal, é cansativo. Além de braçal, tem o mental, tem as medicações que a gente não pode errar, tem essas coisas tudo (Telma).*

Apesar do julgamento dos pares ser apontado como o mais importante e também como o mais crítico e severo — por ser realizado por quem conhece a fundo

o trabalho e pode avaliar aspectos que geralmente não estão visíveis aos leigos, conforme defende Lancman e Uchida (2003) —, durante a pesquisa, verificamos que algumas entrevistadas relataram não se importarem com a opinião dos colegas.

*Acho que a gente mesmo que tem que se valorizar. Entendeu? Porque se a gente ficar buscando aprovação dos outros, você acaba se frustrando, sabe? (Joana).*

*Assim, pode não ser reconhecido por eles. Sendo reconhecido por mim, está ótimo! (risos) Porque eu acho difícil, né, um colega assim “nossa, você está de parabéns, com o seu trabalho, como você faz”, um colega que está fazendo a mesma coisa... Difícilmente você ia receber um elogio assim de um colega (Camila).*

Podemos suspeitar, a partir dos trechos acima, que a pouca importância dada ao julgamento dos pares pode ser um mecanismo de defesa para que possam continuar exercendo sua atividade sem adoecerem, visto que o contexto não é favorável à visibilidade do trabalho nem à possibilidade de pertencimento ao coletivo, que são importantes condições para a dinâmica do reconhecimento. Além disso, em alguns momentos, percebemos que as próprias trabalhadoras parecem não valorizar as atividades executadas por elas e pelas demais auxiliares e técnicas de enfermagem, por ser um trabalho manual, que é desvalorizado em relação ao trabalho intelectual, mas que envolve o engajamento da inteligência delas para que a tarefa seja realizada.

Os relatos a respeito do reconhecimento de si mesmo também foram identificados nos estudos de Traesel e Merlo (2009), realizados com trabalhadores da enfermagem. Para os autores, essa é uma questão que tem relação com a tentativa do trabalhador para cumprir a demanda contemporânea de dar conta de si, o que necessita ser objeto de estudo no que tange, principalmente, aos efeitos sobre a subjetividade e a saúde mental, visto que, para a PDT, o reconhecimento do trabalho precisa vir do outro para que seja mediador da transformação do sofrimento no trabalho.

Com relação ao reconhecimento do trabalho pela hierarquia superior, a maioria das entrevistadas entende que este ocorre. Entretanto, apenas uma demonstrou sentir-se retribuída pela sua contribuição à organização do trabalho.

*Ah, isso é um valor pra nossa profissão, saber que a gente tem um valor do nosso coordenador, reconhecimento..... porque não é só o dinheiro, você*

*saber que você trabalha numa profissão durante tantos anos e você ter o reconhecimento do coordenador, da sua chefia.... Ah, isso faz com que, mostra que você tá no caminho certo, que você tá zelando pela sua profissão, que tá valendo a pena o que você está fazendo no seu trabalho. Isso mostra que você não precisa de mudar, né!? Que você tem que continuar.... com certeza crescer, né!? A gente, sempre, da enfermagem tem muita coisa pra poder aprender. Mas pelo menos você sabe que você está trilhando o caminho certo (Dora).*

No entendimento de duas trabalhadoras, o fato do chefe imediato não se queixar do trabalho prestado por elas é um indicativo de que há satisfação por parte dele, dos administradores do hospital e dos usuários, mesmo não havendo a manifestação expressa de elogios.

*Olha, eles não chegam a precisar do paciente elogiar. Só o fato de não ter reclamação, eles já sabem quem é que zela pelo serviço. Quando a gente começa a cobrar dele alguma coisa, ele sabe que a gente tá querendo o melhor para o paciente. Então, isso faz muita diferença. A gente sabe que ele tem o reconhecimento do nosso trabalho (Dora).*

*A única coisa que eles querem é que os pacientes e os acompanhantes sejam bem atendidos, e não apareçam os tipos de queixas, e assim, que a gente não possa resolver, você entendeu? (Sabrina).*

Podemos supor que, quando tudo funciona dentro da normalidade, as contradições existentes no processo de trabalho não são visíveis para o chefe imediato que, provavelmente, tem dificuldade para conseguir julgar o trabalho e reconhecer os esforços do trabalhador ou não são valorizadas porque ele pode considerar que o bom desempenho é apenas uma mera obrigação. No entanto, parece que, nos momentos em que surgem queixas sobre o trabalho, essas se tornam visíveis, o que tende a gerar uma manifestação do gestor do setor.

Quanto aos usuários, a maioria das entrevistadas sente que o seu trabalho é valorizado e reconhecido quando os pacientes e familiares/acompanhantes expressam atitudes de agradecimento e manifestam elogios.

*[...] todas as enfermarias que eu fico, os pacientes e os acompanhantes não querem nem que eu saia da enfermaria. Eu falei: "Gente, eu sei que gosto muito de cuidar de vocês, eu gosto muito do meu trabalho, mas, assim, eu tenho que descansar um pouquinho de vocês. Não é que eu vou fugir daqui da enfermaria, eu sempre vou vir ver vocês" "Não, mas eu quero você aqui, porque você é muito atenciosa, muito atenta, você sabe cuidar da gente como ser humano, e você explica as coisas quando está indo tudo bem, tudo certinho, tudo o que a gente pede você tem uma resposta na hora". Eu falo: "Muito obrigada" (risos) (Sabrina).*

*A gente fica satisfeito de ver que o paciente saiu satisfeito com aquilo, sabe? Às vezes volta, traz até “brindezinhos” para a gente, sabe, para agradecer... Tem paciente que quando tem alta, fica tão triste que até chora! Porque né, “ah, eu vou deixar vocês, não vou encontrar vocês”, e a gente passa número de telefone. Mas assim, é muito satisfatório isso aí, sabe? É uma coisa assim... Você ouvir e que faz bem para o ego da gente, você saber que você cuidou da pessoa, que a pessoa gostou do seu trabalho, sabe? (Camila).*

A satisfação com o trabalho surge quando percebem que, ao cumprir a rotina de enfermagem, estão contribuindo para a melhora deles, sendo essa a maior gratificação dos auxiliares e técnicos de enfermagem, como identificado em outros estudos (ELIAS; NAVARRO, 2006; AZAMBUJA, 2010) e demonstrado nos trechos abaixo:

*Vou falar pra você, acho que a parte mais gratificante, assim, na nossa vida, desde que entrei na enfermagem é quando você pode ajudar alguém, assim, salvar uma vida, você vê que você fez o melhor para a pessoa, que aquela pessoa não foi a óbito. Você e a equipe se juntou ali, e a galera toda trabalhando melhor e no final deu certo, acho que isso é gratificante para qualquer um como ser humano (Carmen)*

*Quando você vê o paciente muito mal e ele vai embora, assim, né, bem. Ele chegou no estado bem crítico, mas você vê a melhora dele, assim, você vê, né, que ele tá se recuperando, aí, isso é muito bom. Você vê que seu trabalho está dando certo, que você está ajudando o outro também. Só o fato de você estar podendo ajudar o outro, eu acho que já é uma grande motivação (Telma).*

Assim, ao se perceberem contribuindo para a realização do cuidado aos pacientes, os auxiliares e técnicos de enfermagem têm a oportunidade da realização pessoal pelo trabalho, visto que, mesmo o reconhecimento sendo em relação ao trabalho e não à pessoa, “[...] a retribuição simbólica conferida por reconhecimento pode ganhar sentido em relação às expectativas subjetivas e à realização de si mesmo.” (DEJOURS, 2004, p. 75). Mas é importante dizer que, para que haja sucesso na dinâmica de reconhecimento, é importante que os julgamentos de beleza e de utilidade sejam os mais uniformes possíveis (MOLINIER, 2013, apud GIANNINI *et al.*, 2019).

A partir da realidade apresentada pelas entrevistadas, verificamos que a organização do trabalho não é favorável ao reconhecimento por parte dos pares e gestores com relação ao trabalho realizado pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, fato que deveria ser visto com atenção, uma vez que a falta de

reconhecimento gera vivências de desvalorização, favorece ainda mais o individualismo e a desmobilização desses trabalhadores, que já apresentam limitações para superarem as contradições do trabalho coletivamente. Além disso, o não reconhecimento pode comprometer a identidade no trabalho e contribuir para o processo de adoecimento e sofrimento mental (DEJOURS, 2004).

Algumas entrevistadas também enfatizaram que o trabalho da enfermagem ainda é desvalorizado quando comparado aos outros profissionais de saúde. Uma delas exemplificou dizendo:

*Igual, nesse dia, a acompanhante, “nossa, essa doutora é maravilhosa”. Porque ela abraça, ela beija o paciente, ela debruça na cama, ela é uma maravilha. “Nossa, mas ela é maravilhosa, né?”. Eu falei, “é, ela é muito maravilhosa, com vocês. Com a gente não. Você viu ela dirigindo a palavra a mim? Ela ficou quanto tempo aqui? Ela ficou 10 minutos. Eu estou desde 7h00 aqui, já é 10h00 e eu não saí do quarto cuidando de vocês”. Não foi bonito o que eu fiz, mas tem hora que você tem que dar o grito, você tem que mostrar como as coisas são. O acompanhante não tem essa percepção das coisas, entendeu? Eles têm que ver que a gente é importante também, que quem está ali é nós (sic), o dia todo com eles. Quando eles estão passando mal, eles não falam “Médico! Médico!”, eles falam “Enfermeira! Enfermeira!”. Eles não chamam médico. Eles chamam enfermeira, para a enfermeira chamar o médico, entendeu? (Maria).*

Essa é uma situação que parece ter relação com a própria história da enfermagem e com a divisão sistemática do trabalho em saúde, em que determinadas profissões são mais valorizadas e reconhecidas que outras. Pois mesmo que os auxiliares e técnicos de enfermagem sejam os responsáveis pelo cuidado dos pacientes por período integral, durante as 24 horas, do ponto de vista organizacional, estão subordinados à autoridade do poder médico que, via de regra, é visto como detentor do saber, responsável pela cura e, por isso, mais valorizado e prestigiado pelo trabalho, uma vez que as práticas de cuidados cotidianos ainda são vistas como desqualificadas e subalternas, de acordo com os estudos de Cecílio (1999) e Lunardi Filho (1998).

*Aí o acompanhante elogia, “nossa, você é muito boa”. Aí o paciente tem alta, ele te dá uma caixa de bombom para dividir com a equipe e dá a camisa da Lacoste para o médico (risos). Você está entendendo como a gente é visto? Não é o presente... Não é a caixa de bombom, é o que a gente representa para essas pessoas. Entendeu? (Maria).*

Para Lunardi Filho (1998), essa questão ocorre também porque ainda existe o entendimento de que o trabalho da enfermagem não demanda um conhecimento técnico-científico.

Predominantemente, o que diz respeito aos cuidados cotidianos de manutenção e promoção da vida é visto desprovido de supertecnicidade que confere prestígio e valorização. Tais cuidados são vistos como não mobilizadores de qualquer competência particular, pelo hipotecnismo e, até mesmo pela ausência de “mistério” que os caracterizam. Sua execução parece tornar-se dependente, basicamente, da consciência do profissional, como se deprovida de um saber que lhe dê sustentação (LUNARDI FILHO, 1998, p. 99).

Além disso, o trabalho da enfermagem, muitas vezes, ainda é associado à caridade, bondade e assistência piedosa e, com isso, o discurso do “trabalho da enfermagem por amor” toma força entre os trabalhadores da área, apesar de ser uma questão mencionada e criticada por algumas entrevistadas que questionam o entendimento de que o trabalho realizado se contrapõe à necessidade de uma renda financeira.

*Esse negócio que você vem trabalhar por amor, por amor... tem gente que fala isso. Então, vem trabalhar de graça! Fica aí sem dormir na sua casa, sem tomar um banho direito, comendo essas comidas que, às vezes, não é (sic) muito boa. Vem trabalhar de graça! Você tá vendo alguém trabalhar de graça aí? (Joana).*

*Eu tenho uma teoria que eu falo o seguinte: eu odeio a frase “Enfermagem por amor”. Não gosto dessa frase. Eu faço o que eu gosto. Eu faço o que eu me propus, entendeu? Você não vê: “Advocacia por amor”, “Medicina por amor”, “Engenharia por amor”. Todo mundo faz o que gosta e que tem rentabilidade financeira para ele, né. Nosso salário é defasado, nós somos humilhados e escoraçados por alguns médicos que veem a gente como apenas pessoas que limpam cocô e xixi, não dão credibilidade àquilo que a gente fala, que a gente conhece [...] Eu acho que “Enfermagem por amor”, você fala com as meninas, é quando você pega sua mochilinha e vai trabalhar lá na Ásia, na África, de graça. Isso é “Enfermagem por amor”. Eu trabalho porque eu preciso do meu salário do final do mês, né. Eu tenho minhas responsabilidades como mãe e pai de família. Mas eu venho trabalhar no lugar onde eu gosto (Maria).*

*[...] eu gosto de trabalhar aqui, que é diferente de falar que eu venho aqui trabalhar por amor. Eu faço o que eu gosto, eu respeito as pessoas que estão aqui, que dependem de mim, né, e eu acho bonita a minha profissão. Agora, falar que é “Enfermagem por amor”, não (Maria).*

Para Gonzáles (2001), a ideia do “amor pela enfermagem” tem relação com a história da profissão, que carrega a ideia de subalternidade. Para a autora, essa abnegação torna-se um entrave para que os trabalhadores da enfermagem possam mostrar o seu valor, mudar sua atitude em relação ao trabalho e lutar pelos seus direitos.

Para Traesel e Merlo (2011, p. 47), a ideia da “profissão por amor” também pode ser entendida como um mecanismo de defesa usado para evitar o enfrentamento dos problemas relativos à profissão. Para os autores, “desprender-se deste perfil e do apego à ‘profissão-missão’ propiciaria um caminho para desalienação rumo à conquista de direitos enquanto profissional”.

Para Machado (2006), ainda existem muitos conflitos com o trabalho de cuidar, vinculado, muitas vezes, à ideia de dedicação e afeto, ser mediado pelo salário, mas, para as entrevistadas, essa questão não surge como um problema.

Além de discutirem a importância do aumento salarial para todas as categorias da enfermagem<sup>37</sup>, o salário no final do mês foi apontado como um fator de satisfação no trabalho, visto que a remuneração paga pela SESA aos auxiliares e técnicos de enfermagem é maior que a média de outros hospitais da região da Grande Vitória.

*Também tem a questão que a gente trabalha para ganhar, né? Então também é prazeroso você vir trabalhar porque você sabe que no final do mês você vai ter o seu salário, pra você comprar suas coisas, pagar suas coisas (Rose).*

Nesse sentido, entendemos que a ideia do “trabalho da enfermagem por amor” traz uma discussão diferente da promovida por Soares (2002), de que todo trabalho de cuidado, inevitavelmente, é permeado pelo amor e envolvimento, que são importantes para o estabelecimento da confiança entre quem cuida e quem é cuidado, mas que não fazem parte do trabalho prescrito e escapam, de certa forma, à mercantilização.

---

<sup>37</sup> O Projeto de Lei 2.564/2020, que estabelece piso salarial para a enfermagem brasileira, está em tramitação e foi aprovado, no final de novembro de 2020, no Senado Federal, mas ainda precisa ser votado na Câmara dos Deputados.

## 8 O ENFRENTAMENTO DA COVID-19: efeitos das estratégias organizacionais no cotidiano do trabalho e do trabalhador

No contexto de precarização das condições e da organização do trabalho no HDS, que contribuiu para a fragilidade das relações de cooperação e de reconhecimento do trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem, surgiu o contexto inédito de uma pandemia.

No Espírito Santo, o primeiro caso de Covid-19 foi anunciado no mês de março de 2020 e, logo, estratégias para reduzir o risco de transmissão da doença foram divulgadas pelo governo estadual<sup>38</sup>, que decretou Estado de Emergência em Saúde Pública, com definição das medidas sanitárias e administrativas para prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos decorrentes do surto de coronavírus (Covid-19) e, em 02 de abril de 2020, declarou o Estado de Calamidade Pública.

Por decisão da administração pública estadual, não houve implantação de hospitais de campanha para a ampliação da capacidade de atendimento da população — como verificado em outros estados brasileiros —, e as estratégias utilizadas foram a contratualização de leitos nos hospitais particulares, a construção de novos leitos em hospitais da rede estadual, além da oferta de condições mínimas para que os hospitais próprios pudessem estruturar-se (equipe, material e insumos) para prestar atendimento à população.

A princípio, foi planejada a segregação de serviços de saúde da rede pública para "*pacientes Covid-19*" e "*não Covid-19*" como uma alternativa para reduzir o risco de disseminação da infecção intra-hospitalar, como ocorreu em outros países (WILLAN *et al.*, 2020). Com isso, em 20 de março de 2020, na primeira readequação das unidades hospitalares à nova realidade, o HDS ficou como um hospital de

---

<sup>38</sup> Em janeiro de 2020, o Centro de Operação de Emergências (COE) foi ativado com o objetivo de gerenciar as ações de prevenção e controle do novo coronavírus e a criação de um Plano Estadual de Prevenção e Controle da Covid-19, que passou por diversas modificações, conforme a situação epidemiológica, contribuindo para a reorganização da rede de saúde estadual e definição dos hospitais de referência para atendimento a casos suspeitos e confirmados. Além disso, o estado também alinhou as condutas das vigilâncias municipais e das ações com a rede de saúde privada, incluindo planos de saúde.

retaguarda para internação dos “*pacientes não Covid-19*”, tornando-se referência para o atendimento de urgência e emergência de casos de trauma, de intoxicação por Paraquat<sup>39</sup> e de acidentes com animais peçonhentos, além de continuar com grande parte dos atendimentos já realizados antes da pandemia. Na região Metropolitana da Grande Vitória, somente o Hospital Estadual Jayme dos Santos Neves (HJSN) ficou como referência para o atendimento de adultos com Covid-19.

Como ocorreu em outros hospitais da rede estadual, o HDS precisou se adequar às determinações dos Decretos, Portarias e Notas Técnicas publicadas, que estabeleceram algumas medidas de distanciamento social, como: a suspensão de visitas aos pacientes; o direito do servidor da saúde do grupo de risco prestar trabalho remoto ou mudar de setor e a suspensão das consultas eletivas<sup>40</sup> e cirurgias eletivas<sup>41</sup>. Além disso, foi definida a necessidade de criação de um Gabinete de Gestão de Crise — enfrentamento ao coronavírus (Covid-19) —, entendido como uma estrutura temporária de análise, decisão e controle, responsável pela gestão plena da situação emergencial.

O Gabinete de Gestão de Crise foi composto pela Direção<sup>42</sup> do HDS e por trabalhadores de diversas formações, cargos e setores para a identificação das necessidades do hospital e a condução de algumas mudanças. Para que as decisões fossem tomadas frente à inexistência de algumas respostas e ao contexto

---

<sup>39</sup> Herbicida de contato amplamente utilizado na agricultura mundial e altamente perigoso para os humanos, caso ingerido (PARAQUAT, 2018).

<sup>40</sup> A suspensão das consultas eletivas, no dia 23 de março de 2020, foi uma das medidas que também sinalizou para as equipes de saúde a gravidade da Covid-19, visto que sempre houve muita cobrança para o pleno funcionamento do Ambulatório do HDS, que é uma referência estadual para o atendimento especializado de pacientes agendados via Sistema de Regulação (SISREG), com uma média de 6.755 atendimentos/mês, conforme os dados do ano 2019.

<sup>41</sup> A suspensão das cirurgias teve como propósito aumentar o distanciamento social, reduzir a exposição das pessoas ao risco de infecção, reduzir a ocupação de leitos (principalmente de UTI) e destinar equipes que atuavam no Ambulatório e Centro Cirúrgico para trabalharem nas Unidades de Internação. Essa estratégia fez com que os trabalhadores assumissem outras atividades na área hospitalar e contribuiu para aumentar o quantitativo de mão de obra para o cuidado com os pacientes internados, como observado em outros países (AYANIAN, 2020; PRADO *et al.*, 2020; BARBOSA *et al.*, 2020).

<sup>42</sup> Em maio, de forma inesperada, a Direção Geral e Administrativa do hospital foi substituída. Foi um momento que gerou certa tensão, porque as mudanças para o enfrentamento da pandemia ainda estavam sendo implementadas e havia o receio de como seria a condução pelos novos gestores. No primeiro momento, as atividades já planejadas foram implementadas e, posteriormente, outras intervenções foram pensadas e executadas numa proposta de gestão mais compartilhada que a anterior.

de risco e de insegurança, os participantes compartilhavam informações, conhecimentos, dúvidas e aprendizagem. Assim, percebemos que esse espaço foi de extrema importância, porque — diferente de outros momentos em que as decisões sobre os trabalhadores, o trabalho e o hospital foram tomadas de forma arbitrária pelos gestores — existiu um exercício de cogestão com maior discussão e apoio entre os membros.

Grande parte das decisões adotadas estava pautada em experiências de outros serviços de saúde e nas experiências divulgadas por outros países. Diante da possibilidade do HDS precisar internar pacientes infectados pelo novo coronavírus, três unidades de internação (uma Unidade de Clínica Médica e duas Unidades de Terapia Intensiva) foram selecionadas para ficarem como coortes de pacientes com Covid-19, caso necessário, e, por isso, passaram por pequenas reformas. Além disso, foram iniciadas as obras para a construção de novas unidades de internação no HDS, custeadas pela SESA: três UTIs, sendo uma delas UTI de isolamento, e uma Unidade de Cuidados Intermediários (UCI), totalizando 65 leitos.

Mesmo sem uma definição sobre o atendimento aos pacientes com Covid-19 e na ausência de um Núcleo de Educação Permanente em Saúde no HDS, a única enfermeira do SCIH iniciou os treinamentos para orientar os trabalhadores das áreas assistenciais sobre a colocação (paramentação) e a retirada (desparamentação) dos EPIs. A expectativa era deixá-los preparados para fazer o uso adequado do EPI, quando necessário, porém apenas um treinamento foi realizado com cada equipe, porque ocorriam nos setores de trabalho e havia a necessidade de envolver trabalhadores das dez unidades de internação e das quatro escalas de trabalho (plantonistas diurnos e noturnos).

Nesses treinamentos, foi comunicado que, se porventura, pacientes suspeitos e confirmados de Covid-19 fossem internados nas UTIs, os trabalhadores deveriam ficar paramentados durante todo o tempo com luvas, gorro, máscara, capote/avental de isolamento descartáveis, óculos de proteção, escudo facial e capas para sapatos, porque a maior parte das camas fica distribuída em uma grande sala e apenas dois leitos eram de isolamento. Além disso, alguns procedimentos com “*paciente Covid-19*” ocasionam a contaminação de todo o ambiente. Dessa forma, os trabalhadores já eram alertados que o uso constante de EPI, por longas horas, poderia levar a restrições em relação à alimentação e ao uso do banheiro. Já, no caso das unidades

abertas, a paramentação completa era necessária apenas durante a permanência do trabalhador no quarto para a assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados para Covid-19.

Com o aumento do número de pessoas infectadas pelo novo coronavírus no Espírito Santo, em 20 de abril de 2020, o HDS passou a ser um serviço referenciado de urgência e emergência para clínica médica (SAMU-192) e para acolhimento aos pacientes graves/potencialmente graves com suspeita e diagnóstico para Covid-19. Assim, o serviço de urgência e emergência de trauma foi fechado, acarretando redução de intervenções cirúrgicas e remanejamento de algumas especialidades médicas cirúrgicas para outros serviços da rede ambulatorial e hospitalar<sup>43</sup>.

Em maio de 2020, com a divulgação das novas adequações para definir o atendimento das Unidades de Atenção Hospitalar durante o Estado de Emergência Pública pelo Covid-19, o HDS também se tornou referência para o atendimento de pacientes com suspeita e confirmação de Covid-19, com necessidade de atendimento clínico em enfermarias.

Para a redução do risco de infecção dos trabalhadores nas interações com os pacientes, foram organizados fluxos de trabalho para o atendimento em período de pandemia. Protocolos clínicos também foram criados para orientar as equipes sobre a conduta nos casos de atendimento de pacientes Covid-19, mas, por conta das constantes mudanças nas orientações de biossegurança e do perfil de atendimento do hospital, muitas decisões foram tomadas sem que as informações fossem compartilhadas com os trabalhadores da linha de frente.

Ou seja, diante do cenário de sobrecarga dos serviços de saúde, em diversos momentos, adequações foram necessárias na rede hospitalar. Diferente do que foi divulgado inicialmente, o HDS tornou-se um dos hospitais da rede estadual responsável pelo atendimento de pessoas com suspeita ou confirmação de infecção pela Covid-19, tanto em unidades abertas quanto em serviços de UTI.

No ano de 2020, a incidência de pessoas internadas com Covid-19 foi maior e, do mês de maio a agosto do mesmo ano, o hospital tornou-se uma referência

---

<sup>43</sup> Os médicos cirurgiões gerais e anesthesiologistas que permaneceram no HDS passaram a compor o Time de Resposta Rápida (TIRR) para o atendimento de pacientes com Covid-19, em intercorrência, nas unidades abertas.

para a internação de pacientes com Covid-19. Na época, apenas o setor de Nefrologia e uma das UTIs (por não apresentarem condições estruturais para garantir as medidas de biossegurança) ficaram como referência para pacientes com outras condições clínicas.

No segundo semestre de 2020, o mesmo período em que as novas unidades foram inauguradas, houve uma drástica redução nas internações de pacientes com Covid-19 e, aos poucos, algumas atividades foram sendo retomadas, dentre elas, as cirurgias eletivas. Nesse período, o hospital estava com melhor condição estrutural e de pessoal, devido às contratações por designação temporária<sup>44</sup> e a compra de medicamentos, materiais e equipamentos médicos que permitiram a adequação da quantidade de respiradores, camas, monitores, termômetros, oxímetros e demais itens necessários, o que foi possível devido à declaração do Estado de Calamidade Pública e do Estado de Emergência, já que esses permitiram a flexibilização dos limites orçamentários e a dispensa de licitação de contratos para aquisição de bens e serviços, viabilizando o atendimento das demandas dos trabalhadores e gestores do hospital, além de melhorias nas condições de trabalho e de assistência aos pacientes.

Porém, no início do ano de 2021, houve um aumento significativo de pessoas infectadas pela Covid-19 no Espírito Santo e, novamente, o HDS passou por readequações e precisou assumir atividades que, antes, eram realizadas em outros serviços, como o atendimento de pacientes com quadro de abdome agudo<sup>45</sup>, além de definir setores coortes para Covid-19. Internamente, esse período durou de março a maio do referido ano e foi entendido como a segunda onda de Covid-19 no HDS.

Para atender a essas demandas, além do repasse anual de verba da SESA para o HDS que, em 2020, foi no valor de R\$ 55.580.875,00, correspondendo a 31 % do valor repassado pelo governo federal e 69% do governo estadual, conforme

---

<sup>44</sup> Inicialmente, foram convocados os trabalhadores de um processo seletivo em vigência pela LC 809/2015, e, posteriormente, foram realizados alguns processos seletivos emergenciais para o trabalho durante a pandemia Covid-19 — contratos Covid-19, com duração de seis meses, podendo ser prorrogados por igual período, tornando o dimensionamento da equipe de saúde mais adequado.

<sup>45</sup> Quadro clínico caracterizado por dor e sensibilidade abdominais, de início súbito ou de evolução progressiva, que geralmente necessita de conduta cirúrgica de emergência.

nota de dotação emitida em janeiro de 2020, o hospital foi contemplado com mais recurso. O HDS recebeu ainda R\$ 6.681.039,93, sendo que 35% do valor foi repassado pelo governo estadual e 65% pelo governo federal. A SESA, além de custear as obras das novas unidades de internação, forneceu equipamentos médicos e disponibilizou o serviço de uma empresa terceirizada para realizar a manutenção predial no hospital, permitindo, assim, melhorias estruturais que, há anos, precisavam ser realizadas, mas não havia técnicos de manutenção suficientes para realização dos serviços e nem verba para a compra dos materiais necessários.

A inauguração das novas unidades, no segundo semestre de 2020, aumentou ainda mais os custos do hospital, haja vista a necessidade de garantir o pleno funcionamento e a adequação do quantitativo de equipamentos, equipe e insumos. Além disso, o aumento do consumo de produtos durante a pandemia tem exigido muito dos serviços de saúde nacionais e internacionais e, com isso, alguns materiais e medicamentos ficaram muito mais valorizados ou, até mesmo, em falta no mercado, exigindo que outras estratégias fossem adotadas para garantir a assistência aos pacientes. Em alguns momentos, as equipes dos hospitais da rede estadual realizaram entre si a troca de medicações ou empréstimos de materiais e, em outros casos, o HDS recebeu algumas doações que contribuiriam para atender às necessidades da equipe e dos usuários.

Em 2021, além do repasse anual da SESA para o HDS, que nesse ano foi no valor de R\$ 65.906.000,00 (30% repassado pelo governo federal e 70% pelo governo estadual), conforme a nota de dotação emitida no mês de janeiro do mesmo ano, o hospital ainda recebeu R\$ 25.712.490,65, sendo 8% desse valor repassado pelo governo estadual e 92% pelo governo federal.

Como, desde o início da pandemia, o hospital assumiu diferentes frentes de trabalho que exigiram rápidas adequações das equipes e do próprio serviço prestado para atender às determinações da SESA, o HDS passou a ser chamado de “hospital camaleão”. Apesar do termo começar a ser usado no período da pandemia e como uma forma de elogio, vale lembrar que, há anos, o HDS vem passando por transformações no perfil de atendimento que geram impacto, tanto na organização do trabalho quanto no modo de gerir os cuidados. Assim, a pandemia legitimou essa prática que atende aos interesses da gestão pública, apesar dos efeitos para os usuários e para os trabalhadores nunca serem amplamente discutidos.

Nesse contexto, paradoxalmente, durante a pandemia da Covid-19, os trabalhadores enfrentaram diversas situações que viabilizaram também melhorias nas condições e organização do trabalho. A chegada de novos trabalhadores, de diferentes formações e áreas de conhecimento, por meio dos processos seletivos, viabilizou o dimensionamento adequado das equipes. Em fevereiro de 2020, o HDS contava com 865 trabalhadores entre estatutários e contratados pela LC 809/2015 e, em julho de 2021, ao todo havia 1327 trabalhadores no HDS entre estatutários, contratados pela LC 809/2015 e “contratados Covid-19”. Vale mencionar que o número de trabalhadores no HDS ainda é maior, visto que esses dados, informados pelo Setor de Recursos Humanos do HDS, não contemplam os trabalhadores terceirizados e cooperados, como as equipes de higienização e médicas que foram contratadas para atuar nas novas unidades.

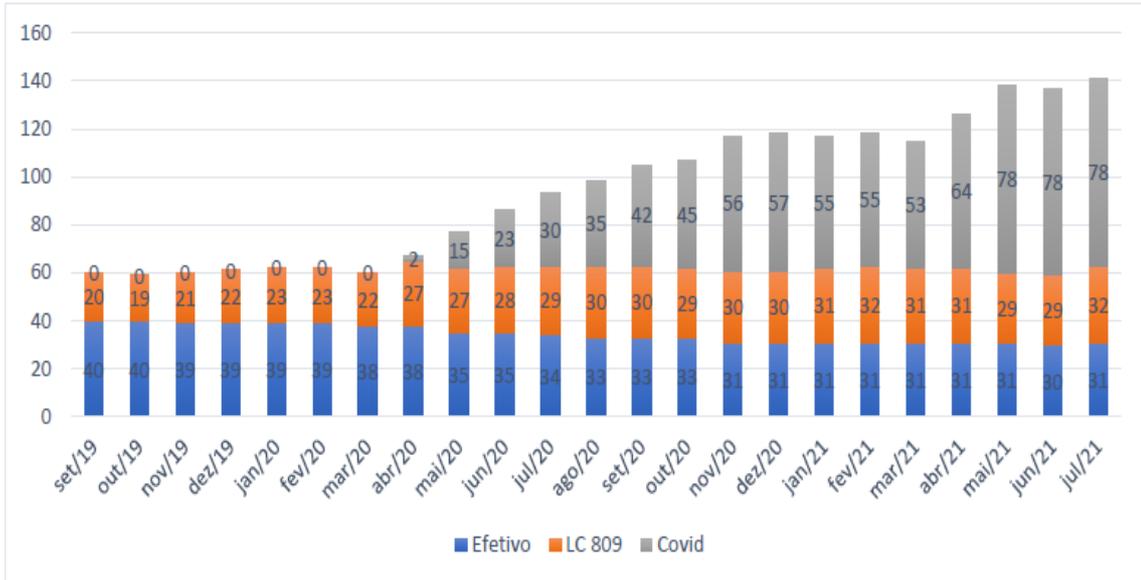
Considerando que os trabalhadores da enfermagem são o foco da nossa pesquisa, apresentaremos de forma mais detalhada dados sobre a contratação desses profissionais<sup>46</sup>.

Segundo informações disponibilizadas pelo setor de Recursos Humanos do HDS, em fevereiro de 2020, o hospital contava com 62 enfermeiros (39 efetivos e 23 contratos pela LC 809/2015) e, em julho de 2021, havia o total de 141 enfermeiros (31 efetivos, 32 contratos pela LC 809/2015 e 78 contratos Covid-19), como pode ser observado na Figura 01:

---

<sup>46</sup> Como, desde o início da crise sanitária, a enfermagem foi identificada como um dos grupos mais vulneráveis ao risco de infecção entre os profissionais de saúde e, portanto, com maior possibilidade de afastamentos, o COFEN definiu um aumento no índice de segurança técnica (IST) relativo a esses profissionais. O IST é um acréscimo percentual no quantitativo de pessoal de enfermagem, por categoria profissional, para a cobertura das ausências dos trabalhadores ao serviço, em decorrência das implicações que a redução da equipe de enfermagem acarreta na quantidade e na qualidade da assistência prestada ao paciente.

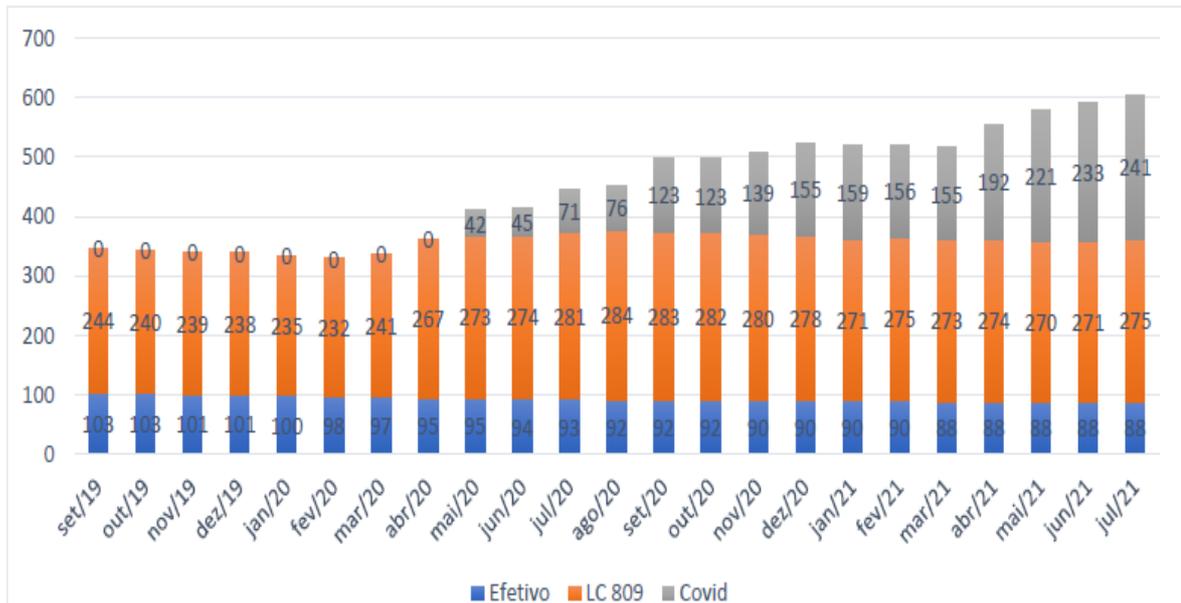
Figura 01 — Distribuição de vínculos de enfermeiros por mês/ano



Fonte: informações disponibilizadas pelo setor de Recursos Humanos do HDS.

Com relação aos técnicos de enfermagem, em fevereiro de 2020, havia o total de 338 trabalhadores (98 efetivos e 232 contratos pela LC 809/2015) e, em julho de 2021, o HDS contava com o total de 604 técnicos de enfermagem (88 efetivos, 275 contratos pela LC 809/2015 e 241 contratos Covid-19), como exposto na Figura 02.

Figura 02 — Distribuição de vínculos de técnicos de enfermagem por mês/ano



Fonte: informações disponibilizadas pelo setor de Recursos Humanos do HDS.

De acordo com as Figuras 01 e 02, é possível perceber que o número de enfermeiros e técnicos de enfermagem com vínculo efetivo foi reduzido ao longo dos últimos anos (aposentadorias, exonerações e transferências) e que, na ausência de concurso público, a contratação de trabalhadores por designação temporária tem sido a estratégia adotada pela SESA, mesmo no período pré-pandemia. Entretanto, no início da crise sanitária, o déficit de trabalhadores no HDS ficou ainda mais evidente frente à demanda de trabalho e houve um expressivo aumento de contratações específicas para o período da pandemia, por meio dos “*contratos Covid*”, que foram fundamentais para garantir a assistência aos pacientes. Como esperado, em função das atividades exercidas, a contratação de técnicos de enfermagem foi muito superior a de enfermeiros e, atualmente, a maioria dos trabalhadores desta categoria possui um vínculo de trabalho precarizado.

Com relação ao quantitativo de auxiliares de enfermagem, os dados não foram disponibilizados pelo Setor de Recursos Humanos oficialmente, mas temos ciência de que muitos trabalhadores aposentaram desde o início da pandemia, reduzindo expressivamente as vagas existentes, apesar do hospital ainda contar com a contribuição de alguns auxiliares de enfermagem com vínculo efetivo e três auxiliares de enfermagem contratadas.

Muitos trabalhadores da enfermagem contratados neste período assumiram cargos de gestão e implementaram mudanças na organização do trabalho que ainda estão em vigência. Porém, não há garantia da permanência desses trabalhadores, porque os contratos emergenciais para o trabalho na pandemia serão extintos. Há previsão de que tais contratos expirem em março de 2022. A não manutenção dessas vagas tende a impossibilitar o dimensionamento adequado de todas as categorias profissionais, com maior impacto na equipe de enfermagem, com prejuízos no trabalho e na assistência ofertada aos pacientes, uma vez que grande parte da equipe precisará ser modificada com a saída de alguns trabalhadores e a chegada de novos. Além disso, há a preocupação com relação ao quantitativo de vagas que realmente serão mantidas após as novas contratações, visto que, com o fim do período de emergência pública, os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal deverão ser respeitados.

Apesar das inúmeras melhorias no HDS, neste período, a administração pública ainda defende a transferência da gestão hospitalar para a iNOVA Capixaba,

como melhor alternativa para a reestruturação do serviço, inclusive com a contratação de pessoal sem precisar respeitar os limites da LRF, porém, até a finalização deste estudo, havia muitos rumores sobre possíveis datas para a efetivação da mudança, mas nada foi divulgado oficialmente. Isso reforça a ideia de que as medidas que inibem o custeamento do SUS são respaldadas em instrumentos legais que inviabilizam a estruturação da política pública e, assim, favorecem o sucateamento dos serviços e das condições de trabalho, como fomenta o modelo neoliberal.

### **8.1 Intervenções psicológicas no período de pandemia**

No início da crise sanitária, alguns trabalhadores do HDS começaram a manifestar sentimentos de raiva, ansiedade e episódios de choro durante o horário do plantão, que foram entendidas como manifestações de medo, comuns no início da pandemia da Covid-19, conforme a literatura revisada (TEIXEIRA *et al.*, 2020; MABDEN; BRIDGE, 2020; PAIANO, 2020). Com isso, membros do Gabinete de Gestão de Crise decidiram pela contratação de duas profissionais psicólogas para atuarem exclusivamente no atendimento aos servidores, pois os gestores entendiam que o sofrimento manifestado pelas equipes de saúde estava relacionado exclusivamente a questões individuais, sem levar em consideração que os trabalhadores percebiam o contexto de trabalho como ameaçador, devido à precarização das condições de trabalho.

Como os trabalhadores da saúde do Brasil não tinham experiência de atuação em emergências de grande porte, como é o caso da Covid-19, a intervenção foi baseada nas experiências de enfrentamento de outras pandemias mundiais, nas informações do que ocorria nos países onde a Covid-19 já havia causado grandes impactos e em poucas publicações brasileiras sobre o assunto (MABDEN; BRIDGES, 2020; PETZOLD, PALG e STROHLE, 2020; ZHANG *et al.* 2020; SERAFIM; BU; NUNES, 2020). Essas informações foram importantes para o planejamento da intervenção, mas uma série de adequações foi realizada, por se tratar de um serviço de saúde público brasileiro, com características próprias e com certas limitações de material, de equipe e demais recursos, principalmente nos meses iniciais da pandemia.

Apostamos mais uma vez na realização de rodas de conversa com os trabalhadores, por ser essa uma estratégia de intervenção que poderia permitir um espaço de compartilhamento das vivências e de construção de enfrentamentos de forma coletiva. A atividade foi iniciada em 13 de abril de 2020, com foco nos trabalhadores que atuavam na chamada “linha de frente”, visto que os estudos apontavam um maior índice de sofrimento psíquico nesse grupo, e depois foi realizada com os trabalhadores dos setores administrativos. As rodas de conversa ocorreram nos setores de trabalho e constituíram-se como um espaço importante para conversas sobre as mudanças, os desafios e os enfrentamentos vivenciados. As questões mais relatadas por eles foram: medo de contaminar a família; medo da discriminação sofrida por ser profissional de saúde; dificuldades com o isolamento social; dificuldades com relação às condições de trabalho com a equipe reduzida e a estrutura do setor inadequada para prestar a assistência ao paciente; insegurança na execução do trabalho, pela incerteza sobre a condição do paciente (suspeito ou confirmado de infecção pela Covid-19); falta de comunicação; aumento das exigências e da carga de trabalho, com pouco suporte para as equipes; discordância sobre o fato do setor de Medicina do Trabalho não funcionar como atendimento ambulatorial para acompanhamento clínico dos servidores com Covid-19; relatos de ansiedade exacerbada, de dificuldade para dormir, de aumento da ingestão de alimentos e bebidas alcoólicas; e busca de apoio religioso para lidar com o contexto, além de queixas relacionadas ao remanejamento de trabalhadores.

Notamos que muitas questões apontadas pelos trabalhadores estavam relacionadas às situações do processo de trabalho das equipes já existentes antes da pandemia Covid-19 e que foram abordadas nas rodas de conversa realizadas, em 2019, junto com os membros do GTH do hospital. No entanto, as incertezas promovidas pelo novo coronavírus agravaram e evidenciaram os problemas, como, por exemplo, a falta de condições adequadas de trabalho e as mudanças no modelo assistencial e na organização do trabalho sem o compartilhamento das discussões e decisões com as equipes.

Seguindo as recomendações da OPAS (2020b), os gestores do HDS foram orientados a contribuir para o cuidado com os trabalhadores, por meio do monitoramento do bem-estar da equipe; da efetivação de uma comunicação de boa qualidade, a fim de atenuar as incertezas; da garantia de descanso para as equipes

durante a jornada de trabalho; e do fomento de espaços de discussão breve e regular para que os trabalhadores pudessem falar de suas preocupações e atentarem-se aos sinais de sofrimento mental. Porém, os gestores relataram que, devido ao aumento da demanda de trabalho, não era viável permitir o descanso das equipes nem realizar reuniões rotineiras, assim, muitas informações eram compartilhadas via rede social e nem todos tinham acesso, visto não ser um instrumento de trabalho oficial.

Conforme a demanda, as intervenções psicológicas foram estruturadas da seguinte forma:

- a) rodas de conversa nos setores, com o objetivo de criar um espaço de acolhimento para falar sobre as reações psicológicas esperadas para o contexto de pandemia e sobre as mudanças realizadas na organização hospitalar e também para orientar sobre a importância do autocuidado e do apoio social;
- b) oferta de atendimento psicológico individual, diário, presencial ou remoto no formato de Plantão Psicológico;
- c) atendimento psicológico remoto dos trabalhadores após informação do resultado do teste positivo para Covid-19, em conjunto à equipe de monitoramento da Medicina do Trabalho;
- d) diálogo com os gestores sobre questões das condições e organização do trabalho que poderiam contribuir para aumentar as vivências de sofrimento dos trabalhadores, a fim de auxiliar nas mudanças e reduzir os riscos de adoecimento físico e mental.

Estivemos na condução das rodas de conversa junto a outras profissionais psicólogas do período inicial da pandemia até o mês de agosto de 2020. Foi um momento de muita proximidade com os trabalhadores de diversos setores do hospital, que adotou um modelo muito próximo do trabalho realizado junto ao GTH antes da crise sanitária. Como era uma atividade paralela ao trabalho no Serviço de Gestão da Qualidade, foi um período de intensificação do trabalho, mas que também proporcionou muitos momentos de satisfação, pela oportunidade de fomentar espaços coletivos de discussão com os trabalhadores.

A partir do mês de setembro, as outras psicólogas continuaram promovendo as rodas de conversa com os trabalhadores e — com a redução dos casos de Covid-19 e a admissão de pacientes com outras patologias no HDS — o foco passou a ser as discussões sobre o processo de trabalho, bem como as relações estabelecidas entre os trabalhadores (entre eles mesmos e entre eles e o próprio trabalho), entre os pares e entre a gestão, a fim de escutar as demandas e criar um espaço de diálogo entre os envolvidos. De setembro de 2020 a julho de 2021, foram realizadas 102 rodas de conversa em onze setores, envolvendo a equipe do Ambulatório de Especialidades. Nos atendimentos individuais, outras demandas também foram surgindo, como: o luto por algum familiar; sequelas da Covid-19 (tanto físicas como emocionais); trabalhadores com quadro de depressão, ansiedade e dependência química associada ou não às vivências na pandemia; sofrimento associado a questões relacionadas à família e às relações no trabalho.

No que se refere aos afastamentos de trabalhadores em função de questões relacionadas à saúde mental, foi observado um aumento nos meses de maio de 2020 e setembro de 2020, acompanhado de um período de queda, seguido de um aumento significativo em abril de 2021, com o afastamento de treze trabalhadores. Entretanto, de acordo com um documento disponibilizado pelo gestor do setor de Medicina do Trabalho, não é possível estabelecer a correlação com os efeitos da pandemia, tendo em vista que outros fatores, tais como a iminência de privatização, também parecem afetar alguns trabalhadores.

Diante do exposto, definimos alguns núcleos de sentido a partir dos dados produzidos nas rodas de conversa, realizadas com os trabalhadores<sup>47</sup> nos meses iniciais da pandemia, e nas entrevistas, realizadas especificamente com as auxiliares e técnicas de enfermagem da Clínica Médica, a fim de apresentar as mudanças organizacionais e as vivências dos trabalhadores desde o advento do novo coronavírus.

---

<sup>47</sup> Como a partir de setembro de 2020 não foi possível continuar com as participações nas rodas de conversa para que as demandas do Serviço de Gestão da Qualidade fossem atendidas, também ficamos mais distantes dos setores e dos trabalhadores e, por isso, sem condições de contribuir mais com informações sobre as vivências deles a partir desse período.

**8.2 Núcleo de sentido 01: “[...] a gente tá lidando de frente para o inimigo, então, a gente teve, assim, muito receio no começo, mas era pela questão de não ter uma estrutura”.**

Neste núcleo de sentido, iremos discutir alguns fatores relacionados às condições de trabalho que parecem ter contribuído para o surgimento da insegurança e do medo nos trabalhadores antes do HDS virar referência para o atendimento de casos Covid-19.

O histórico de precarização do HDS fez com que, inicialmente, alguns trabalhadores avaliassem que o hospital não estava preparado para prestar o atendimento ao paciente com suspeita ou infecção de Covid-19, devido à inadequação da estrutura física, da equipe, dos insumos e materiais. As entrevistadas falaram que nesse período havia uma preocupação com relação à possibilidade de não conseguirem acesso aos equipamentos necessários para o contato protegido com os pacientes infectados pela Covid-19.

*[...] no início aqui teve dificuldade de material, entendeu? De EPI. Até máscara a gente teve, praticamente, que brigar para ter, entendeu? Nos primeiros, dias deram máscara pra gente usar um mês” (Joana).*

Essa preocupação pode ter ocorrido porque, em março de 2020, foi amplamente divulgada na mídia a possibilidade de escassez de EPI<sup>48</sup> e ainda não havia permissão para o uso de máscaras por período integral no HDS, porque o hospital ainda não era referência para pacientes com Covid-19 e, naquele momento, havia o entendimento de que o EPI deveria ser usado somente por pacientes sintomáticos e por trabalhadores de saúde em contato direto com pacientes infectados pelo novo coronavírus.

A obrigatoriedade do uso de máscaras aconteceu apenas em abril de 2020, quando a máscara N95 foi disponibilizada para todos os trabalhadores e, ainda

---

<sup>48</sup> Nesse período, o COFEN (2020) havia divulgado o recebimento de cerca de 2.900 denúncias, de profissionais de saúde dos 26 estados e do Distrito Federal, a respeito da falta de EPI e do uso de materiais inadequados para o atendimento aos pacientes. Como em todo o mundo houve o aumento da procura e do consumo de EPI, a OMS também alertou a respeito da possibilidade de falta de EPIs e da chance de maior exposição dos trabalhadores ao risco, caso não houvesse um aumento na produção global para atender à demanda (LINDE; VIEGO, 2020).

assim, com possibilidade de troca apenas a cada 30 dias ou em caso de danificação ou saturação do equipamento, conforme orientações do SCIH do hospital e da Nota Técnica nº 04 da Anvisa — “Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2)”:

[...] EXCEPCIONALMENTE, em situações de carência de insumos e para atender a demanda da epidemia da COVID-19, a máscara N95 ou equivalente poderá ser reutilizada pelo mesmo profissional, desde que cumpridos passos obrigatórios para a retirada da máscara sem a contaminação do seu interior. Com objetivo de minimizar a contaminação da máscara N95 ou equivalente, se houver disponibilidade, pode ser usado um protetor facial (face shield). Se a máscara estiver íntegra, limpa e seca, pode ser usada várias vezes durante o mesmo plantão pelo mesmo profissional (até 12 horas ou conforme definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH do serviço de saúde) (ANVISA, 2020, p. 30).

Entretanto, o próprio documento orienta que as máscaras reutilizadas podem não cumprir com os requisitos para os quais foram certificadas, uma vez que o tempo pode degradar o material e afetar a qualidade do ajuste e da vedação (ANVISA, 2020). Ou seja, mesmo com a distribuição de máscaras, a estratégia utilizada no HDS fazia com que os trabalhadores ainda se sentissem em risco, frente à percepção de que a prevenção não estava sendo adequada.

Mesmo com a avaliação dos gestores hospitalares sobre o quantitativo de máscaras, capotes e luvas em estoque ser suficiente para atender à demanda do hospital por alguns meses, os membros do Gabinete de Gestão de Crise decidiram que deveria haver um controle mais rigoroso da dispensação dos EPIs para que não houvesse falta em momento posterior, já que havia uma incerteza sobre o recebimento dos equipamentos comprados, bem como sobre a possibilidade do HDS tornar-se referência para o atendimento do paciente com Covid-19. No entanto, essa estratégia — que tinha como objetivo evitar um possível desabastecimento — foi entendida pela maioria dos trabalhadores da linha de frente como uma falta de cuidado da gestão hospitalar com a saúde dos trabalhadores, fato que talvez pudesse ter sido evitado caso mecanismos de comunicação mais efetivos entre gestores e trabalhadores fossem definidos.

Ainda com relação ao EPI, inicialmente o quantitativo de óculos de proteção foi reduzido, e uma entrevistada queixou-se sobre a necessidade de compartilhar o

uso com outros trabalhadores, fato que exigiu que todos realizassem a higienização do equipamento antes e após o uso. Com isso, houve muitas discordâncias dos trabalhadores com as decisões e determinações da gestão hospitalar, porque as condições ofertadas não atendiam à necessidade das equipes de saúde.

*Então, assim, a gente tá lidando de frente para o inimigo, então, a gente teve assim, muito receio no começo, mas era pela questão de não ter uma estrutura. Não ter preparação e não ter o material, aí depois veio o óculos (sic), depois veio a viseira. Coisas que a gente não tinha (Dora).*

Essas situações, associadas aos noticiários sobre o aumento exponencial de pessoas infectadas e mortas pela Covid-19 e a sobrecarga do serviços de saúde e dos trabalhadores da saúde nos países epicentro da doença, contribuíram para o surgimento da insegurança e medo relacionado ao contexto de trabalho.

Como para Dejours (1992) o medo é inerente a qualquer realidade de vida e trabalho mas, muitas vezes, fica contido e controlado pelos mecanismos de defesa, entendemos que o desconhecimento sobre o vírus e a doença tenham contribuído para a redução dessas defesas e para o surgimento da ansiedade entre os trabalhadores, como evidenciado durante as intervenções realizadas a partir das rodas de conversa das quais participamos no início da pandemia.

Partindo do entendimento que o medo é uma dimensão complexa e sua manifestação depende da percepção<sup>49</sup> que os trabalhadores têm do risco a que se encontram expostos ou que têm conhecimento (DEJOURS, 1992; AEROSA, 2012; CARNEIRO; AEROSA, 2018), apresentaremos algumas situações relacionadas ao trabalho que foram mencionados como fatores que parecem ter contribuído para a amplificação do medo neste período.

A exposição ao risco de infecção pela Covid-19 e os possíveis danos à saúde das equipes parecem ter ficado ainda mais evidentes<sup>50</sup> no final do mês de março de

---

<sup>49</sup> Segundo Lima (2005, apud AEROSA, 2012), a percepção de riscos pode ser definida como uma “avaliação subjetiva sobre uma eventual fonte ou forma de risco, que pode apresentar-se sob a forma de um acontecimento, uma atividade ou uma tecnologia. Está associada a uma dimensão de incerteza que tende a ser estimada como perdas potenciais, que indicam o nível de gravidade de determinada situação.” (AEROSA, 2012, p. 57).

<sup>50</sup> Foi criado um “Protocolo de atendimento dos servidores sintomáticos respiratórios” para garantir a testagem dos trabalhadores suspeitos de Covid-19 e o controle dos afastamentos em decorrência

2020, quando um grande número de trabalhadores da enfermagem precisou ficar em isolamento domiciliar em decorrência de sintomas gripais. Como, nesse período, as medidas de distanciamento social definidas pelo Governo do Estado estavam em vigência e ainda eram bem restritivas, suspeitamos que a infecção por Covid-19 de grande parte destes trabalhadores ocorreu em decorrência da admissão de pacientes, encaminhados pelo SAMU, para atendimento de emergência e urgência na sala vermelha.

Como, nessa época, o HDS não era referência para o atendimento de pacientes com Covid-19, ainda não havia permissão para a paramentação completa das equipes de saúde com todos os EPIs, e havia também o entendimento de que a equipe do SAMU conseguiria fazer a triagem de "*pacientes Covid-19*" e "*não Covid-19*" antes de encaminhá-los ao HDS, o que aparentemente não foi possível devido à apresentação inespecífica da doença. Assim, mesmo com todas as discussões e alinhamentos para organizar a assistência aos pacientes e reduzir o risco de infecção intra-hospitalar, os trabalhadores ficaram expostos ao risco de contágio por prestar cuidado aos pacientes sem a proteção adequada.

Outro fator que também pode ter contribuído para o aumento de casos de infecção pelo novo coronavírus entre os trabalhadores foi o acúmulo de vínculos, tão comum entres trabalhadores da enfermagem e da equipe médica. Muitos deles estavam em contato direto com "*pacientes Covid-19*" durante a jornada de trabalho em outros estabelecimentos de saúde e, ao retornarem ao HDS para cumprirem o plantão de trabalho, mantinham interação próxima com os pares e sem o uso de máscaras.

---

do isolamento domiciliar. De acordo com os dados disponibilizados pelo Setor de Recursos Humanos do HDS, 77 trabalhadores apresentaram sintomas gripais, no mês de março; em abril de 2020, foi registrado o maior número de afastamentos, totalizando 202; no mês de maio houve uma pequena queda nesses números, com 194 trabalhadores afastados; em junho foram 107 afastamentos; em julho foram 62 afastamentos e nos meses seguintes ocorreu uma queda significativa. Posteriormente, foi observado um aumento significativo logo após a entrada de novos trabalhadores para atuar nas unidades de internação recém-inauguradas, com o total de 107 trabalhadores afastados, em novembro de 2020 (107 servidores) e outro aumento do número de afastamentos, em março de 2021 (89 servidores), possivelmente por conta da variante delta. Para melhor divulgação das informações relacionadas ao contágio pela Covid-19 dos pacientes e trabalhadores, diariamente, foi feita a divulgação de um "Boletim Epidemiológico Covid-19". A disponibilização das informações foi importante, mas como, nos meses de março e abril de 2020, houve um aumento exponencial de casos, contribuindo para que ficasse evidente o risco de infecção relacionado ao trabalho executado, foi percebido o aumento da insegurança e medo dos trabalhadores.

Com o elevado número de trabalhadores infectados e em isolamento domiciliar, foi entendido que, mesmo o hospital não sendo referência para Covid-19, todos ali encontravam-se sujeitos ao risco e já não era possível identificar se a fonte era o trabalhador ou o paciente. Entendeu-se que não seria possível fazer a separação de funcionários coortes, ou seja, a separação de parte dos trabalhadores para o cuidado exclusivo dos indivíduos suspeitos ou confirmados de Covid-19, como forma de reduzir a transmissão intra-hospitalar, porque, nesse período, era muito reduzida a quantidade de trabalhadores<sup>51</sup> para prestar assistência aos pacientes e, por isso, foi necessário o remanejamento deles entre as unidades de internação; e que os trabalhadores do setor de urgência e emergência — responsáveis pelo recebimento de pacientes via SAMU ou com alguma suspeita de infecção pelo novo coronavírus — deveriam estar obrigatoriamente paramentados com todos os EPIs. Além disso, foi definido que todos os trabalhadores do hospital deveriam utilizar máscaras e que os trabalhadores da área assistencial deveriam vestir, obrigatoriamente, uma roupa específica, ofertada diariamente pelo próprio hospital, para ser usada do início ao final do plantão, a fim de evitar a contaminação da roupa pessoal.

Diante do grande número de trabalhadores afastados do trabalho, os remanejamentos dos profissionais da enfermagem e a realização de plantões extras tornaram-se uma prática corriqueira e também contribuíram para as vivências de sofrimento relacionadas tanto ao processo de trabalho quanto à insegurança frente à Covid-19. Diariamente, esses trabalhadores eram surpreendidos por mudanças inesperadas de posto de trabalho, principalmente no início do plantão, porque os reajustes nas escalas de trabalho eram frequentes e ocorriam conforme a quantidade de trabalhadores disponíveis no turno.

Como, neste período, essas medidas atingiam mais os auxiliares e técnicos de enfermagem, por serem as categorias com maior quantitativo de pessoas em isolamento domiciliar, grande parte deles entendia que os enfermeiros estavam agindo de forma arbitrária por não haver um critério bem estabelecido para organizar

---

<sup>51</sup> Com os trabalhadores do grupo de risco em regime de trabalho remoto e/ou destinados para setores não assistenciais, o déficit de equipe nas unidades de internação ficou ainda maior. Até a chegada dos novos profissionais contratados, a equipe ficou sobrecarregada e, em alguns momentos, foi necessário estabelecer prioridades para prestar assistência aos pacientes.

os remanejamentos. Nas rodas de conversa, as queixas relacionadas à necessidade de assumir atividades em outro setor e sem conhecimento prévio das rotinas e fluxos de trabalho tornaram-se frequentes e geraram ansiedade em muitos trabalhadores. Inclusive, alguns deles relatavam sentir mal-estar horas antes de assumir o plantão no HDS e associavam o fato ao contexto de trabalho.

Até a chegada dos novos contratados e a redução significativa de trabalhadores em isolamento domiciliar, muitos trabalhadores da enfermagem precisaram, em algum momento, mudar de equipe e de setor, além de executarem tarefas que não pertenciam a sua rotina diária. Com isso, os trabalhadores ficaram mais suscetíveis a sofrerem estresse, coincidindo com o que foi constatado nos estudos que abordaram a necessidade dos membros das equipes de saúde assumirem novas funções durante a pandemia (AYANIAN, 2020; PRADO *et al.*, 2020; BARBOSA *et al.*, 2020; MABDEN; BRIDGE, 2020).

Além de enfrentarem o medo da infecção pela Covid-19, os trabalhadores também precisavam lidar com a insegurança para realizar um trabalho desconhecido e, muitas vezes, indesejado, junto a pessoas que nem sempre entendiam suas dificuldades.

Muitos trabalhadores relatavam medo relacionado à falta de experiência na realização de alguns procedimentos e indisponibilidade emocional para executar algumas tarefas com o paciente. Isso aconteceu, por exemplo, quando trabalhadores que antes da pandemia atuavam no Ambulatório e no Centro Cirúrgico foram remanejados para trabalhar nas unidades de internação, quando os trabalhadores das unidades abertas passaram a cobrir as ausências dos pares nas unidades críticas<sup>52</sup> e, também, quando os trabalhadores que antes atendiam pacientes cirúrgicos passaram a ser responsáveis por pacientes clínicos, que demandam um outro perfil de cuidado e assistência.

Somado a isso, passaram a enfrentar a insegurança para executar atividades que, mesmo sendo da área da enfermagem, não eram praticadas por eles há anos como, por exemplo, dar banho no paciente. Diante disso, esses trabalhadores não se sentiam seguros para executar algumas tarefas relativas à assistência ao

---

<sup>52</sup> Apenas técnicos de enfermagem eram remanejados para o trabalho nas UTIs.

paciente e eram acusados, pelos pares, de se esquivarem do trabalho. Sem a compreensão sobre a importância da experiência prática para a aquisição do conhecimento e habilidade no trabalho, os gestores entendiam a questão apenas como uma “resistência à mudança”, minimizando a situação que se configurava como uma exigência excessiva que poderia levar o trabalhador ao sofrimento.

Nesse período, o remanejamento realmente parecia ser a única alternativa para garantir o atendimento dos pacientes internados. Mas, em diversos momentos, questionamos os gestores sobre a maneira como o processo estava sendo conduzido e alertamos sobre a importância dessa rotina ser discutida de forma mais ampla com os trabalhadores da linha de frente, para que pudessem compartilhar outras estratégias e encontrar meios de reduzir os possíveis efeitos dessa prática na saúde mental dos envolvidos, visto que o recorrente relato de insatisfação com o conteúdo significativo do trabalho e de esforços para tentar se adaptar às novas exigências têm relação com o aumento de perturbações e sofrimento físicos e mentais, conforme aponta Dejours (1992).

Os trabalhadores conviveram com essa realidade durante alguns meses até a chegada de um número suficiente dos novos contratados. Mas, mesmo com a chegada de novos trabalhadores, as entrevistadas relataram que outras dificuldades surgiram devido à falta de experiência dos novatos para atender às demandas e executar as tarefas.

*A pandemia cobrava muito, muito, de pessoas com experiência que tivesse experiência para poder estar ali trabalhando. Só que infelizmente não tinha profissional suficiente, não tinha profissional, então, eles saíram pegando recém-formado, pessoas que não tinha experiência para tentar suprir aquela vaga, porque precisava de um técnico, de um enfermeiro. Só que isso sobrecarregava quem tinha experiência, porque ele ficava olhando tudo, tinha que avaliar tudo. Aquela pessoa não era culpada, como se fosse o primeiro emprego aqui, não tinha experiência nenhuma, não sabia avaliar o paciente, então, a gente acabava correndo pra lá e pra cá, a gente não parava, rodava mais, não ficava muito parado. Por quê? Eles estavam ali pegando experiência, mas estavam ali ajudando a gente, não deixava de ajudar, ajudava muito, foi muito importante eles estarem ali presentes com a gente (Carmen).*

Essa situação, que contribuiu para a intensificação do trabalho, também foi identificada como recorrente em outros serviços de saúde em que os recém-contratados foram admitidos sem conhecimento das regras institucionais e dos

procedimentos a serem adotados no enfrentamento da pandemia, conforme sinalizaram Teixeira *et al.* (2020).

Importante destacar que, se a rotatividade de trabalhadores devido aos contratos por designação temporários já era um fator que contribuía para a fragilidade dos vínculos entre eles e para a formação do coletivo de trabalho, essa situação se agravou no período da pandemia frente à necessidade de remanejamento de trabalhadores, a saída de alguns por desligamento e a chegada de novas pessoas para compor a equipe, além da escassez de espaço para discussão coletiva das questões que os atingiam, devido ao aumento da carga de trabalho e a não realização de reuniões de equipe.

**8.3 Núcleo de sentido 02: “Medo eu acho que é o que todos teve (sic), no momento logo que surgiu esse Covid. É o medo, assim, da gente... Passar, assim, sabe? Como diz, morrer, e... Que a gente pensa, assim, né, a gente nunca está preparado para morrer. Morrer, a gente vai morrer um dia mesmo. Mas você não está preparado. A primeira coisa que a gente pensa é nos filhos da gente, quem é mãe...”**

Propomos, neste núcleo de sentido, discutir que o medo, associado ao risco de infecção pela Covid-19, fez com que a relação dos trabalhadores com os pacientes, com os pares e com a própria família fosse afetada.

As entrevistadas falaram sobre o sentimento de medo e insegurança, nos primeiros meses da pandemia e, principalmente, no momento em que a CM virou coorte para o atendimento de pacientes com Covid-19, no mês de abril de 2020.

*Quando eu cheguei aqui e eu vi que a enfermaria com pacientes todos Covid, foi um baque muito grande, um medo, a insegurança. Assim, de ter dias de eu pensar em pedir conta e não voltar mais aqui. Com medo, e falando assim.... tanta gente morrendo, só gente morrendo, você olha o jornal só gente morrendo, morrendo, morrendo. Falaram que era uma doença que matava idosos, mas a gente via que não era nada disso. Tinha muita gente nova se infectando, então, o medo foi muito grande (Carmen).*

*Medo eu acho que é o que todos teve (sic), no momento logo que surgiu esse Covid. É o medo, assim, da gente... Passar, assim, sabe? Como diz, morrer, e... Que a gente pensa assim, né, a gente nunca está preparado para morrer. Morrer, a gente vai morrer um dia mesmo. Mas você não está preparado. A primeira coisa que a gente pensa é nos filhos da gente, quem é mãe... (Camila).*

Com o medo associado ao insuficiente conhecimento científico sobre a propagação do vírus e sobre a prevenção, evolução e tratamento da doença, bem como das implicações dela na funcionalidade dos indivíduos, a interação com os pacientes com Covid-19 também passou a ser permeada por sentimentos de medo, corroborando com os achados de Queiroz *et al.* (2021), que discutem o quanto a aflição do trabalhador frente à possibilidade de mudar da condição de profissional para a de paciente gerou sobrecarga emocional e física durante o trabalho na pandemia.

*Não queria que o paciente tocasse na gente, assim,,,,, foi uma coisa assim... forte. Eu nunca tinha sentido em dez anos de experiência... eu não tinha sentido essa sensação de medo e insegurança (Carmen).*

*[...] a gente tinha um medo tão grande de ter Covid, que a gente nem queria conversar, né, no começo, com o paciente. Era quase falando nos olhos, aí depois que a gente foi vendo que a gente podia conversar (Dora).*

*Não é que a gente deixou de dar os cuidados, sabe? Mas a gente fica com medo. Qualquer um tem medo. Eu acho que qualquer um tem medo da doença. Então eu achei assim, muito assustador (Camila).*

As entrevistadas falaram, ainda, da insegurança para executar os cuidados aos pacientes, devido à falta de conhecimento técnico e preparo de toda a equipe de saúde. Uma delas contou que as atividades realizadas seguiam as recomendações do hospital e dos médicos, historicamente reconhecidos como detentores do saber científico sobre prognóstico e tratamento, mas que até a conduta deles foi colocada em dúvida frente à falta de informação.

*A gente não sabia de nada, nem os médicos sabiam de nada. Então, você vê, todo mundo com medo, todo mundo sem saber como é o contágio. É contato? É toque? É respiratório? Nem eles sabiam, ninguém sabia, ninguém tinha certeza de nada. A gente fazia aquilo que eles falavam, mas era uma insegurança, porque ninguém sabia se aquilo era certo, se aquilo era errado.... (Carmen).*

Na CM, uma mudança na rotina de trabalho nos primeiros meses de atendimento aos pacientes com Covid-19 parece ter sido favorável para que os trabalhadores pudessem suportar o medo durante o contato direto com o paciente: a assistência ao internado deixou de ser feita individualmente e passou a ser realizada

em dupla, sendo um auxiliar e/ou técnico de enfermagem responsável pelo atendimento direto ao paciente e outro trabalhador, responsável por ficar na porta e separar o material que seria utilizado e realizar os registros necessários, evitando a contaminação de todo o material disponível para uso no setor. Quando avaliada a necessidade, os dois trabalhadores entravam no quarto para executar as tarefas com o paciente.

Essa mudança parece ter permitido que auxiliares e técnicos de enfermagem conseguissem compartilhar, de maneira mais próxima, a execução do trabalho, as dificuldades vivenciadas e as estratégias criadas para lidar com a situação, fato que pode ter contribuído para tornar o contexto mais propício ao estabelecimento de relações de confiança, tão necessária à cooperação, que tem relação direta com a eficiência do trabalho e a economia do sofrimento, conforme Dejours (2004).

*Eu sinto muita falta, mesmo com toda aquela correria, com aquele sufoco, a gente meio que se divertia trabalhando ainda por cima, porque a gente tinha uma equipe muito boa de trabalho em questão de coleguismo, de um pensar no outro, de se preocupar com o outro (Dora).*

*O que dá força a gente é que nós não trabalhamos sozinhos, né? Você ver que outros colegas estão vindo, né, os enfermeiros estão vindo, os médicos, né. Isso dá força, né. Já pensou se eu tivesse vindo sozinho? Acho que ninguém ia vir, entendeu? Então, assim, uma equipe... Apesar que, assim, não é perfeita, né, temos brigas, descontentamentos, essas coisas.... Mas você saber que tem outras pessoas ali junto de você, né, que apesar de ser uma doença de alto risco seu colega entra com você, né, isso... (Joana).*

No entanto, essa estratégia de trabalho foi utilizada somente nos primeiros meses da pandemia e, logo depois, a rotina de enfermagem voltou a ser realizada, individualmente, e ainda pautada no modelo de “cuidados por tarefa”, como explicado no capítulo anterior.

Se na execução da atividade com o paciente, os trabalhadores se perceberam mais próximos dos seus pares, nas interações que normalmente costumavam ser mais espontâneas e descontraídas — nos espaços de uso coletivo, como o quarto de repouso e a copa — não podemos dizer o mesmo. Talvez isso tenha ocorrido pelo fato de serem locais onde havia aglomeração de pessoas que, muitas vezes, estavam se alimentando ou fazendo a troca de roupas ou descansando, geralmente sem o uso de todos os EPIs.

*O convívio era meio estranho, porque a gente não se abraçava, a gente não se beijava, falava de longe, se fosse dar a mão, dava a mão de luva. A gente evitava um encostar no outro, mas imagina você chegar aqui e não poder abraçar, não poder beijar e eu gosto de poder abraçar e beijar todo mundo. A gente não poder abraçar ninguém, era complicado... (Carmen).*

*Só que, assim, a única dificuldade que a gente tinha muito era de estar, assim, passando as coisas pro colega, oferecendo as coisas pro colega, você entendeu? Porque, no caso, eu trouxe um biscoito, eu vou oferecer um biscoito pro meu colega, eu já imaginava, como que eu vou oferecer ou aceitar o biscoito do meu colega, porque eu não sei se fez a higienização da mão ou se não fez, né? (Sabrina).*

Diante do medo da infecção pelo novo coronavírus, diversos trabalhadores começaram a reivindicar a realização de exames rotineiros para triagem de Covid-19, conforme recomendação dos órgãos de saúde para controlar a disseminação da doença. Porém, isso nunca ocorreu e gerou algumas manifestações de raiva e revolta por parte de alguns trabalhadores que não se sentiram cuidados e esperavam que, devido à apresentação clínica inespecífica da Covid-19, fosse feita uma forma de rastreamento de trabalhadores, com infecções, assintomáticos. Essa medida permitiria que os trabalhadores infectados pudessem buscar um atendimento médico, antes de um possível agravamento, e adotassem medidas de distanciamento em seus lares para não expor os familiares ao risco de infecção.

Além do medo do próprio contágio, os trabalhadores temiam serem vetores da doença para seus familiares e responsabilizados por todas as possíveis consequências geradas pelo adoecimento deles pela Covid-19, como é possível verificar em alguns trechos das entrevistas:

*Eu tinha mais medo de pegar Covid e levar pra dentro de casa. Isso eu tinha muito medo, mas medo de trabalhar eu não tinha (Telma).*

*[...] todo dia antes de ir embora eu tomava banho com clorexidine aqui, porque eu não ia pra casa sem tomar banho, não ia, com medo de levar o vírus lá pra casa... e sei lá. Assim, o medo era muito grande. Assim, da gente chorar, tá?! Ai, é de emocionar quando a gente fala (Carmen).*

A preocupação com os familiares que viviam na mesma residência e eram do grupo de risco, seja pela idade superior a 60 anos ou pela fragilidade da condição de saúde, foi abordada por diversas trabalhadoras durante as rodas de conversa. Ao compartilharem suas vivências nesse espaço público, alguns trabalhadores demonstravam sofrimento pelo fato de não poderem ou não se sentirem no direito

de se esquivar do enfrentamento da pandemia e, por isso, colocarem os familiares em risco.

Inicialmente, foi esperado que a SESA ofertasse um local para a hospedagem dos profissionais para que não precisassem retornar para suas casas, mas quando as vagas foram disponibilizadas, muitos trabalhadores já haviam sido infectados e/ou encontrado outras alternativas para reduzir o risco de transmissão para seus familiares. Assim, o que prevaleceu foram as normativas que previam apenas a proteção daqueles trabalhadores da linha de frente com direito à transferência para um setor administrativo ou para o trabalho remoto. Diante disso, poucos trabalhadores optaram pelo afastamento por licença médica como forma de protegerem a si e aos seus familiares.

Outras estratégias também foram adotadas com o intuito de reduzir a probabilidade de transmitir o vírus para os familiares. Alguns trabalhadores saíram de casa e/ou passaram a ter pouco contato com as pessoas que compartilhavam a mesma residência, como também foi verificado em outras regiões do Brasil e do mundo (SCHMIDT *et al.*, 2020; AYANIAN, 2020; QUEIROZ *et al.*, 2021).

*Então, assim, também teve um afastamento da família, para não contaminar a minha mãe, por exemplo. Pessoas, assim, com mais comorbidade, minhas irmãs também... (Rose).*

*Eu chegava em casa, Nossa Senhora, não tocava em nada, eu já ia... Porque, né, a gente trabalha com essa roupa aqui, a gente não toma banho aqui, mas como vou só eu no meu carro, eu já tirava o sapato, ficava tudo aqui, trocava a roupa, chegava em casa, já deixava tudo na garagem e ia direto para o banheiro. Aquela coisa, assim, sabe? Com tudo, e mesmo assim, parece que a gente fica com um pouco, assim, de medo da gente, entendeu? Eu ficava assim. Ah, mas assim, depois a gente vai lidando, até que, não sei, o psicológico da gente vai trabalhando mais, deixa a gente mais tranquilo, né (Camila).*

*Isso afetou até, assim, dentro de casa. Com meu marido também evitei ficar muito com ele, assim, entendeu? Evitei mesmo por medo. (Joana)*

*[...] até dentro de casa a gente também usava máscara, todo mundo usava máscara, todo mundo colocava álcool na mão. Todo mundo seguia aquela rotina certa, você entendeu? (Telma).*

Identificamos, também, durante conversas informais, que outra alternativa encontrada por trabalhadoras da enfermagem de diferentes setores do HDS foi assumir plantões extras para ficarem mais tempo longe de suas casas e, assim, permanecerem distantes de seus familiares, principalmente das crianças que ainda

não entendiam a necessidade delas se manterem afastadas ao chegarem em casa. Ou seja, frente ao medo de serem vetores da doença para seus familiares, elas passaram a cumprir jornadas de trabalho mais extensas, em um momento de intensificação do trabalho hospitalar e com reduzido período de descanso.

Corroborando com a literatura, a maioria das trabalhadoras manifestavam essas preocupações por serem provedoras e assumirem o papel de cuidadoras primárias de crianças, idosos e enfermos nas famílias (MINAYO; FREIRE, 2020; BITENCOURT; ANDRADE, 2020). Por serem a maioria no hospital, identificamos também que eram as mais receosas do risco de serem infectadas pelo novo coronavírus e as que mais relatavam sentimentos associados à ansiedade, depressão e angústia - dados que também foram discutidos em outros estudos que apontavam as mulheres como as mais suscetíveis ao desenvolvimento de algum sofrimento mental durante a crise sanitária (MINAYO; FREIRE, 2020; DU J, 2020; MOREIRA, SOUZA; NÓBREGA, 2020; WANG *et al.*, 2020).

Além da preocupação do trabalhador em proteger os familiares, eles também foram desencorajados a manter contato mais próximo com as pessoas, por serem vistos como vetores de contágio e, por isso, estigmatizados, como também foi discutido por diversos autores (CHEN, *et al.* 2020 ; MABEN ; BRIDGES, 2020 ; AYANIAN, 2020 ; SCHMIDT *et al.*, 2020). Algumas entrevistadas relataram sobre essa questão:

*Na minha família ninguém me viu, eu não fui na casa de nenhum parente. Eu só ficava do trabalho para casa e de casa para o trabalho. Não saía da minha casa, com medo mesmo, porque se alguém da família pegasse aquilo ia ficar na minha mente, porque eu ia falar: "Eu trabalho no hospital, o pessoal ia falar o que? "Você que levou." (Carmen).*

*[...] não me sinto segura de ficar indo em casa de parente sendo que eu trabalho no hospital que teve o covid, principalmente, no período que os paciente (sic) com covid estavam aqui. Eu não tinha segurança para sair daqui "Ei parente". Por que? Eu pensava: "Depois a pessoa pega doença e, às vezes, não é nem da gente. Pega a doença por aí e aí vai falar: "Ah, foi fulana que levou o covid e que não sei o que...". Então, eu evitei, tive muito essa preocupação (Joana).*

*Porque assim, até os meus parentes, da minha família, tinham receio de ir na casa, de conversar comigo, porque eles ficavam, "ah fulana trabalha no hospital". Eu tenho mais chances de estar contaminando todo mundo, "a gente não pode estar indo na casa dela e ela não pode estar vindo na casa da gente", aquela coisa assim (Sabrina).*

Considerando que a emergência da Covid-19 gerou risco de prejuízos para o corpo e maior preocupação e tensão para os trabalhadores, além de ter tornado mais restrita a cooperação do círculo de relações mais íntimas, que é tão necessária para a manutenção das defesas e regresso ao trabalho, como aponta Dejours (2004) e Ludwig *et al.* (2021), entendemos que esse contexto tenha contribuído para o aumento das vivências de sofrimento.

Diante dessa realidade, alguns trabalhadores pediram exoneração do hospital e pararam de trabalhar, como mencionado por algumas entrevistadas: “Teve um amigo meu, amigão mesmo, né, que infelizmente ele teve de sair, porque ele deu uma surtada por conta da pandemia” (Maria) e “Lembro a menina virou e falou assim: ‘preciso muito do meu emprego, mas eu amo a minha vida. Não vou arriscar a minha vida aqui não’ e ai pegaram e saíram.” (Carmen). Essas duas situações ocorreram nas primeiras semanas após o anúncio da pandemia, então, suspeitamos que — frente à consciência aguda da exposição ao risco de infecção no ambiente de trabalho, relacionada a um evento mundial que era evidenciado a todo tempo — esses trabalhadores podem ter ficado impedidos de exercerem suas atividades laborais por conta da ausência de fatores que pudessem neutralizar o medo, como os mecanismos de defesa. Nesse sentido, entendemos que, como o medo não pôde ser contido/controlado, a intensificação do sofrimento gerou um risco de uma descompensação psicopatológica, ou seja, uma ruptura do equilíbrio físico ou psíquico desses trabalhadores, que poderia levá-los ao adoecimento mental, de acordo com Dejours (1992).

**8.4 Núcleo de sentido 03: “[...] você, às vezes, nem podia sair de perto do paciente, porque dessatura muito rápido, né. Você sai dali, daí a pouquinho, quando você volta, o paciente ou pode estar na sala sendo intubado, ou até dentro da UTI, né [...] Então, assim, no início foi muito difícil para a gente poder acostumar a mexer com eles, ficar ali, porque são muitos pacientes, né? Ter que ficar dando atenção, assim...”**

Neste núcleo de sentido, pretendemos evidenciar como as características clínicas do paciente com Covid-19 contribuíram para a intensificação do trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem.

Algumas entrevistadas relataram que o medo da doença foi mais intenso na primeira vez que o setor virou coorte de pacientes Covid-19, pois precisaram lidar diretamente com situações de piora abrupta do quadro geral deles que, às vezes, evoluíam com insuficiência respiratória, necessidade de intubação e transferência para a UTI.

*Eu tive mais medo antes de ter pegado Covid que depois. Porque era uma doença que você não conhecia, então, começa, assim, aí a gente tinha aquela questão de você não sabe com o que você tá lidando, você não sabe a situação dos pacientes quando a gente começava a ver o paciente estando tão grave, é que a gente via que era de uma hora para outra. Seu paciente estava bem, você conversando com ele, de uma hora para outra ele já agravava (Dora).*

*A gente via que o paciente rebaixava muito rápido, na mesma hora que ele estava ali conversando com a gente, dali 10 minutos ele estava com uma dispneia muito grande, daqui 20 minutos ele estava na sala de intubação já sendo intubado, já estava no CTI. Cada minuto a insegurança aumentava mais ainda, tanto que teve profissionais que trabalhavam comigo que pediram exoneração, não quiseram ficar, com medo mesmo (Carmen).*

Diante dessa realidade, outras questões da rotina de trabalho foram modificadas. Os auxiliares e técnicos de enfermagem passaram a ficar mais vigilantes e a monitorar os pacientes de forma mais constante, a fim de evitar intercorrências e óbito, mas, de acordo com as entrevistadas, esses cuidados geraram aumento no ritmo de trabalho, maior sobrecarga de trabalho e maior cobrança por parte dos gestores, tornando-se fatores de estresse e corroborando os dados apresentados no estudo realizado por Petzold, Palg e Strohle (2020).

*O paciente clínico, a gente avaliava ele de manhã, os sinais vitais, e olhava os sinais vitais a tarde de novo. O paciente Covid, não. Quando a gente via algum sinal de alarme nele a gente avaliava de uma em uma hora, de meia em meia hora ia olhar o sinais vitais, então, o paciente tinha que ser avaliado mais presentemente ali e toda hora. Tinha uma pessoa toda hora ali avaliando para ver se ele estava rebaixando, se estava melhorando, se as manobras que foram feitas para ele melhorar tinham dado resultado ou não, pra gente ver o que a gente podia fazer para não levar o paciente para a sala de intubação (Carmen).*

*[...] você às vezes nem podia sair de perto do paciente, porque dessatura muito rápido, né. Você sai dali, daí a pouquinho quando você volta, o*

*paciente ou pode estar na sala sendo intubado, ou até dentro da UTI, né [...] Então assim, no início foi muito difícil para a gente poder acostumar a mexer com eles, ficar ali, porque são muitos pacientes, né? Ter que ficar dando atenção, assim... (Camila).*

*[...] a gente ficava direto na porta da enfermaria, nos vidros, o dia todo olhando. Você saía dali só pra preparar medicação. E quando era horário de almoço, a gente revezava com o colega [...] assim, a gente não conseguia se alimentar direito, né. Não conseguia se hidratar direito. Porque a gente ficava muito tempo a mais com o paciente. Quando você ia lá no repouso era rápido, tinha que arrancar a roupa, fazer a higienização, ir correndo lá, beber a água, voltar de novo, colocar de novo, e ficar de novo na frente da enfermaria (Sabrina).*

*[...] são muitos pacientes com quadro respiratório, então eles agravam muito rápido, né. Então a gente ficou vigilante. A gente não fez por um período... durante um mês, nós não fizemos nosso horário de descanso. E a gente achou válido, ninguém reclamou, e a gente ficava nos corredores, maioria já visualizando pela janelinha, pessoal que estava no isolamento respiratório, no cateter de O2, então isso aí a gente ficava meio cansado, né (Maria).*

A intensificação do trabalho, associada à pressão e às exigências impostas pelo novo fluxo de trabalho, também foram identificadas por Lopes (2020), ao entrevistar trabalhadores da enfermagem na cidade de Goiânia, no mês de junho de 2020, e por Ludwig *et al.* (2020), ao realizarem um estudo documental com base em depoimentos de profissionais de saúde, entre os meses de maio e agosto de 2020. Além dessa situação ter aumentado o esforço físico dos trabalhadores, também gerou maior carga psíquica, uma vez que passou a exigir um constante estado de tensão e vigília deles ao lidarem de forma mais constante com as imprevisibilidades do trabalho e com a possibilidade de morte dos pacientes, além de contribuir para que tivessem maior chance de manifestação de ansiedade e estresse, características peculiares da organização no contexto de trabalho dos setores que atendem pacientes críticos, como UTI e Prontos-socorros, conforme relatado por Pai, Lautert e Krug (2011) e Beck (2000).

Esse contato mais constante com as situações de instabilidade do quadro clínico do paciente parece ter aumentado o risco de sofrimento e de implicações sobre a saúde mental dessas trabalhadoras que, geralmente, buscam manter o distanciamento afetivo e o “controle psicológico” frente às situações danosas vivenciadas no trabalho, conforme mencionado pelas próprias entrevistadas e identificado por alguns autores (MACHADO, 2006; BECK, 2000; PAI; LAUTERT;

KRUG, 2011), mas que indicaram uma fragilização das defesas no contexto de pandemia.

*A gente às vezes tinha momentos que dá vontade de sair e deixar tudo. Muita pressão, às vezes, não só do que a gente tem de responsabilidade com o paciente, quanto à pressão do nosso setor, que requer dos nossos gerentes, sabe? Assim, quanto do paciente também. Então, muita pressão, isso às vezes deixa a gente assim, com a mente meio (embaralhada), teve gente que ficou assim, né? Você tem que ter o seu psicológico muito bem trabalhado. Coisa que às vezes aqui a gente não tem, assim, não tem o psicológico preparado para certas situações, entendeu? (Camila).*

Vale ressaltar, no entanto, que se, inicialmente, a maior vigilância dos pacientes era uma exigência dos gestores, posteriormente, as próprias trabalhadoras perceberam a importância do trabalho realizado por elas para evitar o agravamento do paciente. Mesmo com medo e cansadas, a maioria das participantes da entrevista relatou buscar meios para lidar com o dia a dia do trabalho, a fim de contribuir para a assistência adequada aos internados.

Uma das questões mencionadas por elas sobre a organização do trabalho e que foi importante para que pudessem lidar com essas situações foi a transformação de um quarto do próprio setor da CM em uma “sala de intubação”, com todos os materiais e medicamentos necessários para que fosse realizado o atendimento adequado aos pacientes em intercorrências clínicas<sup>53</sup>, conforme relatou uma entrevistada:

*[...] é uma sala preparada para atender paciente no caso de emergência, a gente não tem que fazer tudo dentro do quarto e nem, e nem ter que ficar esperando vaga de UTI. Você ter uma sala preparada para isso fez toda diferença porque é só o médico vir e já tinha tudo. Entendeu? Então, a sala de intubação fez uma diferença muito grande e isso deu uma segurança porque deu condições de trabalho no setor até estabilizar o paciente pra transferir (Dora).*

Quando identificavam que a condição clínica do paciente estava agravando, a equipe de enfermagem fazia a transferência dele para a “sala de intubação” e

---

<sup>53</sup> Apenas os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem realizavam atendimento direto ao paciente em intercorrência na sala de intubação. Os auxiliares de enfermagem ficavam na porta para dar suporte separando o material necessário.

acionava os médicos do TIRR, conforme a demanda avaliada. Segundo as entrevistadas, a equipe médica se dirigia ao setor imediatamente para avaliar o paciente, discutir o quadro clínico e definir os cuidados a serem prestados junto à equipe de enfermagem e, por muitas vezes, esse fluxo de trabalho contribuiu para evitar o óbito de pacientes. Assim, a integração de toda a equipe para prestar o atendimento e definir as condutas foi apontada como um diferencial para que pudessem dar conta de socorrer um paciente crítico em uma unidade aberta.

*Ainda bem que nós tínhamos aqui uma equipe que ajudou a gente muito nas intubação (sic), que foi a equipe de resposta rápida, que foi os anestesistas porque eram pessoas com muita experiência, então, a intubação era muito rápida, muito precisa, era muito bem feita. Acho que a equipe de intubação aqui no Dório Silva, eu vou falar pra você heim, vou falar pra você tá, no Covid os anestesistas... foi perfeito. Não tivemos complicação, problemas nenhum com relação à intubação. A experiência deles ajudou a gente muito, muito, muito (Carmen).*

Segundo as entrevistadas, nos primeiros meses da pandemia, cerca de três pacientes precisavam ser intubados por dia e, às vezes, ocorria de não ter disponibilidade de vaga em UTI para que fossem transferidos de setor. Quando isso ocorria, o paciente permanecia na “sala de intubação” sob o cuidado da equipe de enfermagem e dos fisioterapeutas, estes somente no período diurno, apesar de não se sentirem preparados para assistir ao paciente crítico e nem contarem com a presença constante de um médico — nas unidades abertas não é prevista a permanência da equipe médica durante 24 horas. Essa situação também acarretou mudança da organização do trabalho da equipe e, pelo relato de algumas entrevistadas e de conversas informais com outros trabalhadores, incidiu sobre a saúde mental deles, gerando estados emocionais caracterizados pela vivência constante de ansiedade. Porém, essas situações ocorreram com menos frequência no período conhecido como segunda onda da Covid-19 no HDS, no início do ano 2021, provavelmente porque havia mais informações sobre a doença e a equipe já havia adquirido mais conhecimento sobre o manejo com os pacientes infectados.

Nesse contexto, os trabalhadores passaram a exigir cada vez mais o acesso aos EPIs e, nos meses iniciais da pandemia, essa foi uma questão que chamou a atenção, porque grande parte deles não fazia o uso adequado dos equipamentos antes desse período, quando pareciam não se importarem com esse tipo de proteção, mesmo quando indicado e ofertado. Algumas entrevistadas falaram da

percepção sobre a mudança na relação com o uso do EPI após o surgimento da Covid-19:

*Com as outras doenças não era assim, então, a gente andava sem máscara pelo hospital, ia para o quarto e dava banho no paciente sem máscara, mal mal botava o capote quando o paciente era bactéria multirresistente porque quando não era, a gente também não se paramentava. Era assim que nós trabalhávamos, só que hoje não, mudou tudo, o modo de pensar, mudou tudo, mudou tudo (Carmen).*

*Assim, antes a gente não dava tanta importância para certos EPIs, né?! Aí hoje eu vejo essa diferença que é, coisas que antes a gente não dava importância e que hoje eu olho e falo: “Cara, não acredito que eu fazia isso e não usava isso (Telma).*

É possível que essa preocupação em se proteger tenha surgido porque o trabalho no contexto de pandemia parece ter aumentado a percepção dos trabalhadores sobre a exposição aos agentes infecciosos que podem causar dano a sua integridade física. Dessa forma, o uso do EPI passou a representar o reconhecimento desses riscos e, para além de uma determinação dos gestores da unidade hospitalar, os próprios trabalhadores passaram a reivindicar o acesso a todo material que era recomendado, apesar do uso rotineiro contribuir para a intensificação do trabalho, como relatado abaixo:

*Quando era o dia do meu plantão, eu já pensava, em vestir aquele monte de roupa, toda hora tirar a roupa, colocar a roupa. Fora assim, que às vezes o cansaço era tão grande que dava mal estar, dor de cabeça, entendeu? Porque a gente não tava acostumado, né? Em não respirar totalmente. A gente tava respirando muito pouco dentro daquela máscara, o dia todo... (Sabrina).*

*[...] você tinha que entrar mais vezes na enfermaria e tinha que toda hora se paramentar com aquele monte de coisa, então, isso cansa. Isso era o que cansava mais, o que estressava era isso. Aquele monte de coisa que tinha que colocar pra você entrar (Telma).*

Apesar disso, durante as entrevistas, não foi mencionado sobre o uso do EPI ter ocasionado complicações cutâneas, comum aos trabalhadores que fizeram uso constante de máscaras e luvas, conforme relatado na literatura (PAIANO *et al.*, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2020). Entretanto, as trabalhadoras informaram que o uso do EPI gerou muito desconforto e limitações para execução das atividades

assistenciais, constituindo-se como um fator estressor, como também foi evidenciado por Maben e Bridge (2020).

*Aquele monte de aparelhagem atrapalhava a gente, a gente ficava muito sufocado, começava a embaçar o olho, e uma falta de ar, aquela máscara sufocando... No começo não foi muito fácil não. Hoje a gente se acostumou um pouquinho... (Dora).*

*Eu não enxergava com aquela viseira. Aquele óculos... A gente não enxerga, não tinha como puncionar a veia, eu não conseguia puncionar a veia, então, na maioria das vezes eu tirava e puncionava a veia. Ou eu ia deixar sem puncionar a veia. Eu não conseguia enxergar com aquele trem na minha cara, então, eu tinha que tirar e puncionar, correr o risco, entendeu? (Telma).*

*Tinha hora que você falava "Tô saindo". Saia do quarto, pra trocar o capote, ir limpar o rosto, porque suava demais e não tinha condição de trabalhar daquele jeito (Carmen).*

Apesar de toda mudança no contexto laboral e da intensificação do trabalho, grande parte das entrevistadas relataram a satisfação em contribuir para a melhora do paciente, a partir do trabalho realizado nesse contexto.

*Eu ficava, assim, muito feliz, quando eu via o paciente saindo, passava pelo corredor, todo mundo batia palma, sabe, a gente paramentado. Aí o paciente "ah, deixa eu tirar uma foto com você", e aquela plaquinha escrito "eu venci o Covid". A gente falou "cuidado e tal, respeita o isolamento, não vai por aí", "não, eu vou ficar...". Assim, sabe? A satisfação de ver os pacientes também tendo alta, sabe? Isso aí é muito satisfatório para a gente, né, porque, nossa, às vezes a gente até chorava, quando via os pacientes, assim... (Camila).*

Em alguns momentos, a melhora e alta hospitalar dos pacientes que foram infectados pela Covid-19 eram festejadas de forma coletiva e por iniciativa da equipe de enfermagem. Os aplausos aos pacientes no momento da alta, por exemplo, foi uma cena reproduzida em vários setores do hospital, em outras regiões do Brasil e do mundo, e parece ter se constituído como um momento importante para todos os envolvidos, conforme identificado por Bitencourt e Andrade (2020) que, ao analisarem o ritual, entenderam que essa prática surgiu como uma forma de agradecimento coletivo importante para fortalecer a necessidade primordial de afirmação das trabalhadoras da enfermagem. Esse movimento de valorização e reconhecimento do trabalho por toda a equipe e pela equipe parece ter sido fundamental para permitir a transformação de situações de sofrimento no trabalho

em prazer e o alcance de satisfação com o trabalho, que é tão importante para a construção e manutenção psíquica dos indivíduos, conforme indica Dejours (2004).

Importante dizer também que, no início da pandemia, o trabalho da equipe de enfermagem, de modo geral, passou a ter mais visibilidade, fato que fez com que os profissionais da área fossem chamados de “heróis” e se tornassem foco de homenagens pela população, por serem um dos principais trabalhadores da linha de frente do enfrentamento à Covid-19. Mas apenas uma entrevistada falou sobre essa questão e mencionou ter dúvidas sobre o trabalho da categoria realmente estar sendo reconhecido: “[...] eles falam que a gente é isso e aquilo, e agora já estão até esquecendo da gente. Tanto a população quanto eu, acho que até os próprios pacientes.” (Rose). Talvez, a desconfiança apresentada pela entrevistada ocorra, porque, se a princípio havia o entendimento de maior valorização da categoria profissional, em nenhum momento os movimentos contribuíram para, efetivamente, produzirem mudanças na realidade de vida e trabalho desses sujeitos, que continuam enfrentando muitas condições adversas de trabalho. Além disso, os auxiliares e técnicos de enfermagem continuam sendo os profissionais da saúde com maior índice de infectados (29,7%) e mortos (26,9%) pela Covid-19, segundo os dados publicados em 29 de setembro de 2021, pelo Ministério da Saúde.

#### **8.5 Núcleo de sentido 04: *“[...] eu acho que o medo, sei lá, não sei se eu acostumei ou se foi o medo que foi diminuindo por eu estar ali, não sei, mas no início foi muito difícil.”***

Neste núcleo de sentido, serão apresentadas outras estratégias que parecem ter sido utilizadas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem para suportar o trabalho, o medo e outros sofrimentos frente às situações adversas que surgiram com a pandemia.

Algumas entrevistadas justificaram que prestar os cuidados à população no momento de uma crise sanitária era a “missão”, ideia que remete à história de profissionalização da enfermagem e que também pode ser entendida como uma estratégia defensiva, por ter permitido a manutenção do equilíbrio psíquico para que suportassem o trabalho na pandemia, mascarando o sofrimento existente, como relatado por elas:

*No início, acho que nenhum funcionário, assim, queria estar aqui pra receber, mas é nossa obrigação, nosso compromisso, né, é assim... muito importante. A gente vinha trabalhar, se protegendo todinho, colocava óculos, gorro, máscara, todos os EPIs, luva, sapato fechado, tudo (Joana).*

*Imagina se todo mundo desistisse aqui hoje, se ninguém quisesse trabalhar nessa pandemia. Quantas e quantas pessoas iriam morrer? Quantas pessoas não iam ter assistência? Acho que foi isso. A gente tá aqui, foi o que nós escolhemos, vamos tentar e fazer o que a gente pode (Carmen).*

*Eu coloquei na minha mente, que se, assim, eu tô ali pra salvar a vida, poderia ser a vida de um parente meu, de um colega meu, você entendeu? Eu pensava assim, você entendeu? (Sabrina).*

*Eu sempre pensei assim “bem, se está ali, a gente tem que estar cuidando, hoje pode ser aquela pessoa que está ali, amanhã pode ser um parente meu, pode ser um filho”, então, assim, eu estando preparada para esta coisa, eu posso estar ajudando um familiar, né, quanto o Covid, quanto a qualquer outra doença. Então eu estando aqui no meio eu vou estar mais preparada para isso, né, para estar ajudando outras pessoas, até a mim mesma (Camila).*

Esses relatos também podem revelar a percepção do trabalhador em se sentir útil ao prestar os cuidados aos pacientes por meio do seu trabalho. Fato que pode ter sido fonte de conforto e satisfação para os trabalhadores que, ao perceberem a importância da sua contribuição na recuperação dos pacientes, podem ter dado sentido ao trabalho e ficado mais mobilizados para enfrentar as dificuldades impostas pela situação, conforme discutido por Ludwig *et al.* (2020).

Além disso, relataram que foi preciso encarar o trabalho porque, mesmo com medo, precisavam manter o emprego e não viam alternativa para deixar de ir trabalhar.

*Então quando chegou, não teve muito tempo para ficar pensando, se “ah, eu vou trabalhar, eu não vou trabalhar”. Se eu estava trabalhando nos hospitais que escolheram para ser de Covid, aí como que eu vou parar pra pensar nessa hora? Ah, eu vou desistir? Não. Já que eu estou no meio, eu vou ter que entrar, eu vou ter que ajudar. Porque se eu for ficar parando, pensando em tudo o que ia acontecer, o que poderia acontecer, eu não ia conseguir sair de casa (Rose).*

*[...] em momento nenhum eu pensei em desistir, “ah tá, o Covid, eu vou parar nessa época, vou ficar com minha família”, não, eu não pensei nisso. Mesmo porque eu tenho a necessidade de trabalhar, eu que sustento a minha casa, não tenho de onde tirar outra renda, a não ser do meu trabalho aqui, então, assim, eu não pensei em desistir (Camila).*

Algumas entrevistadas, no entanto, falaram que não havia motivo para o trabalho na pandemia gerar tanto medo nos trabalhadores do hospital, pois alegavam que a exposição ao risco de adquirir alguma doença infectocontagiosa sempre foi inerente à profissão da enfermagem e que a Covid-19 era apenas mais uma doença, como relatado abaixo:

*Porque a pandemia, ela impactou com as pessoas, que foi uma coisa assim, que veio na mídia, um monte de gente morrendo, e as pessoas temerosas do desconhecido, né. Aí eu falei assim, “gente, a gente lida com paciente com KPC, com Pseudomonas, com tuberculose, você fica ali uma semana, dá banho no leito, conversa, abraça o seu José, o seu João, e depois, ops”. Entendeu? Eu trabalhei isso muito na minha cabeça, entendeu. Então psicologicamente isso não me impactou. Mas fisicamente sim.<sup>54</sup> (Maria).*

*Então eu pensei assim, não tinha do que assustar. Mais do que a gente vê, um XDR? Vai lá... Se você entra lá no Jayme, você agora pega uma enfermagem que só tem XDR, como é que você vai fazer? Não é pior? Então você vê tanta coisa, que talvez isso aí não assustou (sic) tanto<sup>55</sup> (Rose).*

Os trechos acima parecem apontar que a racionalização, ou seja, a atribuição de explicações coerentes do ponto de vista lógico para lidar com a situação da pandemia pode ter contribuído para reduzir a percepção do medo e para que os trabalhadores pudessem suportar o sofrimento. Porém, essas trabalhadoras parecem não ter assumido uma atitude de negação ou desprezo diante da situação, pois relataram ser importante o uso do EPIs para se protegerem.

Outras estratégias também foram empregadas pelas entrevistadas para lidar com o sofrimento. Uma entrevistada relatou que parar de assistir os noticiários sobre a Covid-19 — quando era constante o anúncio sobre o contágio e as mortes de pessoas por todo o mundo — foi importante para evitar agravos à saúde mental. Outras trabalhadoras recorreram à religião como suporte para enfrentar as adversidades no trabalho, como mencionado nas entrevistas:

---

<sup>54</sup> A *Klebsiella pneumoniae carbapenemase* (KPC) é um tipo de bactéria resistente a diversos antimicrobianos e que causa infecções hospitalares.

<sup>55</sup> Bactérias do XDR: forma de classificar microrganismos que são resistentes a quase tudo ou todos os agentes antimicrobiais aprovados.

*Eu chegava em casa, orava, botava a fé em Deus e falava assim: “Seja o que Deus quiser, eu tô lá pra fazer o melhor que eu possa fazer, vou tentar, vou me paramentar direitinho, vou usar os EPIs que devo usar, vou tomar banho de álcool... (Carmen).*

*Eu passei também a assistir uns vídeos religiosos e tal, me ajudou e isso ajudou muito. Eu acho que foi a melhor coisa que eu fiz, porque se eu continuasse vendo aquelas reportagens maçantes não ia dar certo, não (Joana).*

*Eu teria o que eu tenho hoje se eu não tivesse o meu trabalho? Por isso tudo eu sempre agradeço. Primeiramente Deus, e o meu trabalho. Eu sempre quando acordo, “Senhor, dai-me força para vencer mais um dia”. Porque, né, é com essa força que eu vou conseguir, com meu trabalho, vencer mais um dia de trabalho, para mim (sic) poder voltar para minha casa, cuidar da minha casa e dos meus filhos. Então é isso que me ajuda (Camila).*

*Olha, pra mim, a experiência que eu vivi nesse período, foi a época em que você tinha que ter muita fé em Deus. E, assim, você via que se você deixasse seu psicológico se rebaixar, o negócio ia ficar pior (Sabrina).*

Considerando que, para Dejours (1992), o medo fragiliza a saúde mental dos trabalhadores e, por isso, é importante a neutralização dele para que os trabalhadores continuem realizando suas tarefas, entendemos que todas as estratégias defensivas que parecem ter sido utilizadas para lidar com o medo foram fundamentais para a construção e manutenção psíquica dos auxiliares e técnicos de enfermagem frente às situações de sofrimento.

Supomos, por exemplo, que a expressão do medo, relacionada ao risco de infecção pela Covid-19 e à realização do trabalho, parece ter sido mais intensa nos primeiros meses da pandemia. No segundo semestre de 2020, principalmente entre a primeira e a segunda onda de internação de pacientes com Covid-19 no HDS, foi observada uma mudança de comportamento dos trabalhadores, que começaram a flexibilizar o uso de máscaras e de outros EPIs durante a rotina de trabalho, fato que pode ter ocorrido pela redução do medo para lidar com a Covid-19, como relatado por elas no momento da entrevista:

*[...] eu acho que o medo, sei lá, não sei se eu acostumei ou se foi o medo que foi diminuindo por eu estar ali, não sei, mas no início foi muito difícil (Carmen).*

*Agora o medo diminuiu porque a gente tem mais ou menos uma ideia, né, do que seja. Que é uma doença respiratória, que você tem que evitar aglomeração, muitos contatos, conversar, né? Agora tem um pouco mais de esclarecimento [...] O que ajudou a perder o medo foi a prática. Porque se*

*eu não tivesse prática, eu sendo um cidadão comum, uma cidadã, eu não iria estar aqui (Joana).*

*Então, assim, agora a gente está mais preparado para cuidar do paciente de Covid, mas o medo, eu acho que ficou. E eu acho, assim, eu falo por mim, esse medo de... Não é nem de pegar, porque eu peguei. De cuidar, e de a gente passar por isso, é muito, é intenso. Porque a gente, assim, se põe ali no lugar do paciente, porque a gente perdeu muito paciente novo aqui. A gente via, assim, eu fiquei muito apavorada, sabe? (Camila).*

*A insegurança ainda bate, mas a gente passou um período tão grande ao lado do vírus... Vejo que, a gente vê que hoje diminuiu tanto, graças a Deus, acho que o medo diminuiu por causa disso, porque a gente está vendo que está diminuindo o número de pacientes com Covid, apesar de estar trabalhando com paciente covid ainda (Carmen).*

Vale ressaltar que a entrevista ocorreu no mês de julho de 2021, quando muitas mudanças nas condições e organização do trabalho já haviam sido realizadas, e os trabalhadores já haviam vivenciado diversas situações que, apesar de terem contribuído para a redução da percepção do risco, podem, ainda, ter gerado certa insegurança, a saber: o surgimento de uma variante da Covid-19 no final do ano 2020; o aumento de internações de pessoas infectadas pelo novo coronavírus, no início do ano 2021 (segunda onda no HDS), seguido da queda dos casos de infecção e internação associados ao surgimento da vacina contra a Covid-19 e a imunização de todos os trabalhadores da linha de frente do HDS — apesar da lentidão da vacinação na população em geral e o risco do surgimento de novas variantes do vírus.

*Aí chegou a vacina, o pessoal já estão mais desleixado (sic), que não estão usando máscara o tempo todo. Estão saindo mais. Isso que não foi vacinado, vamos botar, metade da população não foi vacinado (sic). E já está salvando muita gente, tem menos entrando nos hospitais, tem menos gente doente, tem muita gente pegando e que não está evoluindo tão rápido para morrer, ou para internar, ou para intubar. Então a vacina ajudou muito. Creio que assim que vacinar mesmo, não vou dizer nem 100%, porque 100% não vai, mas 70%... Já vai estar, tipo assim, uma doença controlada, igual à gripe, igual às outras doenças estão. Vai ter, eu creio, que nos hospitais vai ter uma ala para Covid, né, porque vai ter que continuar o isolamento (Rose).*

Como o não cumprimento das medidas de segurança tem sido cada vez mais comum no hospital, algumas intervenções das chefias imediatas ocorrem, a fim de lembrar aos trabalhadores que o risco de contágio ainda existe. No entanto, essa conduta, apesar de importante para a manutenção do uso do EPI e para a redução

do risco de transmissão intra-hospitalar, é uma estratégia que coloca os trabalhadores em confronto direto com a realidade que eles tentam esconder, uma vez que reconhecer o risco é reconhecer, também, o medo (CARNEIRO; AEROSA, 2018).

**8.6 Núcleo de sentido 05: “Eu vou ser franca para você, eu acho que melhorou, não foi por causa da pandemia. Eu acho que mudou a gestão. A nossa coordenação mudou, entendeu?”**

Neste núcleo de sentido, iremos apresentar alguns efeitos das mudanças que ocorreram nas condições e organização do trabalho na CM — após os primeiros meses de enfrentamento da Covid-19 até julho de 2021 — que também têm relação com a troca dos gestores da unidade<sup>56</sup>.

As trabalhadoras entendem que, para além das demandas advindas com a pandemia, as mudanças nos processos de trabalho foram implantadas devido à troca das pessoas que estavam na gestão: “Eu vou ser franca para você, eu acho que melhorou, não foi por causa da pandemia. Eu acho que mudou a gestão. A nossa coordenação mudou, entendeu?”(Maria).

*Então, assim, depois que mudou a coordenação... Não estou “puxando saco” de ninguém, porque eu não “puxo saco” de ninguém, mas o que é verdade tem que ser dito, né? Depois que entrou fulano e fulano, as coisas mudaram, a gente teve como chegar, como falar as coisas. Antes a gente não tinha voz. É o que eu sentia quando entrei aqui, a gente não tinha (Maria).*

As entrevistadas chamaram a atenção para algumas alterações na rotina de trabalho, que foram iniciadas no segundo semestre de 2020, quando havia poucos pacientes internados por Covid-19 no HDS, mas que foram mantidas em todos os outros momentos em que a CM precisou funcionar como coorte de pacientes com Covid-19 e ainda estavam vigentes. Essas alterações na rotina de trabalho foram: a assistência ao paciente deixou de ser realizada no modelo de “cuidado por tarefas”

---

<sup>56</sup> Em setembro de 2020, por decisão da nova gestão hospitalar, novos profissionais assumiram a coordenação de enfermagem e a Gerência da CM 1.

e passou a ser realizada no modelo de “cuidados integrais”; a divisão de tarefas entre a equipe diurna e a equipe noturna foi modificada, e a equipe diurna passou a ter um horário reservado para o descanso.

No modelo de “cuidados integrais”, cada trabalhadora passou a ser responsável por todos os cuidados e procedimentos de enfermagem com todos os pacientes do quarto sob sua responsabilidade.

*Hoje é o cuidado integral, então, eu sou responsável pela minha enfermaria. Se minha enfermaria tem quatro, cinco pacientes, eu cuido da medicação, dos cuidados. Então, amanhã, o supervisor sabe quem ficou naquela enfermaria responsável por tudo... (Dora).*

Elas relataram estar satisfeitas com a mudança, porque esta reduziu a carga de trabalho, permitiu um maior convívio com os pacientes e uma melhor avaliação das condições de saúde deles: “[...] quando eu sou responsável por aquela enfermaria, quando a gente chega, que a gente já conhece o paciente que tá há muito tempo, a gente sabe se ele tá bem ou não, entendeu? Só de visualizar.” (Sabrina).

*A mudança foi boa, porque eu consigo ter mais tempo com o paciente. Antes eu tinha que fazer uma situação um pouco mais corrida porque eu tinha que pensar que tinha mais paciente para atender. Hoje eu já entro falando com os quatro porque eu sei que os quatro são meus. A não ser quando tem atestado, alguma coisa, que eu tenho que pegar mais paciente, mas no modo geral eu tenho mais contato com o paciente. Gosto de conversar muito com eles, a gente tem uma proximidade muito maior. Então é melhor (Dora).*

Para além de ter como objetivo romper com a lógica da fragmentação do cuidado, o modelo de “cuidados integrais” permitiu um maior vínculo entre o usuário e o trabalhador, tão importante nos processos de cuidado em saúde, conforme aponta Peduzzi e Anselmo (2004). Além disso, tem tornado as trabalhadoras mais responsáveis pelo paciente e pelo atendimento das demandas dele, uma vez que permite acompanhá-lo de forma mais próxima e constante, diferente do que ocorria no período pré-pandemia, quando era constante o rodízio de trabalhadores entre os quartos e os pacientes. Essa estratégia também tem permitido um maior controle dos gestores com relação ao trabalho realizado, visto que possibilita identificar quem está responsável pelo cumprimento do trabalho planejado e pela execução.

Já a divisão das tarefas entre os turnos surgiu no intuito de equilibrar as atividades executadas pelas equipes dos diferentes plantões. Assim, a coordenação de enfermagem definiu que a realização dos banhos seria uma atividade executada nos dois turnos: a equipe diurna deveria ficar responsável por dar o banho nos pacientes de determinados quartos e a equipe noturna, nos pacientes de outros quartos.

Além disso, a aquisição de materiais e de medicamentos, que antes era feita somente pela equipe do dia, também passou a ser realizada pela equipe dos dois turnos<sup>57</sup>.

*A gente era responsável por dar todos os banhos, encaminhar paciente para exame, para Centro Cirúrgico, para hemodiálise, e ainda a gente tinha que dar conta de todas as medicações. Que quando dava 15h00, a gente ia para a Farmácia, pegar todas as medicações, de todos os pacientes. Então, assim, tudo acontecia de dia. Então a gente, assim, “epa, tem alguma coisa errada aí, né, a gente tem que dividir”, porque o plantão é de 12 horas, tanto à noite quanto ao dia (Maria).*

Se, por um lado, essas mudanças contribuíram para reduzir a carga de trabalho da equipe do dia, por outro, a equipe noturna tem se queixado de maior sobrecarga de trabalho. Apesar do turno de 12 horas de trabalho ser comum às trabalhadoras, a equipe noturna explicou que o tempo disponível para prestar “os cuidados” é reduzido, comparado com a equipe do dia. Isso porque o plantão noturno começa às 19 horas e, no máximo, até às 23 horas é esperado que todas as atividades diretas com os pacientes sejam finalizadas para que elas possam descansar.

*Agora, assim, eu vejo, assim, que deveria ter uma pessoa responsável com relação a buscar medicação na farmácia, porque isso é estressante pra gente. À noite a gente tem banho, tem medicação na farmácia pra buscar, tem material pra buscar, a gente chega e não tem nem material pra dar banho. Aqui, isso está estressante (Telma).*

---

<sup>57</sup> Essa mudança ocorreu porque, em outubro de 2021, os médicos hospitalistas passaram a ser responsáveis pelos pacientes do setor, e parte das prescrições médicas passou a ficar disponível somente no início da noite. Com isso, parte do material passou a ser adquirido pela equipe noturna.

A principal queixa da equipe noturna está relacionada à necessidade de buscar o material na farmácia antes de iniciar o atendimento aos pacientes. As trabalhadoras explicaram que, comparado ao período pré-pandemia, há um quantitativo menor de alguns materiais de farmácia disponíveis no setor e isso interfere na rotina de trabalho e na qualidade do cuidado prestado. Pelo relato delas, alguns materiais ficavam estocados no setor, mas atualmente é necessário fazer a solicitação do material em nome do paciente via prontuário eletrônico, conforme a demanda, e buscá-lo no setor responsável pelo fornecimento.

Acreditamos que essa rotina, que tem como propósito um melhor controle do consumo, do estoque e do custo do hospital com material, tem exigido maior disponibilidade das trabalhadoras. Com isso, a equipe do turno da noite tem acelerado o ritmo de trabalho para conseguir finalizar as atividades no tempo programado, a fim de permitir que o paciente e seu acompanhante possam dormir. Além disso, entendemos que conseguir cumprir com as tarefas até o horário estabelecido pelas trabalhadoras é uma forma de também garantir o horário de descanso, previsto em lei, sem comprometer a assistência aos pacientes com alguma instabilidade clínica e que precisam ser medicados.

Algumas trabalhadoras revelaram que esse novo fluxo para aquisição de materiais tem gerado prejuízo para o paciente, porque nem todos os profissionais se dispõem a seguir essa rotina e, em decorrência disso, alguns procedimentos podem deixar de serem feitos.

*Eu vejo, infelizmente, com essa mudança, tá acontecendo muito isso, assim, então, eu acho que tudo tem que ser pensado não tem que ter desperdício, que nem antes da pandemia era muito material, era muito material à vontade. Eu acho que tinha que ter um certo controle, mas esse controle deveria ser do setor. Ter uma disponibilidade mínima, pelo menos, entendeu? Mas muita das vezes a gente chega e não tem nada, então, é complicado. Aí, às vezes, você tem tantas outras coisas para fazer que você deixa sem fazer, entendeu? Deixa aquilo para depois, para depois, aí, quando você vê, tá ali sem fazer, entendeu? E aí quem tá prejudicado não é você, é o paciente (Telma).*

Mesmo com as críticas, algumas entendem que esse fluxo faz parte das mudanças que começaram a ocorrer no HDS, antes da pandemia, de maior controle dos processos de trabalho, associado à necessidade de controle do consumo de

materiais, por conta da possibilidade de escassez no mercado, com o surgimento da Covid-19.

*Assim, às vezes a gente (se) queixa muito sobre material no posto de enfermagem, né. Mas assim, é porque aqui tem a cultura de que no SUS tudo está à mão. Você abriu a gaveta, está ali. Você foi no armário, está ali, né? Porque não tem OS, não tem essas coisas. Então, de um tempo para cá, o Dório está mudando. Não é mais assim, que ficava aquele monte de material... De certa forma, isso educa o funcionário a economizar, porque quando vê muito, vai usando à revelia (Maria).*

Entendemos que o controle de estoque de material é uma rotina necessária para a formalização das atividades executadas e a identificação dos responsáveis pela ação, até mesmo porque as próprias trabalhadoras sinalizaram que havia desperdício antes dessas medidas serem adotadas. Contudo, surge como mais uma responsabilidade para as auxiliares e técnicas de enfermagem e, nesse formato, essas medidas se mostram inadequadas à real necessidade do cotidiano de trabalho, tornando-se mais um fator de tensão para essas trabalhadoras. A fim de que soluções sejam encontradas e atendam à necessidade das trabalhadoras que ofertam os cuidados aos pacientes e as demandas da organização, enfatizamos, mais uma vez, a importância das situações serem discutidas coletivamente.

Esses dados apontam para uma realidade de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem do hospital que parece não ter sido alterada, mesmo com as mudanças na gestão hospitalar, pois as rotinas continuam sendo planejadas e definidas sem a participação deles.

*Eu acho, assim, a gente enquanto técnico de enfermagem, eu acho que a gente deveria ser ouvido um pouquinho mais. Nossos relatos, nas nossas queixas, né. A gente é visto como “ah, mas vocês reclamam demais”. É porque a gente está aqui e a gente vê aquilo que não está legal, né (Maria).*

*[...] quem está de fora opina, mas esquece que não é ele que executa e quem executa é quem sabe o que precisa, né? (Telma).*

Essas falas remetem à ideia da subalternidade dos auxiliares e técnicos de enfermagem, que ainda são vistos apenas como trabalhadores executores das atividades planejadas pelos enfermeiros e médicos, como apresentado na história da enfermagem. Ainda assim, as entrevistadas relataram já ter sinalizado para os gestores a insatisfação, a fim de que outras alternativas sejam adotadas para

facilitar os processos de trabalho, mas as conversas ocorrem pontualmente e apenas entre alguns trabalhadores, devido à ausência de reuniões de equipe para discutir determinadas questões, como relata uma entrevistada

*Porque, assim, eu acho que dentro de uma equipe de trabalho, eu acho que todo mês, assim, pelo menos uma vez por mês, eu acho que deveria ter uma roda de bate-papo entre as equipes. Entre os funcionários com os seus superiores. Independente de ter, assim, algo para apontar. “Ah, que eu não gostei... do 110 com o paciente tal”, então eu acho, assim, é apontando um erro seu é que os outros, ou que a gente vai aprender a consertar outros que podem vir atrás. Então, assim, aqui a gente não tem muito isso, entendeu? Eu acharia, assim, que poderia ter pelo menos uma reunião uma vez por mês com o superior. Eu sei que tudo é muito corrido, eles vêm de outro emprego, ou vai (sic), mas, assim, pelo menos, assim, uma vez por mês, reunir uma equipe do dia, equipe da noite, para ver... Porque, assim, aqui tem um grupo que é gerado no telefone. Aí vê uma coisa errada, bota lá no grupo. Aí todo mundo caiu de pau... Eu não acho isso legal (Camila).*

Além da ausência de reuniões e da tentativa de resolução de problemas por meio de grupos de redes sociais, identificamos também, a partir dos relatos delas, que a insatisfação com a composição e interação da equipe tem contribuído para que essas questões não sejam discutidas coletivamente.

Apesar da redução dos remanejamentos com a queda do número de trabalhadores em isolamento domiciliar, ocorreram outras mudanças na composição da equipe a pedido dos próprios gestores, que decidiram encerrar alguns contratos, realizar a troca permanente de trabalhadores entre as unidades de internação e ceder auxiliares e técnicos de enfermagem para atuar nas novas unidades. Essas trocas constantes parecem contribuir para a perda da noção de pertencimento a uma equipe de trabalho, além de agravar os conflitos e dificultar, ainda mais, o enfrentamento das adversidades do trabalho. Inclusive, no período da entrevista, as trabalhadoras relataram que a equipe estava dividida em pequenos grupos e com diversos conflitos nos quatro plantões de trabalho.

Assim, chamamos a atenção para a necessidade de se discutir de forma mais ampla os efeitos da rotatividade dos trabalhadores no hospital, visto que essa prática tem se tornado cada vez mais frequente e favorecido a desestruturação das relações de solidariedade, o surgimento da desconfiança e dos conflitos, inviabilizando, assim, o compartilhamento de responsabilidades e fragilizando os mecanismos de cooperação, tão necessários para que os trabalhadores lidem com

os desafios do trabalho. Diante disso, há maior risco de sofrimento psíquico entre os trabalhadores e de uso de estratégias defensivas individuais, que não são suficientes para mudar a realidade de trabalho, conforme sinaliza Mendes (2007).

Apesar disso, queremos enfatizar que foi a partir de algumas discussões coletivas conduzidas pela equipe de psicologia que os trabalhadores reivindicaram e conseguiram negociar com a gestão um horário de descanso no período diurno, já que o contrato prevê 12 horas de trabalho ininterruptas. Assim, foi acordado que se não houver intercorrência com pacientes ou outras situações que demandem mais atenção da equipe, após o almoço, parte dos trabalhadores podem descansar, enquanto a outra parte continua prestando os cuidados aos pacientes, e depois é feita a troca.

*[...] a gente conseguiu essa conquista aí, que foi um horário de descanso a partir de 13h às 14h e de 14h às 15h, que não atrapalha a rotina de trabalho nosso, e os banhos, que foram modificados. [...] Se acontece alguma intercorrência, alguma coisa, lógico que a gente não vai deixar o paciente desassistido, né (Maria).*

Vale ressaltar que, para a manutenção desse descanso, é necessário que a equipe consiga manter os acordos firmados com relação à assistência aos pacientes, fazendo a cobertura dos pares ausentes, visto que ainda há questionamentos sobre a possibilidade dessa rotina acarretar prejuízos. Ainda assim, os descansos só foram suspensos durante cerca de um mês, quando ocorreu a segunda onda de internação de pacientes com Covid-19, no primeiro semestre de 2021, e a CM ficou como coorte de Covid-19.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta dissertação, procuramos apresentar algumas questões que perpassam a relação entre trabalho e saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam em uma unidade de clínica médica de um hospital público da Grande Vitória, ES. O hospital, mesmo inserido em um contexto de precarização, constitui-se como um serviço importante da rede estadual, inclusive no enfrentamento da pandemia da Covid-19.

Ser trabalhadora do HDS e desenvolver uma pesquisa dentro do mesmo hospital se tornou um desafio, apesar do conhecimento de algumas questões relativas ao processo de trabalho hospitalar e de diversas situações enfrentadas pela equipe de saúde para a execução das atividades prescritas. Transitar entre trabalhadora e pesquisadora foi um processo, em muitos momentos, complicado. Por um lado, estavam as inquietações frente ao contexto histórico de precarização do hospital e por outro, o contexto inédito de uma pandemia.

A precarização do HDS, que foi causada por uma série de decisões políticas históricas, inclui a inadequação da infraestrutura, o número reduzido de profissionais nas equipes, a insuficiência de recursos materiais e, ainda, a fragilidade dos vínculos de trabalho e as frequentes mudanças no perfil hospitalar. Tudo isso produz, diariamente, efeitos sobre o trabalho e o trabalhador. Além disso, a pandemia da Covid-19 gerou incertezas e ansiedade nos trabalhadores, trouxe à tona o medo do desconhecido e interferências na dinâmica de trabalho, o que afetou o modo de pensar a condução da pesquisa e a estruturação desta dissertação.

Partindo das vivências nos diferentes lugares ocupados ao longo destes quase oito anos de trabalho no HDS — ora como psicóloga hospitalar, ora como psicóloga do Serviço de Gestão da Qualidade, exercendo atividades como psicóloga hospitalar — o lugar da trabalhadora-pesquisadora foi se constituindo e encontrando brechas para ampliar as discussões relacionadas ao campo do trabalho e saúde mental, fazendo uso de alguns conceitos da Psicodinâmica do Trabalho.

Neste percurso, reafirmamos a importância de dar visibilidade ao trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem, visto que grande parte da bibliografia revisada tende a abordar o processo de trabalho de enfermagem de forma ampla, sem considerar o processo de formação próprio e as especificidades da atividade de

trabalho de cada categoria que atua no âmbito hospitalar, que são: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

No hospital, os auxiliares e técnicos de enfermagem são os trabalhadores que permanecem mais tempo prestando cuidado direto aos pacientes. Lidam com situações durante a rotina do dia a dia que favorecem e, muitas vezes, potencializam a vivência de sofrimento no trabalho, como foi mencionado nas rodas de conversa e nas entrevistas: a convivência com o sofrimento e a morte; o esforço físico na execução dos cuidados ao paciente; a dupla jornada e sobrecarga de trabalho; a insuficiência e má qualidade de recursos materiais; a estrutura física precária; a falta de treinamento e educação permanente; a rotatividade de profissionais, devido aos contratos temporários de trabalho, caracterizando a fragilidade do vínculo; a não valorização e a falta de reconhecimento pelo trabalho, bem como a ausência de espaços de discussão coletiva, tão importantes para a visibilidade do trabalho e para a construção de acordos e de relações de trabalho pautadas na cooperação e na solidariedade.

Por outro lado, esses trabalhadores conseguem utilizar um espaço de liberdade entre o trabalho prescrito e o trabalho real para intervirem no dia a dia do trabalho, que é marcado por imprevistos diante das variações do estado de saúde dos pacientes e da organização do trabalho. Porém, sua contribuição ainda é pouco valorizada nos espaços organizacionais e na sociedade, porque, historicamente, os cuidados básicos cotidianos tornaram-se uma prática desqualificada e pouco reconhecida e, na rígida divisão do trabalho a que estão submetidos, a valorização do trabalho é atribuída aos profissionais de nível de escolaridade superior, como médicos e enfermeiros. Ainda assim, o prazer e a satisfação, importantes para que possam dar sentido ao trabalho, surgem associados à melhora e alta de pacientes e ao reconhecimento pelo cuidado por parte dos pacientes e familiares.

Identificamos que algumas estratégias parecem ter sido elaboradas para lidar com o sofrimento no trabalho, como a naturalização da dor e do sofrimento; o distanciamento do afeto, criando a ideia de que não há sofrimento com as perdas; a racionalização e a banalização quando não percebem o sofrimento como um problema e acomodam-se com a situação, por acreditarem que não há possibilidade de mudança. Entretanto, destacamos que — apesar dessas estratégias serem importantes para que consigam lidar com as condições desgastantes de trabalho e

encontrar uma forma para se manterem saudáveis — elas impedem o enfrentamento da situação, uma vez que não promovem a transformação ou modificação da realidade, apenas reduzindo sua percepção perante o trabalhador. Assim, contribuem para ocultar as exigências psicológicas e físicas do trabalho, podendo levar os trabalhadores a certa alienação e limitação das ações de engajamento junto à organização do trabalho, sem que compreendam, de maneira crítica, o contexto de trabalho e os fatores que podem gerar sofrimento e adoecimento.

Com o surgimento da pandemia da Covid-19, a precarização do HDS deixou os trabalhadores temerosos frente à falta de condições estruturais e organizacionais para ofertar o atendimento aos pacientes de forma segura para todos os envolvidos. Entretanto, as adequações realizadas para o enfrentamento da crise sanitária contribuíram para mudanças no cenário hospitalar. Foram contratados novos trabalhadores de forma emergencial, foi permitida a realização de compras sem licitação, houve o recebimento de recursos financeiros do Governo Estadual e Federal, devido à instituição do estado de Calamidade Pública, que permitiram custear as despesas com material médico-hospitalar, medicamentos, prestação de serviços médicos especializados, aquisição de material permanente e outras demandas.

Percebemos que, mesmo enfrentando o medo de serem infectadas ou responsabilizadas pela infecção de algum familiar pelo novo coronavírus, a insegurança em realizar atividades desconhecidas e a intensificação do trabalho pelo aumento do ritmo e da carga de trabalho, as entrevistadas relataram melhorias nas condições e na organização do trabalho durante o período da pandemia, que parecem estar contribuindo para a redução do risco de sofrimento e adoecimento dessas trabalhadoras.

Ainda assim, as interferências do modelo neoliberal estão presentes e — para além dos cortes de gastos e o incentivo à terceirização, que há anos afetam o contexto hospitalar, que vem passando por mudanças com a possibilidade de ser gerenciado pela iNOVA Capixaba — chamamos a atenção para os efeitos da fragilização dos vínculos de trabalho. Devido ao crescente aumento de contratos de trabalho por designação temporária e da alta rotatividade, desde o início da crise sanitária, ficou mais evidente como essas práticas contribuem para o aumento dos conflitos nas relações interpessoais na equipe.

Diante disso, chamamos a atenção para a importância de se promover, ainda, outras mudanças na organização hospitalar, a fim de que esses trabalhadores tenham condições de construir coletivamente um espaço que permita a compreensão dos eventos geradores, tanto de prazer quanto de sofrimento no trabalho, e a elaboração e compartilhamento dos sentimentos e das emoções. Nesse sentido, acreditamos ser este um caminho viável para que a contribuição dos auxiliares e técnicos de enfermagem à organização do trabalho fique visível, por meio da criatividade e inteligência, associada à experiência prática, o que pode contribuir para o reconhecimento do trabalho realizado. Reconhecimento este tão fundamental à superação dos estados patológicos e à preservação da saúde mental.

Esperamos que este estudo possa servir de ferramenta para os trabalhadores e entes públicos vinculados ao trabalho em saúde, a fim de que estratégias sejam discutidas para reduzir as adversidades decorrentes da organização do trabalho.

## REFERÊNCIAS

AEROSA, J. **As percepções de riscos dos trabalhadores:** qual a sua importância para a prevenção de acidentes de trabalho? *In:* NETO, H. V; AEROSA, J; AREZES, P. (org.). Impacto social dos acidentes de trabalho. Vila do Conde: Civeri Publishing. 2012, p. 66-97.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04:** Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2). Brasília. ANVISA. 2020. 118 p.

ARAUJO, J. L; OLIVEIRA, K.K. D; FREITAS, R. J. M. Em defesa do Sistema Único de Saúde no contexto da pandemia por SARS-CoV-2. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, Supl. 2, e20200247, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0247>. Acesso em: 10 out. 2020.

AYANIAN, J. Z. Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care. **JAMA Health Forum.** [s.n] 2020;1(4):e200397. Disponível em: <https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2764228>. Acesso em: 15 nov. 2020.

AZAMBUJA, E. P. *et al.* É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2010 Out-Dez; 19(4): 658-66.

BARBOSA, D. J. *et al.* Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: Síntese de Evidências. **Ciências Saúde.** [s.i]. v. 31. Supl 1. 2020. 31-47 p. Disponível em: <https://doi.org/10.51723/ccs.v31iSuppl%201>. Acesso em: 02 nov. 2020.

BARRETO, I. C. H. C.; *et al.* Colapso na Saúde em Manaus: o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da COVID-19. **SciELO Preprints.** 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1862>. Acesso em: 15 nov. 2021.

BARROS-DELBEN, P. *et al.* Saúde mental em situação de emergência: COVID-19. **Revista Debates em Psiquiatria.** v.10, n. 2. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25118/2236-918X-10-2-3>. Acesso em: 11 nov. 2020.

BARROS, M. E. B; BENEVIDES DE BARROS, R. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S.B. e BARROS, M. E. (Orgs). 1 ed. **Trabalhador da saúde:** muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007, p 61-71.

BASTOS, J. A. **Servidores, funcionários, terceirizados e empregados:** a babel dos vínculos, cotidiano de trabalho e vivências de trabalhadores em um serviço público. 2019. 212p. Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2019.

BASTIANI, J.A.N *et al.* As origens da enfermagem e da saúde: o cuidado no mundo. *In:* PADILHA, M. I.; BORENSYEIN, M. S.; SANTOS, I (orgs.). **Enfermagem - história de uma profissão**. 3. Ed. São Caetano do Sul, SP. Difusão Editora, 2020. 477 p.

BECK, C. **Da Banalização do sofrimento à sua re-significação ética na organização do trabalho**. 2000. 265 p. Tese (Doutorado em enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis – SC – Brasil, 2000.

BITENCOURT, S. M., ANDRADE, C.B. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. **Ciênc. Saude coletiva**. v. 26, n. 3, Mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42082020>. Acesso em: 10 dez. 2021.

BOUYER, G. C. Contribuição da Psicodinâmica do Trabalho para o debate: "o mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador". **Dossiê Temático: O Mundo Contemporâneo do Trabalho e a Saúde Mental do Trabalhador - I** • Rev. bras. saúde ocup. 35 (122). Dez 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200007>. Acesso em: 10 set. 2020.

BRANDÃO, G. R.; LIMA, M. E. A. Uma intervenção em Psicopatologia do Trabalho – contribuições da Clínica da Atividade. **Rev Bras Saude Ocup**. v. 9, n. 44: e19. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000009118>. Acesso em: 18 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS - Documento-Base**. 3. ed. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.338, de 3 de outubro DE 2011**. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt233-8\\_03\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt233-8_03_10_2011.html). Acesso em: 20 jun. 2021.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF, 1987.

CAMPIOLO, E. L. *et al.* Impacto da pandemia do Covid-19 no serviço de saúde: uma revisão de literatura. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, n. 26, P 1-8, Jul. 2020. Disponível em: <https://iajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/view/140>. Acesso em: 02 nov. 2020.

CARNEIRO, C. M. S.; AEROSA, J. Trabalho e Medo: Estratégias Defensivas e Sustentabilidade das Relações de Trabalho. **TMQ – Techniques methodologies and quality**. Número especial – segurança e saúde no trabalho. 2018. 11 p. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/331496829>. Acesso em: 22 nov. 2021.

CECÍLIO, L. C. de O. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 4, n. 2, :315-329, 1999. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200007>. Acesso em: 10 mai. 2021.

CHANLAT, J. F. **O gerencialismo e a ética do bem comum**: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos. *In*: VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002.

CHEN, Q. *et al.* Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. **Lancet Psychiatry**. V. 7, n. 4.:e15-e16. 2020. Disponível em: doi: 10.1016/S2215-0366(20)30078-X. Acesso em: 18 jan. 2021.

CHIAVEGATO FILHO, L. G.; NAVARRO V. L. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. **PEGADA - A Revista da Geografia do Trabalho**. v. 13, n. 2 (2012). Disponível em: <https://revista.fct.unesp.br/index.php/pegada/article/view/2023>. Acesso em: 10 nov. 2020.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Denúncias por falta de EPIs entre profissionais de saúde aumentaram. **Site do COFEN**. Brasília, 07/04/2020. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/denuncias-por-falta-de-epis-entre-profissionais-de-saude-aumentaram\\_78772.html](http://www.cofen.gov.br/denuncias-por-falta-de-epis-entre-profissionais-de-saude-aumentaram_78772.html). Acesso em: 30 out. 2020.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **LEI n. 7.498/86, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html). Acesso em: 08 mai. 2021.

COREN MS. Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul. **PARECER TÉCNICO N°005/2015. ASSUNTO**: Da permanência nas unidades de terapia intensiva dos profissionais auxiliares de enfermagem concursados e capacitados como técnicos de enfermagem, assim também aqueles que não realizaram a capacitação citada, no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossi. 2015. Disponível em: [http://ms.corens.portalcofen.gov.br/parecer-005-permanencia-do-auxiliar-de-enfermagem-em-unidades-de-terapia-intensiva\\_3302.html](http://ms.corens.portalcofen.gov.br/parecer-005-permanencia-do-auxiliar-de-enfermagem-em-unidades-de-terapia-intensiva_3302.html). Acesso em: 24 jun. 2021.

CORRÊA FILHO, H. R.; SEGALL- CORREA, A. M.. Lockdown ou vigilância participativa em saúde? Lições da Covid-19. EDITORIAL. **Saúde em debate, Debate**, Rio de Janeiro, v. 44 (124), p. 5-10, mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012400>. Acesso em: 06 nov. 2021.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5º e. ampliada - São Paulo: Cortez - Oboré, 1992.

\_\_\_\_\_. Addendum. Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. *In*: Lacman, S.; Sznelwar, L. (Org.). **Christophe Dejours: da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Brasília: Paralelo 15, 2004.

\_\_\_\_\_. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. Nº 54 – Vol. 14 – Abril, Maio e Junho, 1986.

\_\_\_\_\_. *Psicodinâmica do Trabalho: casos clínicos*. Porto Alegre – São Paulo, 2017.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. Ensaio Essay. **Trab. Educ. Saúde**. v. 14, supl. 1, p. 15-43, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000400015escript=sci\\_abstractetlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000400015escript=sci_abstractetlng=pt). Acessado em 06 out. 2018.

DRUCK, G.; ANTUNES, R. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. **O Social em Questão** - Ano XVIII - nº 34 – 2015, 24 p.

DU, J. *et al.* Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. **General Hospital Psychiatry**. v. 67, November–December 2020, 144-145. Disponível em: 10.1016/j.genhosppsych.2020.03.011. Acesso em: 10 dez. 2020.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital-escola. **Rev Latino-Am Enfermagem**. 14(4), 2006, 517-25 p.

ESPÍRITO SANTO. **Lei Complementar nº 809, de 23 de setembro de 2015**. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado pelo Estado do Espírito Santo para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal e do inciso IX do art. 32 da Constituição Estadual, e dá outras providências. 2015. Disponível em: <http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/legislacao/html/lec8092015.html>. Acesso em: 10 jan. 2022.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2020-2023. Espírito Santo, 2020. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Plano%20Estadual%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20PES%20-2020-2023.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2021.

FARIAS, K. K. R., BEZERRA, W. C. Condições institucionais e estratégias de enfrentamento da precarização do trabalho por terapeutas ocupacionais em hospitais públicos. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos**, v. 24, n. 2, 2016, p. 235-246. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0576>. Acesso em: 10 out. 2020.

FONSECA, M.L.G. **Da prescrição à criação**: inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem em oncologia. 2014. 251 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. *In*: MACHADO, R. (org.). **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal; 1984. p. 99-111.

GIANNINI, R. *et al.* A cooperação como instrumento de enfrentamento do real: o caso dos magistrados do trabalho no Brasil. **LABOREAL** (PORTO. ONLINE), v. 15, p. 1-10, 2019. Disponível em: <https://journals.openedition.org/laboreal/1202>. Acesso em: 02 nov. 2021.

GLERIANO, J. S. *et al.* Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da COVID-19. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 24, n. spe, e20200188, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttextepid=S1414-81452020000500502eIng=enenrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S1414-81452020000500502eIng=enenrm=iso). Acesso em: 11 nov. 2020.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. de. Assistir/cuidar na enfermagem. **Rev. Min. Enf.**, 2(1), 1998, p. 2-8, jan./jun., 1998.

GONZALES, R. M. B. **Sofrimento na práxis da enfermagem**: real ou deslocado em seu sentido. 2000. 204 f. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

HELIOTERIO, M. C. *et al.* COVID-19: Por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00289121, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/664>. Acesso em: 02 jun. 2020.

HELOANI, R; LANCMAN, S..Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, vol. 6, pp. 79-90, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65132004000300009> . Acesso em: 20 ago. 2020.

LANCMAN, S.; JARDIM, T. A. O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 82-89, maio/ago., 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v15i2p82-89>. Acesso em: 20 set. 2021.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Cad. psicol. soc. trab.** São Paulo, v. 6, p. 79-90, dez. 2003 . Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttextepid=S1516-37172003000200006eIng=ptenrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttextepid=S1516-37172003000200006eIng=ptenrm=iso). Acessos em: 28 nov. 2021.

LIBÂNIO, E. de S. *et al.* A pandemia do novo coronavírus: um impacto social, econômico e psicológico. *In*: SOUSA, I. C. (Org). **Ciências da saúde no Brasil [recurso eletrônico]**: impasses e desafios. Ponta Grossa, PR: Atena, p. 99 – 114, 2020.

LIMA JUNIOR, J. H. V.; ESTHER, A. B. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **Rev. adm. empres.** [online] vol.41, n.3, p.20-30, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-75902001000300003>. Acesso em: 17 nov. 2019.

LIMA, M. E. A. A Psicopatologia do Trabalho: Origens e desenvolvimentos recentes na França. **Psicologia Ciência e Profissão**. V. 18, n.2, p. 10-15, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98931998000200003>. Acesso em: 22 mai. 2020.

LINDE, P; VIEGO, M. OMS alerta que a falta de equipamentos de proteção põe profissionais da saúde em risco. **EL PAIS**. Brasil, 05 de março de 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/ciencia/2020-03-05/oms-alerta-que-a-falta-de-equipamentos-de-protecao-poe-profissionais-da-saude-em-risco.html>. Acesso em: 26 out. 2021.

LOPES, E. A. de B. Vivências de sofrimento e adoecimento em ambiente de trabalho: uma análise do cotidiano profissional de enfermeiras e enfermeiros num contexto pandêmico em dois centros de referência no atendimento a pacientes de Covid-19. **Cad. psicol. soc. trab.** [online]. v. 23, n. 2, p. 218-235, 2020. Disponível: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v23i2p218-235>. Acesso em: 10 nov. 2021.

LOSEKANN, M. V. **Saberes de Técnicos e auxiliares de enfermagem: reinventando o trabalho e qualificando a arte de cuidar**. 2013. 197 p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. 1998. 345 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1998.

LUDWIG, F. S, *et al.* Pandemia da COVID-19: percepção dos profissionais de saúde sobre a assistência aludida em mídia televisiva. **Rev Bras Enferm**. v. 74 (Suppl 1), e20201258, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1258> e20201258. Acesso em: 11 nov. 2021.

MABEN, J; BRIDGES, J. Covid-19: Supporting nurses psychological and mental health. **Journal of Clinical Nursing**, v. 29, p. 2742-2748, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15307>. Acesso em: 13 out. 2020.

MACHADO, A. G. **Cuidadores: seus amores e suas dores: o sofrimento psíquico dos auxiliares e técnicos de enfermagem em um hospital cardiológico**. 2006. 112p – Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

MACHADO, M. H. Os profissionais de Saúde em tempos de Covid-19: a realidade brasileira. **FIOCRUZ**, [2020] Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=Os-profissionais-de-Saude-em-tempos-de-Covid-19>. Acesso em: 30 out. 2020.

MACHADO, M.H; CARVALHO, A. I. de; CAMPOS, F. E. de. Pesquisa da Fiocruz investiga saúde de trabalhadores na pandemia. **Centro de Estudos Estratégicos da FIOCRUZ**, 2020. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/pesquisa-da-fiocruz-investiga-saude-de-trabalhadores-na-pandemia\\_81928.html#:~:text=A%20pesquisa%20%E2%80%9CCondi%C3%A7%C3%B5es%20de%20Trabalho,de%20t%C3%A9cnicos%20auxiliares%20de%20enfermagem](http://www.cofen.gov.br/pesquisa-da-fiocruz-investiga-saude-de-trabalhadores-na-pandemia_81928.html#:~:text=A%20pesquisa%20%E2%80%9CCondi%C3%A7%C3%B5es%20de%20Trabalho,de%20t%C3%A9cnicos%20auxiliares%20de%20enfermagem). Acesso em: 02 nov. 2020.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**. v. 3, n. 3: p. 119-122, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2012.v3.n3.294>. Acesso em: 07 jan. 2021.

MANSANO, S. R. O. Trabalho imaterial afetivo na área da saúde. **Perspectivas em Psicologia**, v. 11, n. 1, p. 86-92, 3 jun. 2014.

MEDEIROS, S.N. de; MARTINS, S. R; MENDES, A.M. Sofrimento e defesa: análise psicodinâmica do trabalho de monitoramento aéreo de trânsito. **Trivium: Estudos Interdisciplinares**, Ano IX, Ed.1, p. 74-90, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18379/2176-4891.2017v1p.74>. Acesso em: 11 mar. 2021.

MENDES, Á; CARNUT, L. Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social**, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 9–32, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.26512/ser\\_social.v22i46.25260](https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25260). Acesso em: 11 out. 2020.

MENDES, A. M. B. Aspectos Psicodinâmicos da relação Homem-Trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicol. cienc. prof.** 15, p. 1-3, 1995 • <https://doi.org/10.1590/S1414-98931995000100009>. Acesso em: 23 mai. 2021.

MENDES, A. M. B. (org.) **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas**. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. 144 p.

MENDES, A. M. B.; VIEIRA, A. P.; MORRONE, C. F. Prazer, Sofrimento e Saúde mental no Trabalho de Teleatendimento. **RECADM**. v. 8, n. 2, p. 151-158, Nov./2009. Disponível em: <http://revistas.facecla.com.br/index.php/recadm>. Acesso em: 03 dez. 2021.

MENEZES, A. P. do R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde debate**. v. 43, n. especial 5, p. 58-70, dez 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>. Acesso em: 20 nov. 2020.

MINAYO, M. C. S; FREIRE, N. P. Pandemia exacerba desigualdade na saúde. Pandemia exacerba desigualdades na Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3555-3556, Sept. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.13742020>. Acesso em: 10 dez. 2020.

MIRANDA, F. M. D. *et al.* Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a Covid-19. **Cogitare enferm**. 25: e72702, 2020.

MOLINIER, P. A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. **Rev. bras. saúde ocup.** v. 33, n. 118, Dez, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572008000200002>. Acesso em: 07 mai. 2021.

MONTEIRO, N. O Estado em desmonte frente à epidemia da Covid-19. **Physis**. Rio de Janeiro, v.30, n.3, e300304, 2020. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttextepid=S0103-73312020000300303eInng=enenrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0103-73312020000300303eInng=enenrm=iso). Acesso em: 31 dez. 2020.

MOREIRA, M. C. N. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. v. 5, n. 3, p. 621-645, 1999.

MOREIRA, W. C.; SOUSA, A. R. de; NÓBREGA, M. do P. S. S. Adoecimento mental na população geral e profissionais de saúde durante a pandemia da Covid-19: revisão sistemática. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis , v. 29, Jan – Dec, 2020.

MULLER, A. E. *et al.* The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. **Psychiatry research**, 293, sep, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113441>. Acesso em: 01 fev. 2021.

NEVES, N.M. B. C.; BITENCOURT, F. B. C. S. N.; BITENCOURT, A. G. V.. Ethical dilemmas in COVID-19 times: how to decide who lives and who dies?. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Paulo, v. 66, supl. 2, p. 106-111, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttextepid=S0104-42302020001400106eInng=enenrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0104-42302020001400106eInng=enenrm=iso). Acesso em: 12 nov. 2020. Epub Sep 21, 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. 2020a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 15 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana de Saúde. Guia preliminar: Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de covid-19. Versão 1.5. **Grupo de referência IASC sobre saúde mental e apoio psicossocial em emergências humanitárias**. 2020b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documents/interim-briefing-note-addressing-mental-health-and-psychosocial-aspects-covid-19-outbreak>. Acesso em: 15 jul. 2020.

OLIVEIRA, A.C. Desafios da enfermagem frente ao enfrentamento da pandemia da Covid-19. **Rev Min Enferm**. V. 24. e-1302, fev.2020. 2020.

OLIVEIRA, A. L. P. de. **Fatores responsáveis pela resiliência de funcionários de uma organização bancária**: estudo de casos. 2016. 105 p. Dissertação (Mestrado em Administração) - Centro universitário UNA/MG. Belo Horizonte, 2016.

PAES-SOUSA, R.; SCHRAMM, J. M.de A.; MENDES, L. V. P. Fiscal austerity and the health sector: the cost of adjustments. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 12, p. 4375-4384, Dec. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23232019>. Acesso em: 11 jan. 2021.

PAI, D. D.; LAUTERT, L.; KRUG, J. S. **Psicodinâmica e saúde mental do trabalhador de enfermagem**: ritmo acelerado e intensificação do fazer\*. *Enfermagem em Foco*, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 38-43, fev. 2011. ISSN 2357-707X.

Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/72>. Acesso em: 10 nov. 2021.

PAIANO, M. *et al.* Saúde mental dos profissionais de saúde na China durante pandemia do novo coronavírus: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm.** v. 73 (Suppl 2), 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0338> e20200338. Acesso em: 10 dez. 2020.

PARAQUAT. *In:* WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. **Flórida:** Wikimedia Foundation, 2018. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Paraquate&oldid=53752117>. Acesso em: 03 mar. 2018.

PASCHE, D.F. **Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar.** Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu. V.13, supl.1, 2009, p. 701-8.

PEDUZZI, M; ALSEMI, M. L. O auxiliar e o técnico de enfermagem: categorias profissionais diferentes e trabalhos equivalentes. **Rev Bras Enferm.** Brasília (DF), v. 57, n. 4, p. 425 – 429, jul-ago, 2004, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000400008>. Acesso em: 10 fev. 2020.

PETZOLD, M. D.; PALG, J.; STROHLE, A. Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the COVID-19 pandemia. **Nervenarzt.** v. 91, n. 5, p. 417-421, May, 2020. Disponível em: 10.1007/s00115-020-00905-0. Acesso em: 10 dez. 2020.

PIRES, D. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho:** estudo em instituições escolhidas. 1996. p. 347. Tese (Doutorado em Sociologia) - Departamento de Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1996.

PIRES, D; GELBCKEL. G; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho Educação e Saúde**, v. 2. N. 2, p.311-325, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462004000200006>. Acesso em: 12 fev. 2020.

PRADO, A. D. *et al.* A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Volume Especial 46 - COVID-19 | 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4128>. Acesso em: 10 dez. 2020.

QUEIROZ, A. M. *et al.* O 'NOVO' da COVID-19: impactos na saúde mental de profissionais de enfermagem? **Acta Paul. Enferm.** v. 34, eAPE02523, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/actape/2021AO02523>. Acesso em: 10 dez. 2021.

RACHE, B. *et al.* Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo ao COVID-19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar. **IEPS**. Nota Técnica nº 3, Mar, 2020.

RIZZOTTO, M. L. F. Neoliberalismo e Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, [20-?]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>. Acesso em: 22 out. 2018.

ROLLO, A. de A.. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo “globalizado”? In: BARROS, M. E. B. de; SANTOS-FILHO, S. B. (Org) **Trabalhador da Saúde: Muito Prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007, p. 20 – 59.

SANT'ANA, G. *et al.* Infecção e óbitos de profissionais da saúde por COVID-19: revisão sistemática. **Acta paul. Enferm.** vol.33, p. 1-9, 2020 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttextepid=S0103-21002020000100601eInq=enenrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextepid=S0103-21002020000100601eInq=enenrm=iso). Acesso em: 12 dez. 2020.

SANTOS, A.S. *et al.* Contexto hospitalar público e privado: impacto no adoecimento mental de trabalhadores da saúde. **Trab. Educ.saúde**. v. 15, n. 2, p. 421-438, maio – ago, 2017.

SANTOS, I. S; VIEIRA, F.S.V. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência e Saúde Coletiva** v. 23, n. 7, p. 303-2314, 2018. Disponível em: [dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018). Acesso em: 10 dez. 2020.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.18, n.1, pp.273-280, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>. Acesso em: 05 jan. 2021.

SANTOS, T. B. S. *et al.* Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do SUS. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 2, p. 247-261, out. 2018.

SCHMIDT, B. *et al.* Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estud. psicol.** Campinas , v. 37, e200063, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>. Acesso em: 14 nov. 2020.

SCHMOELLER, R. *et al.* Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 32, n. 2, Jun, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200022>. Acesso em: 17 set. 2021.

SCHUCK, F. W. *et al.* The influence of the COVID-19 pandemic on suicide risk. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 13778-13789 set/out., 2020. Disponível

em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/17583/14273>. Acesso em: 27 dez. 2020.

SERAFIM, R. C. D. N; BU, Emerson do; NUNES, Aline. Manual de Diretrizes para Atenção Psicológica nos Hospitais em Tempos de Combate ao COVID-19. **Revista Saúde e Ciência**. [Online]. v. 9, n. 1, 24 p., 2020. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/401/385>. Acesso em: 10 mar. 2020.

SESA. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Novo Hospital Dório Silva: Inovação em Saúde Pública – Espírito Santo 2003 – 2010. *In: Projeto e Perspectiva do novo hospital Estadual Doutor Dório Silva / Relatório de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde 2003 – 2010*. Espírito Santo, 2010, 83 p.

SILVA, J. F. *et al.* Sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho: implicações para a enfermagem. **Research, Society and Development**. v. 9, n. 9, e356997237, 2020. Disponível em: [dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7237](https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7237). Acesso em: 13 out. 2021.

SILVA, M. C. N.; MACHADO, M. H.. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 1, pp. 07-13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>. Acesso em: 30 dez. 2021.

SOARES, A. As emoções do care. *In: HIRATA, H. S.; GUIMARÃES, N. A; FONTES, A.(org.). Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care*. São Paulo: Atlas; 2012. p. 44-59.

SOENER, M. How Austerity is Worsening Coronavirus. **Books and Ideas**. 4 jun. 2020. Disponível: <https://booksandideas.net/How-Austerity-is-Worsening-Coronavirus.html>. Acesso em: 02 jan. 2021.

SOUZA, D. de O. A saúde dos trabalhadores e a pandemia de COVID-19: da revisão à crítica. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência e Tecnologia**, [S. l.], v. 8, n. 3, p. 125-131, 2020a. DOI: 10.22239/2317-269x.01627. Disponível em: <https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1627>. Acesso em: 15 dez. 2020.

SOUZA, D. de O. O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde e seus rebatimentos no enfrentamento da Covid-19. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30(3), e300313, 2020b Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2020.v30n3/e300313/pt/>. Acesso em: 12 nov. de 2020.

SOUZA, N. V. D. O. *et al.* Influência do neoliberalismo na organização e processo de trabalho hospitalar de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 70, n. 5, sep-Oct, 2017 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0092>. Acesso em: 05 nov. 2021.

SPINELLI, A.; PELLINO, G. COVID-19 pandemic: perspectives on an unfolding crisis. **Wiley Public Health Emergency Collection**. v. 107, n. 7, p. 785-787, jun,

2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228411/>  
Acesso em: 10 out. 2020.

TEIXEIRA, C. F. de S *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 9, p. 3465-3474, Sept. 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000903465&lng=en&rm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903465&lng=en&rm=iso). Acesso em: 29 nov. 2020.

TRAESEL, E. S.; MERLO, Á. R. C. Trabalho imaterial no contexto da enfermagem hospitalar: vivências coletivas dos trabalhadores na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. **Rev. bras. saúde ocup.** v. 36, n. 123, p. 40-55, 2011.

TWAIN, M. Novel coronavirus and hospital infection prevention: Preparing for the impromptu speech. **Infection Control e Hospital Epidemiology**, Volume 41, Issue 5. May 2020, p. 592-593.

VALENTE, J. Covid-19: 257 mil profissionais de saúde foram infectados no Brasil. Revista online: **Agência Brasil**. Reportagem publicda em 24 de agosto de 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-08/covid-19-257-mil-profissionais-de-saude-foram-infectados-no-brasil>. Acesso em: 12 out. 2020.

WANG, C. *et al.* Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. **Int J Environ Res Public Health**. v. 17, n. 5, mar, 2020. Disponível em: [10.3390/ijerph17051729](https://doi.org/10.3390/ijerph17051729). Acesso em: 08 dez. 2020.

WANG, J.; ZHOU, M.; LIU, F. Reasons for healthcare workers infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. **J Hosp Infect.** v. 105, n. 1, p. 100 – 101, may, 2020. Disponível em: [10.1016/j.jhin.2020.03.002](https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.03.002). Acesso em: 29 dez. 2020.

WILLAN, J. *et al.* Challenges for NHS hospitals during covid-19 epidemic. **The BMJ**, 2020; 368. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1117>. Acesso em: 01 out. 2020.

ZHANG J. *et al.* Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. **Precis Clin Med**. Vol 6, n. 1. Mar, 2020. Disponível em: [doi:10.1093/pcmedi/pbaa006](https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006). Acesso em: 03 jan. 2021.

**APÊNDICE A — QUESTIONÁRIO**

1. Identificação: \_\_\_\_\_
  
2. Idade: ( ) 20 a 30 anos ( ) 30 a 40 anos ( ) 40 a 50 anos ( ) 50 a 60 anos
  
3. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
  
4. Formação Profissional: ( ) Ensino médio ( ) Ensino Técnico  
( ) Graduação: \_\_\_\_\_ ( ) Pós-graduação \_\_\_\_\_
  
5. Cargo: ( ) auxiliar de enfermagem ( ) técnico de enfermagem
  
6. Tipo de Vínculo com a SESA: ( ) efetivo ( ) contrato
  
7. Tempo de trabalho no HEDS: ( ) 3 a 5 anos ( ) 5 a 10 anos ( ) 10 a 15 anos
  
8. Setor de trabalho atual (informar se já esteve atuando em outro setor): \_\_\_\_\_
  
9. Prestou atendimento aos pacientes infectados pela Covid-19 em qual período?  
( ) Março a julho 2020 ( ) Agosto a dezembro de 2020 ( ) Janeiro a junho de 2021
  
10. Qual o seu horário de trabalho: ( ) 12/36 horas diurno ( ) 12/36 horas noturno ( ) Outro:
  
11. Tem outro vínculo de trabalho ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, qual a carga horária? ( ) 20 horas ( ) 30 horas ( ) 40 horas
  
12. Você teve Covid-19: ( ) Sim ( ) Não

13 Precisou ficar em isolamento respiratório alguma vez por suspeita de Covid-19:  
( ) Sim ( ) Não

## APÊNDICE B — ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Quais são suas atribuições e responsabilidades?
2. Existe diferença entre o trabalho do técnico e do auxiliar de enfermagem no hospital? Se sim, quais? Como você lida com isso?
3. Como é a sua rotina de trabalho? Já era assim antes da pandemia? Se não, explique.
4. Como se sentiu trabalhando diretamente com pacientes infectados pela Covid-19?
5. Como é o seu ambiente e condições de trabalho (parte estrutural)? Houve alguma mudança durante a pandemia?
6. Você conta com os recursos para executar seu trabalho como gostaria? Explique.
7. Você sentiu/sente dificuldades no seu dia a dia de trabalho nesse período de pandemia? Quais? Como lida com elas?
8. Como você avalia a questão da comunicação durante o período de pandemia?
9. Com relação às medidas de proteção coletivas (refeitório, sem circular) e individuais fornecidas pela organização do trabalho, o que você tem a dizer? Como é trabalhar com elas?
10. Como é a relação com os outros colegas da equipe para a execução das atividades? Como é o convívio no dia-a-dia? Surgem conflitos? Como resolvem?
11. Você gosta do seu trabalho? O seu trabalho te gera satisfação/prazer? Explique
12. Você sente que seu trabalho é reconhecido pelos seus colegas? E pelos usuários? E pelos gestores? Se sim, o que eles valorizam no seu trabalho? Quais vivências são exemplos desse reconhecimento? Caso não haja reconhecimento: Como você lida com a falta de reconhecimento?

13. Você considera seu trabalho desgastante? Explique.
14. Considera que o seu trabalho gera algum sofrimento ou adoecimento? Explique.  
Se sim, o que faz para lidar com essa situação?
15. O que gostaria que melhorasse no seu trabalho?
16. Quais sugestões você teria para melhorar as condições e sua satisfação com o trabalho?
17. O hospital ofertou algum tipo de cuidado em saúde mental para as equipes de saúde durante a pandemia? Se sim, qual?
18. Com a pandemia, a sua relação com o trabalho mudou? Com a família? Amigos? Quais dimensões da vida foram afetadas?
19. Com relação à vacinação contra à Covid-19, qual a sua expectativa?

## APÊNDICE C — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Pesquisadora Responsável:** Juliana Oliveira Silva

**Contato:** (27) 99717-1431

Você está sendo convidado a participar da pesquisa: **“O enfrentamento da Covid-19 e a saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital público da Grande Vitória”**. Convidamos você a participar, pois acreditamos que seu relato, por meio de entrevistas, pode contribuir para entendermos a experiência vivida no trabalho hospitalar, no período de pandemia de Covid-19, e a relação entre trabalho e saúde mental neste contexto.

**Objetivo:** O objetivo geral da pesquisa consiste em analisar as relações entre trabalho e saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem, em um hospital público da Grande Vitória/ES, no contexto da pandemia da Covid-19.

**Como será feita a pesquisa?** Você participará da pesquisa por meio de entrevistas que dará individualmente. Entenda que as entrevistas serão gravadas, depois transcritas pelos pesquisadores. O material utilizado para a análise será o texto produzido após a transcrição e não sua voz. Somente você e os pesquisadores terão acesso as gravações. As entrevistas acontecerão, preferencialmente no horário de trabalho e/ou em local pré-definido com sua anuência, com duração aproximada de 1 hora,. Você terá acesso ao material gravado sempre que quiser, bem como do material que for realizado pelos pesquisadores.

**Quais os benefícios quanto à realização dessa pesquisa?** Ao conversamos sobre o seu trabalho, é possível que você pense sobre as questões que possam lhe causar sofrimento e resgate sua capacidade de enfrentar essas condições. Além disso, a pesquisa contribui para produção de conhecimentos que podem ajudar na proposição de estratégias de cuidado e no subsídio de políticas públicas de saúde mental para os trabalhadores da saúde.

**Quais os risco quanto à participação nessa pesquisa?**

Sua participação não deverá provocar riscos à sua saúde física e mental, com excessão do relato de episódios que podem produzir a reexperiência dos eventos que causaram sofrimento, no entanto, caso isso ocorra a pesquisa será interrompida.

**Quais são os seus direitos?** É você quem decide sobre a participação nessa pesquisa. Só participará se quiser. Se decidir não participar da pesquisa, é seu direito e nada ocorrerá. Pode perguntar agora ou depois sobre dúvidas quanto à pesquisa. O roteiro das entrevistas e esse termo foram pensados com vistas a não produzir riscos a você no decorrer da pesquisa. Você não deverá, mesmo assim, responder ou fazer qualquer coisa que avalie enquanto arriscado para você. E caso avalie que haja riscos em sua participação sinta se a vontade para interrompê-la. Esteja particularmente ciente que nada, realmente nada do que você disser aqui será informado ao seu chefe ou qualquer outra pessoa dessa empresa sem que você permita. Haverá garantia de sigilo, de privacidade, de retirada do

consentimento em qualquer fase da pesquisa, de ressarcimentos das despesas com a participação na pesquisa e a garantia ao direito de buscar indenização em caso de eventual dano decorrente da pesquisa. O termo será redigido, você e a pesquisadora assinam e rubricam todas as páginas do termo, em duas vias, e você receberá uma delas.

Considerando a pandemia da Covid-19, é necessária a utilização do uso da máscara e o distanciamento de 1,5 metros entre a pesquisadora e entrevistado, mesmo que todos já estejam vacinados. Caso o participante ou a pesquisadora apresente sintomas gripais no dia agendado para a entrevista, o procedimento deverá ser reagendado.

**Outras dúvidas:** Ninguém, exceto pessoas envolvidas com pesquisa, terão acesso ao que você relatou, a não ser que você permita. Saiba que o sigilo de tudo o que conversarmos será mantido. Para divulgar os resultados, saiba que usaremos nomes fictícios, para que não seja possível você ser reconhecido.

Caso haja dúvidas antes, durante, ou após o término da pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável: **Juliana Oliveira Silva** no telefone **(27) 99717-1431** ou no E-mail **ju\_osilva@yahoo.com.br**

Em caso de dúvidas ou intercorrências você poderá, também, acionar o CEP – Comitê de Ética em Pesquisa.

Contato: (27) 3145-9820 / E-mail: cep.goiabeiras@gmail.com

Endereço: Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, Goiabeiras, Vitória - ES, CEP 29.075-910.

Fui esclarecido (a) de que o estudo segue padrões éticos, sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos e que não se propõe a apresentar riscos para os participantes, além de manter o completo sigilo das informações coletadas. Mas, em caso de risco (constrangimento ao falar, ou qualquer outro), a minha participação poderá ser interrompida por mim. Estou ciente dos procedimentos, que será realizada uma entrevista individual, que será gravada em áudio, após a minha autorização mediante a assinatura deste documento. Fui informado (a) ainda, de que os resultados da pesquisa serão divulgados em dissertação, em congressos e periódicos especializados, contribuindo, assim, para a ampliação do conhecimento a respeito do tema investigado. Estou ciente, por fim, da liberdade e do direito de poder desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízo ou risco de sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. E que se o fizer posso acionar o Comitê de Ética em Pesquisa, caso avalie enquanto necessário.

Eu, \_\_\_\_\_, ao me considerar devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre o conteúdo deste Termo de Consentimento e da pesquisa a ele vinculada, expressei livremente meu consentimento para a inclusão da minha participação neste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada por mim e pela pesquisadora responsável ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

---

Participante da pesquisa

Na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa “O ENFRENTAMENTO DA COVID-19 E A SAÚDE MENTAL DOS AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PÚBLICO DA GRANDE VITÓRIA”, eu, JULIANA OLIVEIRA SILVA, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

---

Pesquisadora responsável