

Precarização do trabalho e saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital público da Grande Vitória-ES durante a pandemia da covid-19

Juliana Oliveira Silva¹

Universidade Federal do Espírito Santo (Vitória, ES, Brasil)

Rafael da Silveira Gomes²

Universidade Federal do Espírito Santo (Vitória, ES, Brasil)

O presente estudo teve o objetivo de analisar as relações entre trabalho e saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem no contexto da pandemia da covid-19. Os dados foram produzidos através de entrevistas individuais e, a partir da perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho, analisados com base na técnica de Análise de Núcleos de Sentido. Foram realizadas discussões sobre o confronto dos trabalhadores com a realidade de trabalho – marcada pela intensificação do ritmo de trabalho, pela imprevisibilidade e exigências emocionais e cognitivas – e os possíveis efeitos dessa vivência na dinâmica dos processos subjetivos. Observou-se que a precarização do trabalho contribuiu para a fragilização dos serviços de saúde e para o aumento do sofrimento mental relacionado ao trabalho. No entanto, as estratégias utilizadas pelos trabalhadores para lidar com esse contexto parecem ter contribuído para minimizar os eventuais efeitos nocivos sobre a saúde mental, apesar dos desafios impostos pela crise sanitária.

Palavras-chave: Enfermagem, Trabalho, Saúde mental.

Work precarization and mental health of nursing assistants and technicians in a public hospital in Grande Vitória-ES during the covid-19 pandemic

The present study had the objective of analyzing the relationships between work and mental health of nursing assistants and technicians in the context of the covid-19 pandemic. The data were generated through individual interviews and, from the perspective of Work Psychodynamics, analyzed using the Sense Core Analysis technique. Discussions were held regarding workers' confrontation with the reality of work - characterized by intensified pace, unpredictability, and emotional and cognitive demands - and the potential effects of this experience on the dynamics of subjective processes. It was observed that the precariousness of work contributed to the weakening of healthcare services and to the increase in work-related mental distress. However, the strategies used by workers to deal with this context seem to have contributed to minimizing possible harmful effects on mental health, despite the challenges posed by the health crisis.

Keywords: Nursing, Work, Mental health.

1 <https://orcid.org/0009-0001-3014-7500>

2 <https://orcid.org/0000-0001-7182-147X>

Introdução

A emergência da covid-19, doença causada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2) e considerada a síndrome respiratória viral mais severa desde a “gripe espanhola” (Ferguson et al., 2020), causou repercussões epidemiológicas e sanitárias por todo o mundo. Identificada pela primeira vez em dezembro de 2019 na cidade Wuhan, na China, o ritmo da expansão do contágio levou a Organização Mundial de Saúde a comunicar a pandemia em 11 de março de 2020 e a reconhecer a doença como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional de janeiro de 2020 a maio de 2023.

Inicialmente, foi detectado que 80% dos infectados se recuperavam sem necessidade de buscar os serviços de saúde, cerca de 15% manifestavam maior gravidade e necessidade de cuidados hospitalares e, em média, 5% evoluíam com 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 a média dos casos de SRAG (Organização Pan-Americana da Saúde [Opas], 2020).

Apesar da letalidade da covid-19 ser mais baixa se comparada a doenças causadas por coronavírus no século XXI, sua alta transmissibilidade exigiu mais dos sistemas de saúde e produziu um número absoluto de óbitos superior (Chen, B. et al., 2020).

A velocidade do contágio, a restrição de formas de combatê-lo e o aumento da demanda por cuidados hospitalares levaram diversos sistemas de saúde ao redor do mundo ao colapso, evidenciando o despreparo para o atendimento de tantas pessoas simultaneamente. A situação se agravou porque os sistemas de saúde já estavam fragilizados em função dos recorrentes cortes de gastos e redução de investimentos decorrentes das medidas de austeridade fiscal que limitavam a aquisição de produtos médicos e farmacêuticos, provocando a diminuição das equipes de saúde e a limitação dos leitos para internação, além de gerar impacto na capacidade administrativa e gerencial dos serviços (Paes-Sousa et al., 2019; Soener, 2020).

A diminuição do papel do estatal como provedor de políticas públicas, decorrente do paradigma neoliberal, tem impactado negativamente os indicadores de saúde das populações e a qualidade da prestação de cuidados ofertados nas últimas décadas (Nunes & Brito, 2023). O neoliberalismo, como prática política e social, propõe um estado regulado pelo mercado, marcado pela intervenção estatal mínima nas políticas sociais, consideradas excessos a conter, mas ativo político e juridicamente para fomentar uma sociedade regida pela competitividade mercantil (Menezes, Moretti & Reis, 2019). Conforme Corrêa Filho e Segall-Corrêa (2020), a pandemia de covid-19 explicitou a precarização dos serviços de saúde, ocorrida tanto no Brasil quanto em alguns países europeus em decorrência de políticas neoliberais. Numa “cruel pedagogia do vírus”, a pandemia demonstrou que tais políticas, ao minar a capacidade de resposta do Estado às ameaças e tragédias, deixam suas populações mais vulneráveis (Santos, 2020).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), que já convivia com o subfinanciamento crônico, teve essa condição ampliada após a promulgação da Emenda Constitucional 95/2016, que limitou as despesas do governo por 20 anos, tendo como um de seus efeitos o desinvestimento gradual e sistemático no SUS, que enfrenta a degradação das já precárias condições de trabalho no setor (Mendes & Carnut, 2020). Em apenas dois anos de vigência, cerca de 20 bilhões de reais deixaram de ser destinados à política de saúde (Gleriano et al., 2020).

Foi nesse contexto de degradação das históricas condições precárias do trabalho em saúde que a pandemia chegou ao Brasil. Assim, os trabalhadores e trabalhadoras de saúde foram convocados a formar a linha de frente no combate ao “inimigo invisível”.

Em 3 de abril de 2020, o Ministério da Saúde anunciou que havia escassez de profissionais de saúde capacitados para o uso de equipamentos de ventilação mecânica, fisioterapia respiratória e

cuidados avançados de enfermagem direcionados ao atendimento de pacientes graves de covid-19 (Prazeres, 2020). Um cenário que, associado às condições degradadas de trabalho, contribuiu para o aumento da sobrecarga física e/ou mental dos trabalhadores da saúde (Barbosa et al., 2020).

No primeiro ano da crise sanitária, estudos nacionais e internacionais apontaram que os trabalhadores da saúde apresentavam maior risco para a infecção pelo novo coronavírus e ficavam mais suscetíveis ao adoecimento e desgaste físico e psíquico (Oliveira, 2020; Paiano et al., 2020; Sant’Ana et al., 2020; Teixeira et al., 2020), com maior índice de sofrimento mental entre os que atuavam na chamada “linha de frente” (Muller et al., 2020).

Em uma pesquisa sobre os efeitos na saúde mental de profissionais envolvidos no tratamento de pacientes expostos à covid-19, realizada com 1.257 profissionais de saúde, de 34 hospitais chineses, entre janeiro e fevereiro de 2020, Lai et al. (2020) afirmaram que 34,0% dos participantes relataram insônia, 44,6%, ansiedade, 50,4%, sintomas de depressão e 71,5% disseram sentir angústia, anunciando os riscos potenciais da pandemia na saúde mental dos trabalhadores.

Dentre os fatores que contribuíram para o sofrimento psíquico dos trabalhadores, alguns autores destacam: as incertezas com relação aos efeitos do vírus, 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 (Ayanian, 2020; Barbosa et al., 2020; Prado et al., 2020; Teixeira et al., 2020). Além disso, Petzold, Palg e Strohle (2020) apontaram que os trabalhadores da saúde precisaram lidar com as medidas de segurança rígidas e com a necessidade de procedimentos altamente regulamentados que limitavam a espontaneidade e a autonomia e exigiam maior vigilância e concentração. Segundo Paiano et al. (2020), no período inicial da pandemia, os trabalhadores manifestaram emoções negativas, desamparo, medo, preocupação e fadiga com a alta intensidade de trabalho. Teixeira et al. (2020) indicaram a perda da qualidade do sono, o aumento do uso de drogas e sintomas psicossomáticos entre os trabalhadores da saúde. Corroborando com os dados de Santos et al. (2023), que indicaram que durante a pandemia os trabalhadores da saúde relataram: perturbação do sono (15,8%); alteração do humor como irritabilidade ou choro frequente (13,6%); dificuldade de relaxar ou estresse (11,7%); dificuldade de concentração (9,2%); perda de satisfação na carreira ou na vida (9,1%); sensação negativa do futuro ou pensamento negativo, suicida (8,3%) e alteração no apetite ou alteração do peso (8,1%).

Dessa forma, a pandemia apresentou-se como um grande desafio, ao agravar um contexto já marcado pela precarização e degradação das condições de trabalho, visto que os trabalhadores da enfermagem já conviviam com o déficit de equipes, com os baixos salários, com as jornadas exaustivas, duplo vínculo e com os contratos de trabalho frágeis (Santos et al., 2023), ressaltando os limites que as políticas neoliberais impõem ao cuidado em saúde e seus efeitos na saúde dos trabalhadores e pacientes.

Nova batalha num campo já minado: auxiliares e técnicos de enfermagem, precarização e pandemia

Quando nos aproximamos dos auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital público da Grande Vitória (ES), sujeitos da pesquisa de mestrado que subsidia este artigo, constatamos que, antes da pandemia, estes já relatavam lidar com situações que potencializavam o sofrimento mental, como a precarização das condições de trabalho, a dupla jornada e a sobrecarga, a convivência com a morte, a insatisfação com a organização do trabalho e a falta de reconhecimento, corroborando com os dados apresentados em outros estudos (Amorim et al., 2021; Elias & Navarro, 2006; Lima Junior & Esther, 2001; Santos et al., 2017; Schmoeller et al., 2011).

Situação acirrada durante os primeiros meses da pandemia, quando os auxiliares e técnicos de enfermagem foram os trabalhadores mais expostos ao risco de contaminação pelo Sars-Cov-2 e contabilizaram o maior número de infectados e óbitos no Brasil comparado com outras categorias da área da saúde, de acordo com os dados divulgados por Valente (2020) e apresentados nos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde³. Segundo os dados de 25 de agosto de 2020 do Ministério da Saúde, havia 257 mil casos confirmados da doença entre os trabalhadores de saúde, sendo que 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 a flagrante e reconhecida subnotificação.

Com o processo de trabalho das equipes de enfermagem caracterizado pela sobreposição de cargas de trabalho, as quais contribuem para o desgaste físico e mental dos trabalhadores – cargas físicas (irradiações, falta de material, infraestrutura inadequada), química (manipulação de medicamentos em geral, uso de luvas látex), biológica (exposição a fluidos corporais, manipulação de pacientes com doenças infectocontagiosas), mecânica (acidente de trabalho com perfurocortantes), fisiológica (trabalho noturno, esforço físico) e psíquica (carga horária excessiva, escassez de trabalhadores, ritmo de trabalho acelerado, falta de autonomia, convívio com o sofrimento e a morte) (Carvalho et al., 2017; Schmoeller et al., 2011) –, estudos anteriores ao período pandêmico já apontavam que o sofrimento mental da equipe de enfermagem estava cada vez mais comum com o surgimento dos quadros de depressão, ansiedade e Síndrome de Burnout (Elias & Navarro, 2006; Santos et al., 2017).

Não obstante, Dejours (2004a) destaca que, apesar da potencial nocividade decorrente das condições de trabalho e da organização do trabalho, muitos trabalhadores conseguem manter sua saúde por meio do desenvolvimento de estratégias complexas contra o sofrimento.

Ao considerar que o trabalho é sempre marcado por incidentes, imprevistos, demandas contraditórias e quebra de acordos, o autor aponta que trabalhar é manejar astuciosamente as infidelidades do meio e construir novos modos operatórios para lidar com a lacuna entre o trabalho prescrito (regras e normas de como o trabalho deve ser desenvolvido) e o trabalho real (a atividade que é executada considerando os imprevistos que surgem no cotidiano) (Dejours, 2012).

Assim, o trabalho, segundo Dejours (2004b, p. 28), “não se reduz a experiência ‘pática’ do mundo”, ao sofrimento passivo, como desfecho inescapável. Ao contrário, o autor aponta a mobilização subjetiva do trabalhador, relacionada ao emprego da inteligência prática e da criatividade para lidar com os constrangimentos impostos pelo real, como um recurso que protege o trabalhador dos eventuais efeitos nocivos sobre a sua saúde mental e que minimiza a necessidade do uso de estratégias defensivas, definidas por Mendes (1995, p. 38) “como mecanismo pelo qual o trabalhador busca modificar, transformar e minimizar sua percepção da realidade que o faz sofrer”.

Sendo assim, para Dejours (1992, p. 52):

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 (Dejours, 1992, p. 52).

3 <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19>.

Dessa forma, a atenção aos processos psíquicos mobilizados pelo encontro entre os sujeitos e as imposições geradas pelos processos de trabalho e às estratégias do trabalhador para tornar esse sofrimento tolerável precisam ser pauta de discussão sobre aspectos da saúde mental dos trabalhadores.

Diversos estudos sobre o trabalho hospitalar sinalizam que apesar das condições geradoras de insalubridade e penosidade, os trabalhadores inventam estratégias para lidar com as situações desgastantes e tentam superá-las. Alguns autores destacam 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 fontes de prazer, gratificação e produção de saúde (Elias & Navarro, 2006; Lima Junior & Esther, 2001).

Para Dejours (2004a, 2023), a participação ativa na organização do trabalho, com a construção coletiva de regras de trabalho, oferece condições para a promoção de relações de cooperação, que são importantes para a eficiência do trabalho e a diminuição do sofrimento. Em contrapartida a essa contribuição, o trabalhador espera ser retribuído, assim, a cooperação favorece a dinâmica entre contribuição/retribuição simbólica – que pressupõe o reconhecimento da competência, dos esforços e investimentos do trabalhador pelos pares e pela hierarquia – necessária para que o trabalhador encontre a possibilidade de dar sentido ao sofrimento vivenciado no trabalho para transformá-lo em prazer. Nesse sentido, o reconhecimento permite ao trabalhador a realização em si no campo social, mas, por outro lado, a ausência dele produz sofrimento – situação que coloca em evidência o papel central do trabalho como um mediador da identidade e da saúde mental em cada indivíduo (Dejours, 2023).

Com base nos pressupostos teóricos da Psicodinâmica do Trabalho, apostamos na escuta dos auxiliares e técnicos de enfermagem da linha de frente do enfrentamento à covid-19, a fim de buscar analisar não só os efeitos na saúde mental, mas também as estratégias construídas para a transformação das condições e da organização do trabalho para responder aos desafios do cuidado no contexto pandêmico e para lidar com o medo, insegurança e sofrimento que emergiram junto com o inimigo desconhecido.

Percurso metodológico

O estudo foi realizado em um hospital público estadual do estado do Espírito Santo, que, entre os meses de maio e agosto de 2020, teve a maior parte dos leitos destinada à internação de adultos com suspeita ou confirmação da covid-19, e em outros momentos também ficou como referência para o atendimento de pessoas acometidas pela doença.

Os dados da pesquisa foram produzidos por intermédio de entrevistas individuais, realizadas entre julho e agosto de 2021, no próprio hospital, com 8 trabalhadores de uma unidade de Clínica Médica (CM): 6 técnicos de enfermagem contratados por designação temporária; 1 técnica de enfermagem estatutária e 1 auxiliar de enfermagem estatutária.

As entrevistas foram previamente agendadas com cada participante e seguiu um roteiro semiestruturado com o objetivo de investigar os seguintes temas: condições e organização do trabalho; sentimentos no trabalho; modos de lidar com a organização do trabalho e estratégias para mitigar o sofrimento; e os riscos de adoecimento no trabalho. Durante a entrevista foi permitida a livre expressão dos trabalhadores e todo o diálogo foi gravado e transcrito na íntegra, conforme estabelecido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por todos.

Após a investigação dos temas psicológicos mais recorrentes no discurso, foi realizado o agrupamento deles pelo critério de semelhança de significado semântico, lógico e psicológico – critério central da Análise de Núcleo de Sentido – como propõe Mendes (2007), com o objetivo de destacar as falas dos trabalhadores e evidenciar o conteúdo latente e manifesto apresentado por

eles sobre a organização do trabalho. A partir dessa categorização, foram formados 5 núcleos de sentido, que conduziram as análises realizadas.

Resultados e discussão dos dados

Núcleo de sentido 1: *“... 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, apontamos para o surgimento da insegurança e do medo no início da crise sanitária e para alguns fatores relacionados às condições de trabalho que parecem ter potencializado tais sentimentos. O que reforça o entendimento de que o medo não é uma condição em si, mas um estado complexo, e sua manifestação depende da percepção que os trabalhadores têm do risco a que se encontram expostos ou que têm conhecimento (Areosa, 2012; Carneiro & Areosa, 2018; Dejours, 1992), bem como dos fatores de proteção disponíveis.

As trabalhadoras relataram ter sentido medo quando souberam que havia possibilidade do hospital virar referência para o atendimento de pessoas com covid-19, uma vez que conviviam com um contexto de trabalho precário (insuficiência de equipamentos, materiais e pessoal para prestar assistência ao paciente, sobrecarga de trabalho e inadequação da estrutura física para o cumprimento de medidas de biossegurança). Medo que foi amplificado pelos noticiários sobre o elevado número de infectados e mortos pela covid-19 no Brasil e no mundo, e pelo desconhecimento dos riscos da doença, dos métodos de prevenção eficazes e das condutas a serem adotadas com os pacientes.

O sentimento de insegurança aumentou com a decisão da gestão hospitalar relacionada à dispensação de máscaras filtrantes: a permissão para aquisição do EPI e uso por período integral ocorreu cerca de um mês após o início da pandemia e a troca, inicialmente, só podia ser feita a cada 30 dias ou no caso de danificação ou saturação do equipamento, seguindo as diretrizes do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, como orientado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa, 2020), mesmo com o alerta de que o uso por período maior ou por maior número de vezes poderia degradar o material, afetar a qualidade do ajuste e da vedação, descumprindo os requisitos para os quais foram certificadas (Anvisa, 2020). É possível perceber isso no relato:

... 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 (J.).

Apesar dessa estratégia também ter sido utilizada em outros estabelecimentos de saúde com o objetivo de evitar o desabastecimento do EPI frente à sua escassez no mercado mundial (Amorim et al., 2021), essa prática ampliou a insegurança frente à percepção de que a prevenção não estava sendo adequada.

A infecção de um grande número de trabalhadores da enfermagem pela covid-19, ainda quando o hospital não era referência para o atendimento de pessoas com a doença, evidenciou o risco a que estavam submetidos ao exercerem suas funções no enfrentamento de uma doença com alto poder de transmissão e ainda sem tratamento eficaz. O isolamento domiciliar desses trabalhadores, estratégia para contenção do contágio, agravou os problemas relacionados ao déficit de profissionais no hospital, ampliando e intensificando a carga de trabalho com a realização de horas extras e o remanejamento de trabalhadores para cobrir as ausências em diferentes setores. Muitas vezes os trabalhadores precisaram assumir atividades desconhecidas e indesejadas em diferentes postos de trabalho, aumentando a exposição aos riscos ocupacionais (Amorim et al., 2021).

Mesmo com as queixas relacionadas à falta de comunicação e de preparo prévio para executar as novas atividades, trabalhadores relataram que a situação foi mantida por alguns meses sem que fosse dada atenção às manifestações de insatisfação com o conteúdo do trabalho e aos esforços para tentarem se adaptar às novas exigências. Destaca-se que alguns estudos apontaram que assumir novas funções durante a pandemia contribuiu para o aumento do sofrimento mental entre os trabalhadores da saúde (Ayanian, 2020; Barbosa et al., 2020; Maben & Bridges, 2020; Prado et al., 2020), uma vez que as novas atribuições, definidas frequentemente à revelia dos trabalhadores, podem ter levado à desmobilização e ao esgotamento dos meios de defesa, interferindo no sentido dado ao trabalho e nas estratégias para a manutenção do equilíbrio emocional e afetivo. Além disso, faz-se necessário destacar que esse contexto também pode ter contribuído para gerar sofrimento ético, relacionado à pressão (social) para trabalhar mal diante de circunstâncias organizacionais que impedem que o trabalho seja realizado adequadamente (como a sobrecarga de trabalho e a falta de material e competência técnica para prestar os atendimentos), conforme aponta Areosa (2018).

Não obstante, algumas respostas propostas para lidar com a pandemia, como a flexibilização para a contratação de pessoal e o recebimento de verbas, contribuíram para melhorar as condições de trabalho, na contracorrente das políticas de precarização e sucateamento em curso desde as décadas anteriores (Mendes & Carnut, 2020; Paes-Sousa et al., 2019). No entanto, com o grande contingente de trabalhadores contratados sem experiência, outras dificuldades surgiram:

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 (C.).

Dessa forma, a admissão de trabalhadores temporários, estranhos ao coletivo, sem conhecimento das regras institucionais e dos procedimentos a serem adotados no enfrentamento da pandemia, também contribuiu para a intensificação do trabalho, como foi identificado por Teixeira et al. (2020). Situação que pode ter sido agravada pelo contexto de fragilização dos laços de cooperação na equipe, que são tão importantes para a dinâmica do reconhecimento e ressignificação do trabalho, e que remonta aos estudos que analisam a terceirização no setor saúde e indicam que a rotatividade, a falta de treinamento e os vínculos precários contribuem para o sofrimento mental e o adoecimento dos trabalhadores da saúde (Mandarini et al., 2016).

Núcleo de sentido 2: *“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. . .”*

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 e com a própria família fosse afetada.

Quando a CM virou um setor de referência para internação de pacientes com covid-19, as trabalhadoras se sentiram inseguras e passaram a evitar um contato mais próximo com eles:

Quando eu cheguei aqui e eu vi 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. . . só gente morrendo, você olha o jornal, só gente morrendo . . . (C.).

O medo parece ter surgido frente à possibilidade de adoecer e tornar-se um paciente; fato que pode ter gerado maior sobrecarga emocional e física durante o trabalho na pandemia, como também foi relatado por Amorim et al. (2021) e Queiroz et al. (2021), uma vez que essa migração de papéis (profissional de saúde – paciente), apesar de possível, não é corriqueira, e imaginar-se no lugar do paciente, em geral, não se faz presente no cotidiano dos trabalhadores.

. . . 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 (D.).

Diante dessa situação, nas primeiras semanas da crise sanitária, alguns trabalhadores pediram desligamento do hospital, como observado em:

Teve um amigo meu, amigão mesmo, né, que infelizmente ele teve de sair, porque ele deu uma surtada por conta da pandemia (M.).

Pode-se supor que, frente à consciência aguda da exposição ao risco de infecção no ambiente de trabalho e a observação dos efeitos graves da covid-19 nos pacientes internados, trabalhadores não suportaram exercer suas atividades por conta da intensificação do sofrimento e ausência de fatores que poderiam minimizar o medo, como relatado:

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 aí pegaram e saíram (C.).

Para além do receio de se contaminarem, as entrevistadas também falaram do medo de serem vistas como vetores de contágio e, por isso, estigmatizadas; como foi discutido por diversos autores (Ayanian, 2020; Maben & Bridges, 2020).

. . . 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 quê? 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 (J.).

Com isso, evitaram manter contato mais próximo com os familiares; inclusive, pelo receio de serem responsabilizadas pelas consequências geradas pela covid-19, caso adoecessem.

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

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

Dessa forma, esse contexto parece ter contribuído para o aumento das vivências de sofrimento, visto que a emergência da covid-19 não só gerou risco de prejuízos para o corpo e maior preocupação e tensão para os trabalhadores como também contribuiu para o isolamento e restrição das redes relacionais, que contribuem para a manutenção das defesas e regresso ao trabalho, como apontam Dejours (2004a) e Ludwig et al. (2021).

Núcleo de sentido 3: “... 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...”

Neste núcleo de sentido, pretendemos evidenciar como as características clínicas do paciente com covid-19, em especial a rápida evolução da doença, somada à sua taxa de contágio, contribuíram para a sobrecarga de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Nos primeiros meses da pandemia, muitos pacientes atendidos apresentaram piora abrupta do estado geral e evoluíram com insuficiência respiratória e necessidade de transferência para a UTI.

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 (sic) profissionais que trabalhavam comigo que pediram exoneração, não quiseram ficar, com medo mesmo (C.).

Para o atendimento desses casos, foi necessário montar uma “Sala de intubação” e definir um fluxo de atendimento para a assistência aos pacientes em intercorrências clínicas. Fatores que, associados à ampliação dos leitos de UTI no hospital, contribuíram para evitar o óbito de pacientes, em uma rotina de trabalho que ficou marcada pelo constante estado de tensão e vigília dos trabalhadores:

... 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 (S.).

Essas situações, além de aumentarem o esforço físico, parecem ter ampliado a carga psíquica desses trabalhadores devido às exigências afetivas e cognitivas relacionadas à intensificação do trabalho. A evolução da doença fez com que a rotina na Clínica Médica incluísse procedimentos e rotinas de setores que atendem pacientes críticos, como UTI e Prontos-socorros – como caracterizados por Beck (2000) e Pai, Lautert, Krug (2011) –, introduzindo novas demandas e práticas que muitos não estavam habituados.

Dessa forma, para superarem os obstáculos do real do trabalho, os trabalhadores precisaram ajustar o seu fazer às novas demandas de cuidado com o paciente, mobilizando a inteligência e a experiência do próprio corpo (Dejours, 2023).

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 os 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 (C.).

O uso dos EPIs, frente ao risco de contágio, também contribuiu para a intensificação do trabalho.

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 (sic) respirando muito pouco dentro daquela máscara, o dia todo. . . (S.).

Vale ressaltar que, antes da pandemia, poucos trabalhadores se protegiam, mesmo quando havia indicação e EPIs disponíveis para uso; fato que pode estar relacionado ao não reconhecimento do risco e à falta de capacitação para o correto uso dos equipamentos (Amorim et al., 2021).

Contudo, frente à situação atípica de contato com um vírus desconhecido e dos sentimentos de insegurança e medo, os trabalhadores passaram a reivindicar treinamentos e acesso a todos os materiais necessários, mesmo com os desconfortos causados.

Não obstante, as entrevistadas relataram satisfação em realizar o trabalho por perceberem a importância da sua contribuição para evitar o agravamento do estado de saúde do paciente.

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 (CM.).

Em muitas ocasiões, a alta hospitalar desses pacientes foi festejada; um ritual que também ocorreu em outros hospitais e pode ser entendido como uma forma de agradecimento coletivo importante para os trabalhadores (Bitencourt & Andrade, 2021). Esse movimento de valorização e reconhecimento do trabalho por toda a equipe parece ter sido fundamental para permitir vivências de prazer pelos trabalhadores e o alcance de satisfação com o trabalho, que são importantes para a construção e manutenção psíquica dos indivíduos, conforme indica Dejours (2004a).

Núcleo de sentido 4: “. . . 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 situações que parecem ter contribuído para que os auxiliares e técnicos de enfermagem pudessem lidar com o trabalho, com o medo e com outros sofrimentos que surgiram ou foram intensificados na pandemia.

Para algumas entrevistadas, a permanência no trabalho, mesmo com medo, foi justificada pela necessidade de obter uma renda para sustentar sua casa e, por isso, precisaram encarar a situação.

. . . 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 (CM).

Em outros momentos, o trabalho durante a crise sanitária foi associado ao cumprimento de uma “missão”, ideia que tem relação com a história de profissionalização da enfermagem – vinculada às práticas religiosas de doação incondicional e a virtudes como bondade, abnegação e dedicação (Bastiani et al., 2020) – e que parece ter contribuído para a manutenção do equilíbrio psíquico.

Imagina se todo mundo tivesse desistido 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 (CA.).

A percepção das entrevistadas sobre a importância da sua contribuição para a recuperação dos pacientes, a partir dos seus esforços e investimentos, pode ter sido fonte de conforto e satisfação, ajudando no enfrentamento das dificuldades impostas (Ludwig et al., 2020).

Outras entrevistadas buscaram minimizar o medo, justificando que o risco de adquirir alguma doença infectocontagiosa sempre foi inerente à profissão da enfermagem.

Aí eu falei assim: “gente, a gente lida com paciente com KPC⁴, 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 (M.).

Ainda que essa estratégia tenha contribuído para a redução da percepção do medo, parece não ter produzido uma atitude de negação ou banalização dos riscos, pois a luta pelo acesso aos EPIs e seu uso foi destacada.

Outras formas de lidar com o sofrimento e evitar agravos à saúde mental relatadas foram: parar de assistir aos noticiários sobre o contágio e as mortes por covid-19 e recorrer ao suporte da religião.

Eu passei também a assistir uns vídeos religiosos e tal, me ajudou (sic) 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 (J.).

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. . .’ (CA).

Diante do exposto, supomos que, mesmo sujeitas a situações geradoras de sofrimento, as entrevistadas, possivelmente, fizeram uso de estratégias defensivas que permitiram a neutralização do medo – importante para lidar com o sofrimento e não fragilizar a saúde mental (Dejours, 1992).

Contudo, em meados de 2021, ainda existia certa insegurança por parte das trabalhadoras, mesmo diante da queda dos indicadores de contágio e mortes e da proximidade com o vírus.

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 (CA.).

Se por um lado a experiência e os conhecimentos adquiridos puderam produzir uma outra relação com a doença, as marcas provocadas pelas inúmeras perdas de pacientes ainda se faziam presentes e não foram apagadas.

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. . . (CM.).

4 A *Klebsiella pneumoniae carbapenemase* (KPC) é um tipo de bactéria resistente a diversos antimicrobianos e que causa infecções hospitalares.

Mesmo assim, foi observado que, nos períodos de queda do número de internações pela covid-19 no Espírito Santo e após a vacinação dos trabalhadores, no início do ano de 2021, houve um relaxamento nas medidas de prevenção.

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 (R.).

Diante disso, os gestores hospitalares precisaram realizar algumas intervenções, a fim de reforçarem a necessidade do cumprimento das medidas de segurança – situação que colocava os trabalhadores em confronto direto com a realidade que eles tentavam esconder, uma vez que reconhecer o risco é reconhecer, também, o medo (Carneiro & Areosa, 2018).

Núcleo de sentido 5: “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 algumas mudanças nas condições e organização do trabalho na CM desde os primeiros meses de enfrentamento da covid-19 até julho de 2021 e os efeitos para a realização da atividade.

As trabalhadoras relataram que o dimensionamento adequado da equipe e a compra de mais termômetros, oxímetros, glicosímetros e monitores permitiu melhores condições de trabalho e de assistência aos pacientes por propiciar uma melhor sistematização do trabalho; contudo, enfatizaram que as melhorias no processo de trabalho ocorreram também devido à troca da gerência e da coordenação de enfermagem do setor.

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 [eles] entraram, as coisas mudaram, a gente teve como chegar (sic), como falar as coisas. Antes a gente não tinha voz. É o que eu sentia quando entrei aqui, a gente não tinha (M.).

Das mudanças promovidas pela nova gestão, no segundo semestre de 2020, e que ainda estavam vigentes, destacaram: a divisão de mais tarefas entre os turnos de trabalho, a fim de equilibrar as atividades executadas pelas equipes do dia e da noite, a permissão de um horário de descanso para a equipe do dia⁵ e a definição de um novo modelo para a assistência. Em vez de cada trabalhador ficar responsável por realizar uma parte do atendimento ao paciente, um auxiliar ou técnico de enfermagem passou a ser responsável por toda a assistência prestada, permitindo um maior vínculo entre o usuário e o trabalhador, como propõe o modelo de “cuidados integrais” (Peduzzi & Anselmi, 2004).

De modo geral, as entrevistadas relataram satisfação com essa rotina, porque ela permitiu uma melhor avaliação das condições de saúde do paciente, como observou a entrevistada:

. . . 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 (S.).

5 O acordo entre gestores e trabalhadores para viabilizar o descanso foi mediado a partir das intervenções da equipe de Psicologia Hospitalar no setor de Clínica Médica, que, além de realizar rodas de conversa, também disponibilizou atendimento individual para os trabalhadores.

Além disso, tornou-as mais responsáveis pelos pacientes e pelo atendimento das demandas deles, uma vez que permite acompanhá-los 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.

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 (D.).

No entanto, a equipe do período noturno sinalizou algumas dificuldades frente à necessidade de assumir mais atividades, como a realização do banho no paciente e a aquisição de materiais e medicamentos na farmácia, que contribuiu para aumentar o ritmo de trabalho. Explicaram que, apesar do plantão ser de 12 horas, como o da equipe do dia, o tempo disponível para realizar os cuidados em contato direto com o paciente é reduzido, visto que o turno de trabalho inicia às 19 horas, e é esperado que as atividades com o paciente ocorram até às 23 horas, para não comprometer seu descanso.

Ainda assim, todas as entrevistadas enfatizaram que, durante a crise sanitária, ocorreram melhorias nas condições de trabalho, o que pode ser um efeito da breve inflexão nas políticas de corte de recursos no setor – que permitiu a contratação de pessoal e aquisição de equipamentos e insumos – e das mudanças nos modos de gerenciar o trabalho, que passou a incluí-las na gestão das atividades.

Considerações finais

O estudo permitiu identificar que a precarização do hospital tornou-se mais evidente com a emergência da pandemia da covid-19. Auxiliares e técnicos de enfermagem, além das dificuldades já enfrentadas, passaram a lidar com o sentimento de insegurança e medo em realizar o trabalho diante de um vírus e uma doença desconhecidos, que poderiam colocar em risco a saúde deles e de seus familiares. Insegurança que se mostrou justificada diante da enorme contaminação e óbitos entre seus pares. Levantamentos realizados pelo Cofen até outubro de 2021 apontavam a morte de 873 trabalhadores de enfermagem (617 de auxiliares e técnicos e 256 de enfermeiros) em todo o país (Machado et al., 2023) em um universo de 64.629 infectados, atingindo a nefasta marca de que um terço dos profissionais de enfermagem mortos por covid no mundo foram brasileiros (Santos et al., 2023).

Nesse cenário, trabalhadores ficaram mais expostos ao risco de sofrimento psíquico, entretanto criaram estratégias para que pudessem suportar as condições desgastantes de trabalho e apontaram que, apesar das adversidades, ocorreram melhorias nas condições e na organização do trabalho.

Paradoxalmente, as exigências e os desafios impostos pela pandemia do covid-19 contribuíram para um processo de despreciação das condições de trabalho, ainda que temporalmente situado, com a flexibilização dos limites orçamentários e das estratégias dos gestores hospitalares, o que nos permite inferir a nocividade das políticas neoliberais.

Por fim, o estudo sinalizou a importância do olhar atento dos gestores quanto às condições e organização do trabalho como forma de valorização dos trabalhadores, à necessidade da criação de espaços de participação dos trabalhadores na gestão dos serviços hospitalares e o fortalecimento da política pública de saúde.

Referências

- Areosa, J. (2012). As percepções de riscos dos trabalhadores: qual a sua importância para a prevenção de acidentes de trabalho? In Neto, H. V., Areosa, J. & Azezes, P. (Orgs.), *Impacto social dos acidentes de trabalho* (pp. 66-97). Civeri Publishing.
- Areosa, J. (2018). O trabalho como palco de sofrimento. *International Journal on Working Conditions*, 15, 81-95.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2020). GVIMS/GGTES/ANVISA nº 4: *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)*.
- Amorim, R. F., Santos, L. M., Silva, M. S., Almeida, T. S., & Oliveira, C. A. (2021). Os desafios da enfermagem brasileira frente à covid-19 em 2020: uma revisão integrativa. *Saúde em Redes*, 7(Supl.1), e2021-01-S1-T15. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2021v7n1Sup.3545g801>
- Ayanian, J. Z. (2020). Mental health needs of health care workers providing frontline Covid-19 care. *JAMA Health Forum*, 1(4), e200397. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2020.0397>
- Barbosa, D. J., Resende, L. M., Mendonça, M. M., Rocha, F. L. R., & Batista, K. T. S. (2020). Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da covid-19: síntese de evidências. *Ciências & Saúde*, 31, 31-47. <https://doi.org/10.51723/ccs.v31iSuppl%201>
- Bastiani, J. A. N., Padilha, M. I., & Santos, I. (2020). As origens da enfermagem e da saúde: o cuidado no mundo. In M. I. Padilha, M. S. Borensyein & I. Santos (Orgs.), *Enfermagem - história de uma profissão* (3a ed., pp. 1-477). Difusão.
- Beck, C. (2000). *Da banalização do sofrimento à sua re-significação ética na organização do trabalho* [Tese de Doutorado em Enfermagem]. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Bitencourt, S. M., & Andrade, C.B. (2021). Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(3). <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42082020>
- Carneiro, C. M. S., & Areosa, J. (2018). Trabalho e medo: estratégias defensivas e sustentabilidade das relações de trabalho. *TMQ – Techniques Methodologies and Quality*, (Especial – Segurança e Saúde no Trabalho), 160-169.
- Carvalho, D. P., Rocha, L. P., Barlem, J. G. T., Dias, J. S., & Schallenberger, C. D. (2017). Cargas de trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem: revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 22(1), 1-11.
- Chen, B., Tian, E.-K., He, B., Tian, L., Han, R., Wang, S., Xiang, Q., Zhang, S., Arnaout, T.E., & Cheng, W. (2020). Overview of lethal human coronaviruses. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 5(89): 1-16. <https://doi.org/10.1038/s41392-020-0190-2>
- Corrêa Filho, H. R., & Segall-Corrêa, A. M. (2020). Lockdown ou vigilância participativa em saúde? Lições da covid-19. *Saúde em Debate*, 44(124), 5-10. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012400>
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. Cortez - Oboré.
- Dejours, C. (2004a). Addendum. Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. In S. Lacman & L. Szelwar (Eds.), *Christophe Dejours: da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho* (pp. 11-22). Paralelo 15.
- Dejours, C. (2004b). Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, 14(3), 27-34.
- Dejours, C. (2012). Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. *Psicologia em Estudo*, 17(3), 363-371.
- Dejours, C. (2023). Centralidade do trabalho e saúde mental. *Caderno de Psicologia Social e do Trabalho*, 26, 1-9.
- Elias, M. A., & Navarro, V. L. (2006). 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. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 517-525.
- Ferguson, N., et al. (2020). Report 9: impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce covid-19 mortality and healthcare demand. *Imperial College covid-19 Response Team*, 1-20. <http://dx.doi.org/10.25561/77482>
- Gleriano, J. S., Fabro, G. C. R., Tomaz, W. B., Goulart, B. F., & Chaves, L. D. P. (2020). Reflexões sobre a gestão do Sistema Único de Saúde para a coordenação no enfrentamento da covid-19. *Escola Anna Nery*, 24(Special Issue), e20200188. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0188>

- Lai, J., et al. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976.
- Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. (1986, 25 de junho). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm
- Lima Junior, J. H. V., & Esther, A. B. (2001). Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. *Revista de Administração de Empresas*, 41(3), 20-30. <https://doi.org/10.1590/S0034-75902001000300003>
- Ludwig, F. S., Fracasso, N. V., Faggion, R. P. de A., Silva, S. V. T. da, Silva, L. G. de. C., & Haddad, M. do D. F. L. (2021). Pandemia da covid-19: percepção dos profissionais de saúde sobre a assistência aludida em mídia televisiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74, e20201258, 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1258>
- Maben, J., & Bridges, J. (2020). covid-19: Supporting nurses psychological and mental health. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 2742-2748. <https://doi.org/10.1111/jocn.15307>
- Machado, M. H., Teixeira, E. G., Freire, N. P., Pereira, E. J., & Minayo, M. C. de S. (2023) Óbitos de médicos e da equipe de enfermagem por covid-19 no Brasil: uma abordagem sociológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(2): 405-419. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.05942022>
- Mandarini, M. B., Alves, A. M., & Sticca, M. G. (2016). Terceirização e impactos para a saúde e trabalho: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Psicologia, Organizações e Trabalho*, 16(2), 143-152. <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2016.2.661>
- Mendes, Á., & Carnut, L. (2020). Capital, Estado, crise e a saúde pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *SER Social*, 22(46), 9-32. https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25260
- Mendes, A. M. B (1995). Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 15, 1-3. <https://doi.org/10.1590/S1414-98931995000100009>
- Mendes, A. M. B. (2007). *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*. Casa do Psicólogo.
- Menezes, A. P. R., Moretti, B. & Reis, A. A. C. (2019) O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde em Debate*, 43, spe5, 58-70. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>
- Muller, A. E., Hafstad, E. V., Himmels, J. P. W., Smedslund, G., Flottorp, S., Stensland, S. Ø., & Nes, R. B. (2020). The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. *Psychiatry Research*, 293, 113441. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113441>
- Nunes, J., & Brito, C.. (2023). A vida cotidiana do neoliberalismo: os cuidados de saúde à população em situação de rua no Rio de Janeiro. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 33, e33030. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333030>
- Oliveira, A. C. (2020). Desafios da enfermagem frente ao enfrentamento da pandemia da covid-19. *Revista Mineira de Enfermagem*, 24, e-1302. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200032>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). Folha informativa covid-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. <https://www.paho.org/pt/covid19>
- Paes-Sousa, R., Schramm, J. M. A., & Mendes, L. V. P. (2019). Fiscal austerity and the health sector: the cost of adjustments. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12), 4375-4384. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23232019>
- Paiano, M., Pinto, K. R. A., & Ramos, J. R. (2020). Saúde mental dos profissionais de saúde na China durante pandemia do novo coronavírus: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl 2), e20200338. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0338>
- Pai, D. D., Lautert, L., & Krug, J. S. (2011). Psicodinâmica e saúde mental do trabalhador de enfermagem: ritmo acelerado e intensificação do fazer*. *Enfermagem em Foco*, 2(1), 38-43.
- Peduzzi, M., & Alselmi, M. L. (2004). O auxiliar e o técnico de enfermagem: categorias profissionais diferentes e trabalhos equivalentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(4), 425-429. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000400008>
- Petzold, M. B., Palg, J., & Strohle, A. (2020). Dealing with psychological distress by healthcare professionals during the covid-19 pandemia. *Der Nervenarzt*, 91(5), 417-421. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00905-0>
- Prado, A. D., Pereira, N. N., & Silva, L. F. (2020). A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do covid-19: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 46, e4128. <https://doi.org/10.25248/reas.e4128.2020>

- Prazeres, L. (2020). Relatório do MS diz que Brasil não tem laboratórios, médicos e equipamentos para combater covid-19. *O Globo*. <https://oglobo.globo.com/brasil/relatorio-do-ms-diz-que-brasil-nao-tem-laboratorios-medicos-equipamentos-para-combater-covid-19-1-24351867>
- Queiroz, A. M., Souza, L. M., & Lima, L. M. (2021). O 'novo' da covid-19: impactos na saúde mental de profissionais de enfermagem? *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE02523. <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AO02523>
- Santos, A. S., Ramos, M. L. F., & Nogueira, L. T. (2017). Contexto hospitalar público e privado: impacto no adoecimento mental de trabalhadores da saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(2), 421-438. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00054>
- Santos, B. M. P. dos, Gomes, A. M. F., Lourenção, L. G., Cunha, I. C. K. O., Cavalcanti, A. J. C. de A., Silva, M. C. N., Lopes Neto, D., & Freire, N. P. (2023). Perfil e essencialidade da Enfermagem no contexto da pandemia da covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(10), 2785-2796. <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.09772023>
- Sant'Ana, G., Pereira, J. V., Santos, J. L. G., & Barbosa, F. T. (2020). Infecção e óbitos de profissionais da saúde por covid-19: revisão sistemática. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, 1-9. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0107>
- Schmoeller, R., Pedreira, M. L. G., & Locks, M. O. H. (2011). Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 378-385. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200022>
- Soener, M. (2020). How austerity is worsening Coronavirus. *Books and Ideas*. <https://booksandideas.net/How-Austerity-is-Worsening-Coronavirus.html>
- Teixeira, C. F. de S., Pereira, R. H. M., de Melo, E. C. P., & Ladeira, R. M. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(9), 3465-3474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
- Valente, J. (2020). covid-19: 257 mil profissionais de saúde foram infectados no Brasil. *Agência Brasil*. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-08/covid-19-257-mil-profissionais-de-saude-foram-infectados-no-brasil>

Endereço para correspondência
ju_osilva@yahoo.com.br

Recebido em: 23/05/2023
Revisado em: 16/04/2024
Aprovado em: 25/04/2024