

**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL
NÍVEL MESTRADO**

Aline Inêz Tilvitz

**TRABALHO E SAÚDE MENTAL: OS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM
NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTIS) EM TEMPOS DE PANDEMIA**

**Santa Cruz do Sul
2023**

Aline Inêz Tilvitz

**TRABALHO E SAÚDE MENTAL: OS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM
NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTIS) EM TEMPOS DE PANDEMIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional - Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, dentro da linha de pesquisa “Estado, Instituições e Democracia”, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Orientador: Prof. Dr^a. Silvia Virginia
Coutinho Areosa

Santa Cruz do Sul
2023

CIP - Catalogação na Publicação

Tilvitz, Aline Inez

TRABALHO E SAÚDE MENTAL: OS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM NAS
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTIS) EM TEMPOS DE PANDEMIA /

Aline Inez Tilvitz. – 2023.

106 f. : il. ; 28 cm.

Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) –
Universidade de Santa Cruz do Sul, 2023.

Orientação: Profa. Dra. Silvia Virginia Coutinho Areosa.

1. Pandemia. 2. Hospitais Regionais. 3. Enfermagem. 4.
Trabalho. 5. Saúde Mental. I. Areosa, Silvia Virginia Coutinho.
II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UNISC
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Aline Inêz Tilvitz

**TRABALHO E SAÚDE MENTAL: OS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM
NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTIS) EM TEMPOS DE PANDEMIA**

Profa. Dra. Silvia Virginia Coutinho Areosa
Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC
Professora Orientadora

Profa. Dra. Claudia Tirelli
Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC
Professora Examinadora

Profa. Drº Carlos José Naujorks
Universidade Federal de Santa Catarina
Professor Examinador

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um ato de reconhecimento, de compreender que a missão se torna mais leve quando não se está sozinho.

Ao iniciar o mestrado, sabia que muitos seriam os desafios a mim lançados, por isso a necessidade de dedicação e afeto pela pesquisa que me propunha a realizar. Posso afirmar que não seria possível alcançar este objetivo, sem o apoio de muitas pessoas.

Agradeço e dedico essa pesquisa a minha amada e querida avó, Erocilda Ingremann, a pessoa que sempre me incentivou a conquistar grandes feitos através do estudo. Quando recebi a notícia de que fui aceita no Programa, foi a primeira pessoa a saber e sempre esteve comigo em todos os momentos. Hoje, descansa em paz, mas o seu legado e a sua força sempre me acompanharão para todo o sempre, meu amor será eterno.

Nesta jornada, sempre estive acompanhada pela minha fiel escudeira Pandora, minha gatinha linda e sapeca, ela sempre esteve pertinho de mim para encher meu coração de alegria e amor, é claro que preciso deixar isso registrado.

Agradeço também a minha querida orientadora, professora Silvia Virginia Coutinho Areosa, quem já me acompanha desde a graduação, não poderia escolher alguém melhor para me guiar em mais esta etapa acadêmica. A sua boa energia me inspira e me faz querer estar perto, para futuros desafios.

Meu sincero reconhecimento ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e aos excelentes mestres que, mesmo em um período de aulas virtuais devido a pandemia, a qualidade e leveza do ensino superaram minhas expectativas. Também agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pela oportunidade a mim concedida, para obter o título de Mestra.

A pandemia causou perdas em todos os sentidos, ceifou muitas vidas, porém, os chamados “anjos” da saúde estiveram presentes para salvar muitas pessoas, aos quais e por tanto, minha eterna gratidão.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

Arthur Schopenhauer

RESUMO

Esta dissertação de mestrado em Desenvolvimento Regional apresenta as vivências dos profissionais da enfermagem, no período da pandemia, causada pela Covid-19 e suas relações com trabalho e saúde mental. Por esse motivo, o intuito foi compreender quais são as condições de trabalho dos enfermeiros da UTI Covid-19, em dois hospitais regionais e os efeitos sobre a saúde mental dos mesmos. A metodologia escolhida para o estudo foi a fenomenologia que se trata de um estudo qualitativo de caráter exploratório e descritivo, com amostragem não probabilística intencional. Foram ao todo, entrevistados 11 profissionais da enfermagem, entre técnicos e enfermeiros, trabalhadores de dois hospitais regionais da Macrorregião Vales no estado do Rio Grande do Sul, localizados nos municípios de Santa Cruz do Sul e Lajeado. A coleta de dados aconteceu dentro dos hospitais, no ambiente das UTIs e para facilitar as entrevistas, utilizou-se um roteiro de perguntas para nortear o conteúdo trabalhado. Os resultados desta pesquisa trouxeram à tona os difíceis momentos vivenciados por estes trabalhadores, ao se depararem com um número crescente e significativo de óbitos, hospitais lotados, sobrecargas de trabalho, medo, insegurança. Os conhecimentos técnicos foram postos à prova ao enfrentar uma doença pouco conhecida. O aumento dos níveis de ansiedade foi um fator significativo levantado pela pesquisadora durante as entrevistas, além dos relatos sobre o tempo difícil que atravessaram durante os períodos mais críticos da pandemia, em que o número de casos foram significativamente maior ao número de leitos. Também foi enfatizado a importância dos hospitais de referência neste estudo, o quanto ampliaram o número de vagas de UTI para tentar dar conta de tal demanda. Para concluir, foram feitas algumas reflexões sobre o que, para tais profissionais, será levado como experiências, vivências, aprendizados, fora e dentro da instituição. A pandemia causada pela Covid-19 levou os profissionais da enfermagem a se ressignificarem.

Palavras-chave: Pandemia; Hospitais Regionais; Enfermagem, Trabalho, Saúde Mental.

ABSTRACT

This master's dissertation in Regional Development presents the experiences of nursing professionals, in the period of the pandemic, caused by Covid-19 and their relationships with work and mental health. For this reason, the aim was to understand the working conditions of ICU Covid-19 nurses in two regional hospitals and the effects on their mental health. The methodology chosen for the study was phenomenology, which is a qualitative study of an exploratory and descriptive nature, with intentional non-probabilistic sampling. A total of 11 nursing professionals were interviewed, including technicians and nurses, workers from two regional hospitals in the Vales Macroregion in the state of Rio Grande do Sul, located in the municipalities of Santa Cruz do Sul and Lajeado. Data collection took place inside the hospitals, in the ICU environment and to facilitate the interviews, a script of questions was used to guide the content worked. The results of this research brought to light the difficult moments experienced by these workers, when faced with a growing and significant number of deaths, crowded hospitals, work overload, fear, insecurity. Technical knowledge was put to the test when facing a little-known disease. The increase in anxiety levels was a significant factor raised by the researcher during the interviews, in addition to the reports about the difficult time they went through during the most critical periods of the pandemic, in which the number of cases was significantly greater than the number of beds. The importance of reference hospitals in this study was also emphasized, as they expanded the number of ICU vacancies to try to cope with such demand. To conclude, some reflections were made on what, for such professionals, will be taken as experiences, experiences, learning, outside and inside the institution. The pandemic caused by Covid-19 led nursing professionals to resignify.

Keywords: Pandemic; Regional Hospitals; Nursing, Work, Mental Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Perfil dos profissionais da enfermagem entrevistados	17
Quadro 2: Estrutura do Sistema Único de Saúde.....	23-24
Quadro 3: Vacinas Autorizadas pelo Ministério da Saúde no Brasil	31
Quadro 4: Indicadores Sistema 3 AS.....	35
Quadro 5: Ambiguidade do Trabalho	43
Quadro 6: Tipos de Ansiedade e seu Significado	66-67
Quadro 7: Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional	69-70

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Regiões de Saúde do Estado.	33
Figura 2: CRS no Estado	34
Figura 3: Ocupação de Leitos Uti no Rio Grande do Sul durante a Pandemia ..	34
Figura 4: Charge Influências do Trabalho na Saúde e Adoecimento	44
Figura 5: Subseções	47
Figura 6: Hospital de Campanha em Santo André (SP) durante Pandemia da Covid-19	52
Figura 7: Macrorregião Vales	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CFM - Conselho Federal de Medicina

CIB - Comissão de Intergestores Bipartite

CIR - Comissão de Intergestores Regionais

CIT - Comissão de Intergestores Tripartite

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COE-COVID-19 - Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretário da Saúde

COREN - Conselhos Regionais de Enfermagem

COSEMS - Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde

CREMESP - Conselho Regional de Medicina de São Paulo

CRS - Coordenadorias Regionais de Saúde

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos socioeconômicos

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

EPI - Equipamentos de Proteção Individual

ESPIN - Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional

ETEc - Encomenda Tecnológica

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

GT – Grupo de Trabalho

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

HSE-RJ - Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro

IFA - Ingrediente Farmacêutico Ativo

MS – Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema único de Saúde

TAG - Transtorno de Ansiedade Generalizada

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEPT - Transtorno de Estresse Pós-traumático

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1. SUS: O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19	20
1.1 Enfrentamento do desconhecido.....	26
1.2 A Organização da Saúde no estado do Rio Grande do Sul frente à pandemia	31
1.3 Saúde Pública e o conceito de Território	37
2. SAÚDE MENTAL NO TRABALHO: FALAR É NECESSÁRIO	41
2.1 Enfermagem, passado, presente e futuro	46
2.2 Saúde Mental em tempos de pandemia: foco no trabalhador das UTIs.....	48
3. A DOR DAS UTIS: A EXPERIÊNCIA DE DOIS HOSPITAIS REGIONAIS DURANTE À PANDEMIA DA COVID-19	55
3.1 As lembranças de um tempo sombrio para Enfermagem	57
3.2 Saúde Mental, o que mudou	63
3.3 Hospitais de referência	68
3.4 Bagagens para uma vida além das fronteiras do trabalho	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista.....	101
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	102
ANEXO B – Parecer aprovação CEP	104

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como foco de pesquisa os processos de trabalho e a saúde mental dos profissionais de enfermagem que estiveram em contato direto com os pacientes infectados pelo coronavírus no ambiente das Unidades de Terapia Intensiva – UTIs. Ademais, o Sistema Único de Saúde - SUS ganha um destaque muito grande neste período, o que nos permite aprofundar também a essência desta política.

A pandemia ocasionada pela Covid-19 foi um fenômeno mundial que pôs à prova os sistemas de saúde de todos os países. No Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, que segundo Schneider *et al.* (2009) é o marco que inicia o processo de ressignificação à importância da saúde como direito universal, torna-se um dever do estado ofertá-la através do SUS, que apesar de possuir consideráveis problemas desde sua implementação até a acessibilidade dos serviços, é considerado mundialmente, como um modelo de referência em plano de saúde pública.

O SUS é composto por diversos serviços ligados a organizações públicas e privadas e promoveu o direito à saúde para todos os brasileiros, a ser garantido pelo Estado. Essas ações e serviços públicos são parte de uma rede regionalizada e hierarquizada. Esse sistema tem como princípios norteadores, a descentralização da gestão, através da municipalização e regionalização, a participação popular, o controle social e a integralidade da atenção (BRASIL, 2006).

Para compreensão da plena importância do SUS, durante a pandemia, em 90 dias foram habilitados mais de 12 mil leitos especializados de Unidades de Terapia Intensiva para Covid-19, com o objetivo de ampliar a rede em todo país. Gestores estaduais e municipais, através do diálogo com diretores de hospitais credenciados, conseguiram ampliar os leitos especializados. Também foi implantado um sistema de monitoramento de leitos UTI, que possibilita a informação de vagas disponíveis em todos os hospitais do país (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2021).

A pandemia, foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde – OMS, no dia 11 de março de 2020. Com a falta de medicamentos específicos para o tratamento da doença, a OMS orientou, em nível mundial, a adoção de medidas não farmacológicas como o uso de máscaras, álcool gel 70%, restrição social, entre outras

de cunho individual e coletivo, para evitar ao máximo a aglomeração de pessoas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

Os casos mais graves de pacientes que contraem a Covid-19 podem necessitar de internação e requerem cuidados intensivos, submetendo os mesmos à ventilação mecânica e intubação. Começa então, uma mobilização com o intuito de aumentar ao máximo a capacidade de receber pacientes que necessitam de leitos especializados em UTIs Covid para tratamento. Desde o início da pandemia diversos países vêm enfrentando essa mesma realidade (MOREIRA, 2020).

A lógica para que esta capacidade possa ser aumentada está relacionada a vários fatores estruturais e mão de obra especializada como veremos ao longo do estudo. Então, foi necessário voltar o foco aos trabalhadores que estavam inseridos nestes hospitais, sob entendimento da equipe de Enfermagem ter sido a categoria que dedicou tempo considerável a este trabalho, para verificar quais são as condições de trabalho dos enfermeiros de UTI Covid-19 em dois hospitais regionais e os efeitos sobre a saúde mental dos mesmos?

Para dar conta desse questionamento foram utilizados alguns aspectos que nortearam a pesquisa e direcionaram a obtenção dos resultados para aqueles desejados, foram eles: Qual importância dos hospitais regionais durante uma crise pandêmica? Os profissionais de enfermagem das UTIs estão sentindo sobrecarga de trabalho? De que forma? A saúde mental dos trabalhadores de UTIs em hospitais regionais foi afetada durante o período da pandemia? Existe algum tipo de suporte a respeito da saúde mental dos trabalhadores em tempos de pandemia nos hospitais?

Para responder ao problema de pesquisa e também às questões levantadas posteriormente, foi necessário estabelecer alguns objetivos, sendo o primordial, compreender quais são as condições de trabalho dos enfermeiros da UTI Covid-19 em dois hospitais regionais e os efeitos sobre a saúde mental dos mesmos. Houve necessidade de elencar alguns objetivos específicos também, os quais visavam analisar a importância dos hospitais regionais nos municípios de Santa Cruz do Sul e Lajeado; Compreender as trajetórias profissionais e constituintes das equipes de enfermagem nas UTIs Covid-19; Conhecer as vivências destes profissionais e suas jornadas de trabalho nos hospitais durante o período da pandemia.

A pesquisa justificou-se ao considerar o quanto a pandemia impactou a organização dos sistemas públicos de saúde no mundo. Para além das lacunas

estruturais, estiveram os trabalhadores da chamada linha de frente ao combate à doença, responsáveis pelo cuidado aos pacientes infectados. Os profissionais da enfermagem ganharam um destaque muito importante neste desafio, pois entenderemos mais adiante, a importância que tiveram no cenário pandêmico.

No Brasil, de 03 de janeiro de 2020 às 16h54min a 23 de dezembro de 2022, houveram 36.044.441 casos confirmados de Covid-19 com 692.461 mortes, relatadas à Organização Mundial da Saúde. Até 02 de dezembro de 2022, um total de 493.700.899 doses de vacina foram administradas. A OMS apresenta em seu site oficial o painel coronavírus com contagens diárias oficiais de casos confirmados, óbitos e índices de vacinação informados pelos países, territórios e áreas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

O dado apresentado acima, nos permite compreender o dimensionamento de tal doença no país. Conforme esses números foram surgindo, pesquisas apontaram as desigualdades na distribuição espacial dos recursos hospitalares no Brasil. Um estudo realizado por Santos *et al.* (2022) trata sobre as desigualdades regionais nos arranjos, oferta e distribuição de recursos em diferentes escalas espaciais, relação público-privada, concentração dos serviços de saúde nas grandes capitais, desfavorecendo uma parcela significativa da população, o que também pode ter gerado impacto negativo no período da pandemia.

Outro estudo realizado por Albuquerque *et al.* (2020) conclui que as consequências advindas da pandemia tendem a se agravar em territórios marcados pela desigualdade, vulnerabilidade e conseqüentemente servem como condicionantes da pandemia. Todo esse processo soma-se a crise econômica, política, social e sanitária que agravaram ainda mais o cenário vivido no país.

Foram critério de inclusão da pesquisa, ter mais de 18 anos, ser profissional da enfermagem, trabalhar na Unidade de Terapia Intensiva para Covid-19 no hospital escolhido, gozar de boa saúde física e mental. Quanto aos critérios de exclusão, se enquadram os enfermeiros que estejam em período de férias, em isolamento devido à contaminação pela Covid-19, possuam algum tipo de atestado médico e estejam afastados da instituição, também profissionais que se encontram em tratamento psiquiátrico ou psicológico relacionado ao trabalho.

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. Em relação à amostragem, caracteriza-se como não probabilística intencional em que o

público alvo se refere aos profissionais da enfermagem, trabalhadores das Unidades de Terapia Intensiva de dois hospitais. Foram entrevistados 11 pessoas, durante seus respectivos plantões, dentro da instituição, no setor da UTI. A proposta inicial era realizar as entrevistas em local maior reservado e fora do horário do expediente, no entanto, por solicitação das enfermeiras coordenadoras, as entrevistas aconteceram durante o plantão dos entrevistados. A tabela a seguir aponta algumas características destes profissionais.

Quadro 1 - Perfil dos profissionais da enfermagem entrevistados

Entrevista	Sexo	Idade	Profissão	Hospital
1	Feminino	43	Enfermeira	Santa Cruz
2	Feminino	31	Enfermeira	Santa Cruz
3	Feminino	28	Enfermeira	Santa Cruz
4	Feminino	44	Enfermeira	Santa Cruz
5	Feminino	28	Enfermeira	Santa Cruz
6	Feminino	42	Enfermeira	Santa Cruz
7	Feminino	32	Enfermeira	Bruno Born
8	Masculino	35	Enfermeiro	Bruno Born
9	Feminino	36	Enfermeira	Bruno Born
10	Masculino	48	Enfermeiro	Bruno Born
11	Masculino	42	Enfermeiro	Bruno Born

Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos dados coletados na entrevista (2022).

Na presente pesquisa, a fenomenologia foi o método escolhido para ser utilizado. A busca pela investigação de um tema, também propõe compreender o fenômeno, colocando o mesmo em suspensão, para posteriormente interpretá-lo. A análise fenomenológica abrange o histórico e também o social, visto que os encontros e mediações ocorrem de forma temporal e contextualizada. Na descrição, se aponta para a vivência do fenômeno que se deseja compreender, e, a partir daí, se torna mais claro, quanto maior for o esforço de investigação através das análises realizadas (GARNICA, 1997).

Por esse motivo, a pesquisadora decidiu adentrar ao ambiente da UTI e realizar as entrevistas no local, possibilitando desta forma vivenciar por alguns momentos a realidade enfrentada por tais profissionais e poder observar o contexto onde o fenômeno ocorreu. A coleta no Hospital Santa Cruz foi realizada nos dias 06 e 21 de maio de 2022 com seis profissionais. No Hospital Bruno Born, as entrevistas foram realizadas no dia 24 de maio de 2022 com 5 trabalhadores. Foi utilizado uma entrevista semiestruturada para facilitar o diálogo e coleta dos dados, com algumas

perguntas relacionadas ao contexto da pandemia, trabalho e percepções sobre seu estado de saúde mental.

Segue um breve apanhado do que será abordado nos três capítulos desta dissertação. O primeiro deles, iniciará considerando a dimensão desta doença em nível mundial e posteriormente sua chegada ao Brasil. A partir da inserção do vírus no país, foi feita uma contextualização histórica dos serviços de saúde, como foram evoluindo ao longo dos anos e a importância que o Sistema Único de Saúde - SUS tem a respeito da garantia à saúde dos brasileiros. Além disso, não poderíamos esquecer de fazer algumas considerações sobre as estratégias dos órgãos sanitários para enfrentamento da doença, até então desconhecida. O capítulo se encerra considerando a organização da saúde no estado do Rio Grande do Sul.

O Segundo capítulo dedicou-se a compreender de forma mais aprofundada as relações entre trabalho e saúde mental e os sentimentos de prazer e sofrimento implicadas neste processo. Posteriormente foram feitas algumas considerações sobre a categoria profissional escolhida para este estudo, trazendo um pouco do contexto histórico da profissão que tanto preza pelo cuidado à vida. Para concluir, foram realizadas algumas considerações sobre saúde mental em tempos de pandemia com foco voltado aos trabalhadores da enfermagem nas UTIs.

Após fazer um apanhado teórico para fundamentar tal pesquisa, foi hora de apresentar os resultados obtidos, através do capítulo terceiro. Este, foi resultado das entrevistas realizadas com os profissionais da Enfermagem, descrevendo inicialmente os caminhos percorridos para coletar os dados, através de um breve percurso metodológico. Posteriormente, o vivido por estes trabalhadores foi evidenciado através de seus relatos, ao encontro do embasamento teórico capaz de sustentar algumas afirmações empíricas.

Os resultados trouxeram à tona todas as situações de sofrimento, incertezas e faltas vividas por tais profissionais. Foram momentos de muita sobrecarga de trabalho, medo, insegurança e aprendizagem, pois a experiência também foi vislumbrada por estes como um momento de reflexão para evolução pessoal e profissional de uma época que ficará gravada na história do planeta. O estudo tentou descrever da maneira mais fidedigna possível e transmitir o que essas pessoas viveram dentro desses dois hospitais, dimensionando também a importância destas duas instituições para região.

A última etapa tratou das considerações finais, com intuito de refletir sobre o problema e os objetivos levantados, foram trazidas algumas considerações do pesquisador a respeito de suas percepções, dificuldades e a relevância que este estudo poderá ter futuramente. Por fim, seguirá com a bibliografia utilizada, em sequência, pelo apêndice e anexos.

1. SUS: O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19

Este capítulo se dedica a falar sobre a Síndrome Respiratória Aguda Grave, o vírus SARS-CoV-2, causador da Covid-19 e suas variantes. Também serão feitas considerações sobre as medidas que o Sistema Único de Saúde adotou para o enfrentamento desta pandemia, considerar-se-á os pilares formadores de tal política pública para melhor compreensão.

O ano de 2020 ficará gravado na história da humanidade, sem distinção de raça, condição social, nação ou qualquer outro fator. Caracterizado como o sétimo coronavírus humano e descoberto na cidade de Wuhan na China, em janeiro de 2020, a infecção por este vírus pode causar sintomas como tosse, falta de ar, febre e em casos mais graves, pneumonia. O principal órgão atingido é o pulmão, porém existe uma probabilidade significativa de outros órgãos também serem afetados, ocasionando danos cardiovasculares, gastrointestinais, sistema nervoso central, entre outros (CIOTTI. *et. al.*, 2020).

Pessoas infectadas pela Covid-19 podem apresentar desde sintomas leves, até moderados ou graves, contudo, a grande maioria das pessoas é assintomática. Sua transmissão ocorre principalmente pela via respiratória, mas também foi detectado, através de estudo, que a transmissão pode ocorrer de outras formas como, em superfícies, telefone celular de pacientes infectados, assim para que novas pessoas adquiram a doença caso entrem em contato com esses locais e posteriormente toquem em seus olhos, nariz ou boca (CIOTTI. *et.al.*, 2020).

Em março de 2020 a Organização Mundial da Saúde, declarou como pandemia mundial a Covid-19, doença que afetou significativamente quase todos os países do mundo. Essa classificação se deve ao alto poder de disseminação geográfica apresentada, à medida em que o vírus foi se inserindo nos diversos países, em tempos distintos, os estágios do surto também aconteceram em tempos variados em cada um deles (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

No Brasil, o primeiro caso foi anunciado no dia 26 de fevereiro de 2020 pelo Ministério da Saúde, no estado de São Paulo. Era um homem de 61 anos com histórico de viagem para Itália, outros 59 casos suspeitos já haviam sido descartados desde o início da pandemia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A partir do primeiro caso no país, iniciou-se uma corrida contra o tempo para conseguir recursos que pudessem dar conta de toda demanda. Pouco conhecimento a respeito da doença, alta taxa de disseminação, falta de equipamentos e diversos outros fatores geradores de incertezas sobre qual a maneira mais adequada para enfrentar a pandemia. A desigualdade social também foi um agravante, pois produziu realidades completamente diferentes sobre as populações (WERNECK; CARVALHO, 2020).

No Brasil, o Ministério da Saúde é o órgão responsável e competente pelas questões de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN, através do Sistema Único de Saúde. Foi a partir da elaboração de um plano de contingência e outros protocolos de enfrentamento da pandemia pelo ministério, que se constituíram bases orientativas aos gestores de Estados e Municípios de todo país (MASSUDA, A. *et.al*, 2020).

Contudo, há uma grande heterogeneidade na capacidade e recursos de cada região do país, não há como generalizar as necessidades de cada população. Por isso, precisamos compreender de que forma o Sistema Único de Saúde, como principal política pública no enfrentamento da pandemia no Brasil se estrutura e funciona. Assim, é preciso voltar há alguns anos no tempo.

Precisamos entender um pouco melhor sobre a organização sanitária no Brasil desde o período colonial, para dimensionar o que o SUS significa na vida dos brasileiros. A oferta de saúde no país já foi extremamente precária e seletiva, iniciaremos falando sobre a primeira Santa Casa de Misericórdia que surgiu em 1543, com a fundação da Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos, obras de Brás Cubas. Posteriormente surgiram as Santas Casas de Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e São Paulo (PAIM, 2009).

Nesta época, a assistência aos mais pobres ficava a cargo das obras de caridade cristã, os militares sob os cuidados de famílias ricas e posteriormente, eram atendidos nas Santas Casas sob custeio financeiro anual do governo da Colônia. A partir de 1828 as atribuições sobre a saúde pública eram responsabilidade das municipalidades; em 1850 surgiu a Junta de Higiene Pública, iniciando desta maneira, uma nova reforma nos serviços sanitários (PAIM, 2009).

Mesmo com algumas mudanças, ao fim do império, os recursos eram insuficientes e incapazes de assegurar a assistência aos doentes. Quem tinha

condições de pagar era atendido por médicos particulares, os demais, dependiam das casas de misericórdia, filantropia e caridade do povo. A partir da Proclamação da República, os estados assumiram esta responsabilidade e na passagem do séc XIX para o XX, às questões de saúde já eram compreendidas como sociais (PAIM, 2009).

Ainda na perspectiva deste autor, não existia uma relação entre as partes que formavam a organização sanitária nesta época, muito menos um sistema formado e articulado que pudesse suprir algumas demandas. Esta desorganização tinha como consequências o desperdício de recursos e dificuldades para resolver os problemas da população. Com o avanço das grandes epidemias que marcaram o início do séc XX, como a Febre Amarela, Varíola e Peste Negra, o poder público teve que adotar medidas sanitárias mais rígidas, pois esta condição estava interferindo principalmente na economia agroexportadora. A vacinação obrigatória foi uma das ações realizadas na época.

Porém, todas essas ações foram voltadas para o tratamento de doenças específicas e de forma muito rígida. Apenas na segunda metade do século, algumas empresas, por iniciativa própria, foram oferecendo assistência à saúde de seus funcionários, mediante desconto na folha de pagamento. Pouco mais à frente, Carlos Chagas criou o Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP, responsável pela Vigilância Sanitária, saneamento, controle de endemias, entre outras ações (PAIM, 2009).

No ano de 1953, com a criação do Ministério da Saúde - MS, muitas campanhas sanitárias foram se transformando em órgãos competentes e especializados para cada doença especificamente. Neste processo, as doenças da população também foram se transformando, ocasionando progressivamente um decréscimo das doenças contagiosas e um aumento das doenças crônicas e degenerativas. Na década de 1960 a modalidade de Medicina de Grupo foi implementada às grandes empresas com o intuito de prestação de serviços médicos, mediante a pré-pagamento (PAIM, 2009).

O movimento da reforma sanitária demandou grande atenção nas formas de democratização, descentralização e participação social. Assim, foi pensado e criado um sistema de saúde capaz de abranger toda demanda pública de saúde, regulado pelo Ministério da Saúde. A Constituição Federal de 1988 foi um marco para história

da saúde pública no Brasil como direito universal, instituindo o Estado como promotor de ações e serviços capazes de suprir tal demanda (MARQUES. *et.al*, 2016).

No artigo 196 do presente documento, está disposta a seguinte frase, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (BRASIL, 1988, p. 118).

O Sistema Único de Saúde, nasce então sob uma ótica descentralizada e a cargo de três esferas do governo, a nível federal, estadual e municipal. Este último, o municipal, é responsável pelas ações e serviços primordialmente através da atenção básica em saúde. O nível estadual é responsável pela organização das redes regionais, cooperando técnica e financeiramente com os municípios e também como referência nos serviços mais especializados (BARROS; PIOLA, 2016).

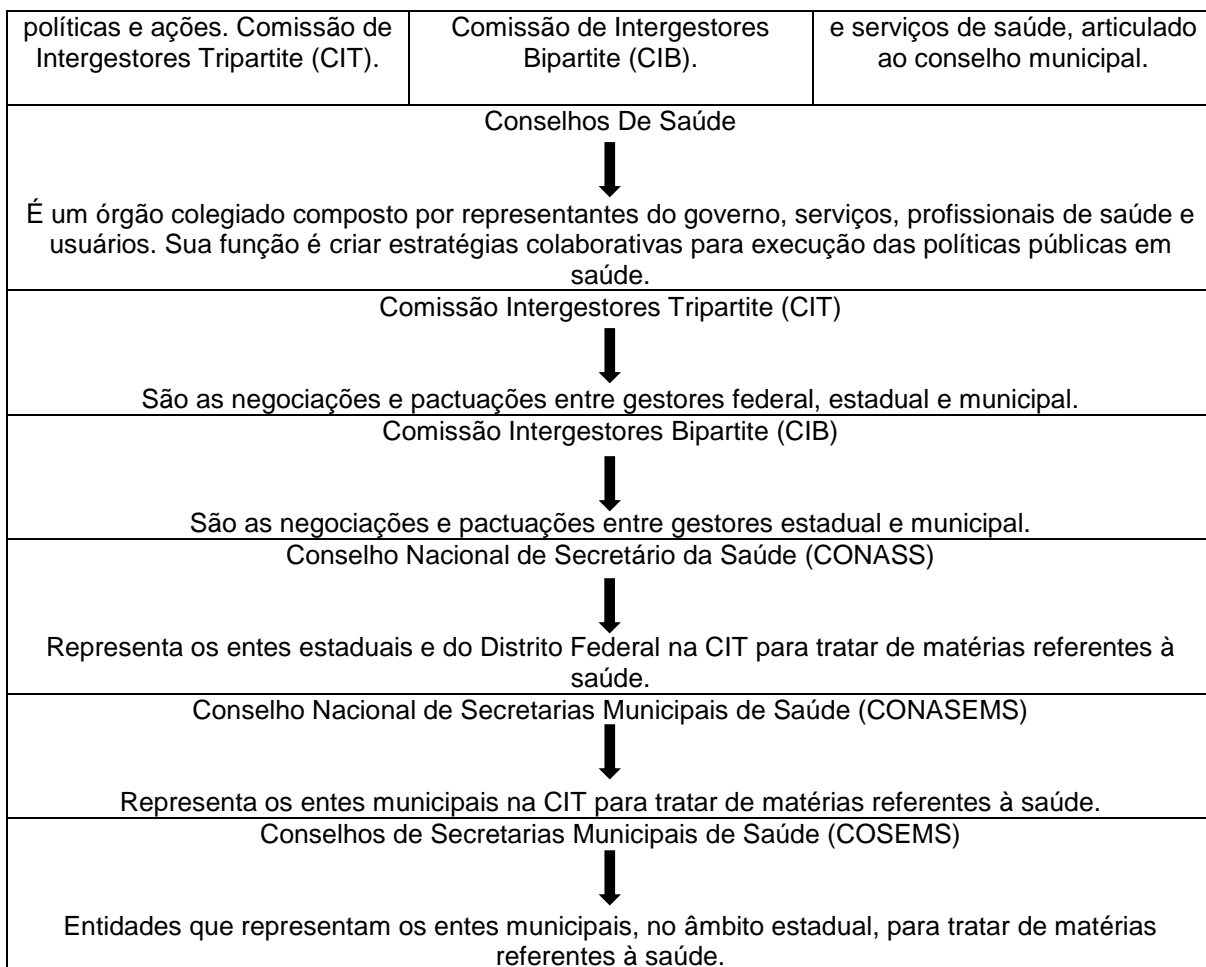
O terceiro nível, o federal, acontece por intermédio do Ministério da Saúde que coordena o SUS em todo território nacional. Entre suas principais responsabilidades estão a criação de uma política nacional de saúde, regulação do sistema público e privado, registro e controle sanitário em todos os âmbitos. A participação pública é assegurada através de Conselhos de Saúde nas três esferas de poder, compostos por representantes legais do governo, profissionais, serviços e usuários (BARROS; PIOLA, 2016).

Este movimento de criação teve a participação de diversos atores e vinculações organizacionais e também político partidárias que por vezes estavam vinculadas as secretarias estaduais e municipais de saúde. Após grande período de mobilizações para sua implementação, aos poucos foram se constituindo gestões que tinham como objetivo primordial, concretizar tal reforma (D’ASCENZI, 2006; LIMA, 2012).

Vejamos essa organização a seguir:

Quadro 2 - Estrutura do Sistema Único de Saúde

<p>Nível Federal Ministério da Saúde - MS</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>É o gestor nacional do SUS que formula, normatiza, fiscaliza, monitora e avalia</p>	<p>Nível Estadual Secretaria Estadual de Saúde - SES</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Colabora para elaboração das políticas e ações em saúde, presta apoio aos municípios junto ao conselho estadual.</p>	<p>Nível Municipal Secretaria Municipal de Saúde - SMS</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Responsável pelo planejamento, organização, controle e execução das ações</p>
---	---	--



Fonte: Adaptado de Brasil (2020).

Seus princípios organizativos precisam acontecer de forma crescente em níveis de complexidade, em determinada área geográfica, atendendo às necessidades de uma certa população. Através da Regionalização, por se tratar de um processo que articula os serviços já existentes sobre o comando unificado de todos eles. Também por meio da Hierarquização, que divide os níveis de atenção para garantir acesso aos serviços de acordo com a complexidade do caso, dentro dos limites e recursos de uma determinada região (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Outra forma de organização acontece por meio da Descentralização, de acordo com esta, o poder e também a responsabilidade estão divididos entre União, Estados e Municípios. O objetivo visa prestar serviços de qualidade e garantir o controle através da fiscalização por parte da sociedade. Nos municípios, a saúde também deve ser descentralizada, para isso devem ser ofertadas condições de gerenciamento e recursos. Ainda, a participação popular é muito importante na construção e funcionamento desse sistema, por isso, conselhos e conferências são possibilidades

para criação de novas estratégias de políticas em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Outrossim, precisamos falar sobre uma característica marcante da sociedade brasileira, muito pertinente nesta discussão, trata-se da desigualdade social. Para Filho *et al.* (2009) caracterizada através de diferentes fatores, relacionados sobre formas de moradia, relacionamentos e vivências, forma de se vestir, lidar com a vida, trabalho, etc. Autores como Pitombeira e Oliveira (2020) trazem à tona a relação entre pobreza e saúde no país, evidenciando a importância de se considerar aspectos históricos e estruturais já enraizados no contexto brasileiro. Também mencionam os retrocessos de direitos sociais e sua relação com a atenção à saúde dos mais desfavorecidos.

O SUS foi um sistema criado para atender a todos que dele necessitem, no processo de implementação de uma política pública, vale ressaltar que a trajetória e todo processo são influenciados segundo LIMA e D'ASCENZI (2013, p. 109) pelas “características e o conteúdo do plano, pelas estruturas e dinâmicas dos espaços organizacionais e pelas ideias, valores e as concepções de mundo dos atores implementadores”.

Quando falamos sobre políticas públicas, devemos pensar em uma construção elaborada para dar conta de um problema público, ou seja, existe uma certa intencionalidade em sua criação que visa atender a uma demanda coletiva. Estamos falando sobre um “conceito abstrato que se materializa por meio de instrumentos variados. Para aqueles que acreditam em espírito, é como dizer que a política pública é uma alma, e esta precisa de um corpo para tomar vida” (SECCHI, 2013, p. 17).

A construção do sistema de saúde com as características do SUS significou um avanço para o país, embora muitos problemas tenham se estendido ao longo dos anos, alguns conflitos tiveram que acontecer pela busca de recursos financeiros em prol do acesso universal à saúde. Esse modelo foi pensado para operar de forma tripartite e seu sucesso se deve a essa lógica de funcionamento. O histórico de desigualdade social e as lutas por uma sociedade mais justa são discussões do passado, presente e futuro do Brasil. A pandemia instaurou na sociedade a certeza que muito há de ser feito para alcançar uma saúde pública que chegue a todos os cantos do país.

1.1 Enfrentamento do desconhecido

A pandemia causada pela Covid-19 causou impacto para toda população mundial, sem exceções. No Brasil, o Sistema Único de Saúde foi um dos grandes precursores para desenvolver ações capazes de suprir grande parte das demandas de saúde provocadas por tal doença, tão complexa e contagiosa.

Após toda repercussão dos casos de pneumonia na China, em 22 de janeiro de 2020, ações começaram a ser pensadas no Brasil. Através do Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública/COE-COVID-19, foi elaborado um Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus Covid-19 e lançado em fevereiro de 2020. Tal proposta foi composta por três níveis de respostas, baseado no risco de a doença afetar o Brasil e quais as principais consequências. Foram eles, Alerta, Perigo Iminente e Emergência em Saúde Pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Neste documento a Secretária de Vigilância em Saúde admitiu que o conhecimento sobre o vírus era limitado e haviam muitas incertezas na forma de transmissão. Além disso, as informações sobre as taxas de letalidade e transmissibilidade não estavam definidas, o histórico da doença ainda estava em processo de construção, por esse motivo os riscos teriam de ser avaliados periodicamente (BRASIL, 2020).

Correspondente ao primeiro nível, o de Alerta, este estava relacionado ao risco elevado da Covid-19 chegar ao Brasil, sem apresentar casos suspeitos. Foi preciso considerar que outras doenças respiratórias poderiam interferir na identificação dos casos, então era preciso analisar todas as possibilidades, especificar minuciosamente os casos e investigar um por um, através da conduta clínica local (BRASIL, 2020).

No segundo nível, denominado Perigo Iminente, em caso de confirmação da doença no país, as três esferas do governo composta pela União, Estados e Municípios, deveriam elaborar estratégias para atender as necessidades coletivas e urgentes. Estas, decorrentes de situações que envolveriam calamidade pública e epidemias (BRASIL, 2020).

O terceiro nível, de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN, caso existisse a confirmação de transmissão local da doença, deveriam ser adotadas duas fases. A primeira de Contenção da doença para evitar que o vírus fosse transmitido de pessoa para pessoa, através de elaboração de planos de contingência,

aquisição de Equipamentos de Proteção Individual – EPIs e reforçar a Rede de Atenção Básica para atender os casos. A segunda fase de Mitigação, após registrados 100 casos, deixaria de ser realizada a testagem em todos os indivíduos e se priorizariam aqueles em estado grave; casos leves deveriam ser orientados a permanecer em quarentena e isolamento domiciliar (BRASIL, 2020).

Este plano deveria servir como referência para adoção de medidas corretas ao enfrentamento da pandemia em âmbito nacional. Contudo, a realidade enfrentada na prática dificultou muito a execução correta de todas essas medidas orientativas. Não foi possível executar esse plano de política pública em saúde durante a pandemia, nem mesmo orientar as áreas econômica e social neste período. A escassez de ações e omissões do primeiro semestre de 2020 foram cruciais para o agravamento da situação futuramente (PINTO, 2021).

Houve falta de assistência para as Equipes de Saúde da Família, atrasos orçamentários e financeiros em favor do Sistema Único de Saúde por parte do governo. Este fato despertou questionamentos de órgãos como Ministério Público, Conselho Nacional de Saúde e Tribunal de Contas da União, sobre as ações que estavam sendo desenvolvidas pelo Ministério da Saúde para o devido enfrentamento da pandemia (PINTO, 2021).

No dia 31 de março de 2021, o Conselho Nacional de Saúde – CNS publicou uma carta aberta às autoridades do Legislativo e Executivo sobre o orçamento destinado ao financiamento das ações e serviços de saúde para o ano de 2021. O valor repassado estaria abaixo daquele capaz de cobrir os custos mínimos para o seu funcionamento, sem levar em consideração o crescimento desenfreado da pandemia no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Este orçamento teria sido aprovado com valores correspondentes ao do piso federal do SUS no ano de 2017. Aproximadamente 60 bilhões de reais a menos, se comparado ao orçamento de 2020, o que dificultaria muito a aquisição de insumos e manutenção dos serviços que até então, vinham sendo prestados pelo sistema público de saúde. Outro questionamento lançado nesta carta, foi a retirada da situação de Emergência Sanitária Nacional no dia 31 de dezembro de 2020, visto que o número de casos continuava aumentando, a taxa de ocupação de leitos neste período ultrapassava os 95%, reafirmando a situação de calamidade (BRASIL, 2021).

A chegada da pandemia exige de todos os sistemas de saúde, em âmbito mundial, um esforço incalculável na tentativa de prevenir, reduzir o contágio e oferecer alternativas para minimizar os danos à saúde da população infectada. Os elevados índices de proliferação do vírus, demandas por leitos especializados em Unidades de Terapia Intensiva, eram motivos de questionamentos e anseios por sistemas de saúde internacionais que possuíam índices mais elevados de financiamento do que o SUS. Desta forma, é possível dimensionar o quanto foi difícil tentar suprir tamanha demanda no Brasil (PINTO, 2021).

No país aumentaram as preocupações a respeito da oferta de recursos públicos, privados e hospitalares. Porém, essas incertezas se estenderam ao longo do tempo e a exemplo disso, o início de 2021 ficou marcado pelo colapso que acometeu o sistema de saúde, em decorrência da insuficiência e má distribuição dos leitos de UTI. Além deste fator, a falta de insumos, equipamentos profissionais, foram agravantes para suprir toda demanda e prestar assistência adequada aos pacientes (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021).

O Boletim Extraordinário emitido pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ em 16 de março de 2021, inicia com a seguinte afirmação:

Uma pandemia envolve uma doença infecciosa que afeta populações em muitos países, em diferentes regiões, ainda que de diferentes modos, como no caso da Covid-19. Se estes países não estão preparados para controlar a sua disseminação, seus efeitos podem resultar em uma grave interrupção do funcionamento de uma sociedade e exceder sua capacidade de resposta utilizando recursos próprios, de forma que uma pandemia pode ser compreendida como um desastre. Porém, quando a capacidade de resposta, como as ações desenvolvidas pelos serviços e sistemas de saúde, se apresenta em uma situação extremamente crítica ou mesmo em colapso, como se vê em quase todo país, sendo incapaz de atender às necessidades de todos os pacientes graves e levando os trabalhadores da saúde a situações de exaustão, estamos próximos ou diante de uma catástrofe (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021, p. 1).

Neste período mencionado, os indicadores registravam recordes de óbitos, pacientes infectados e ocupação em leitos de UTI. A recomendação para tentar frear esses índices era a adoção de medidas não farmacológicas, o uso adequado de máscara de proteção era o ponto mais ressaltado para tentar conter a disseminação do vírus e reverter o cenário assustador que se apresentava no momento (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021).

Outra medida muito importante era a restrição do contato físico em que a indicação de períodos de quarentena, *lockdown* e algumas outras estratégias seriam fundamentais para controlar a disseminação. Contudo, na prática a adoção dessas medidas não foi fácil, principalmente quando se trata de um país com realidades econômicas e sociais tão desiguais e que podem gerar profundos impactos em muitos setores e aspectos da sociedade (PEREIRA, 2020).

O Sistema de saúde brasileiro teve que concentrar seus holofotes na pandemia, uma constatação que não é difícil de ser elaborada. O Conselho Federal de Medicina – CFM publicou em setembro de 2021 um material em sua página que aborda as restrições de acesso aos hospitais por diversas causas, entre elas, a grande demanda por leitos para tratamento dos pacientes infectados, preservar os equipamentos de proteção individual e o medo das pessoas em procurar recurso médico. Houve queda de aproximadamente 27 milhões de procedimentos eletivos, exames e cirurgias (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2021).

Os números não pararam por aí, o CFM ainda fez um comparativo de março a dezembro de 2020 em relação ao ano anterior, o que demonstrou queda em cerca de 16 milhões de exames com finalidade de diagnóstico, mais de um milhão de pequenas cirurgias reduzidas, 210 mil transplantes de órgãos, 8 milhões de procedimentos clínicos. Sem dúvidas, esses resultados foram muito negativos para a saúde pública e colaboraram para esclarecer a dimensão da crise sanitária vivenciada pelo SUS no país (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2021).

O levantamento realizado pelo CFM ainda trouxe um dado muito importante que diz respeito aos procedimentos em que o paciente não necessita de internação superior a 24h, chamados de ambulatoriais. Estes, tiveram redução em todas as regiões, utilizando a região sul como exemplo, verificou-se uma redução de 35% no estado do Paraná, 24% em Santa Catarina e 27% no estado do Rio Grande do Sul (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2021).

Foi aprovado pelo Congresso Nacional, em 07 de maio a Emenda Constitucional nº 106 (2020) que buscou instituir regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia. Nesta, foram disponibilizados recursos mais simplificados para contratação de profissionais, obras, serviços e compras para oferecer condições de igualdade a todos, imprescindíveis para o enfrentamento da pandemia. Contudo,

esses recursos orçamentários não foram suficientes para suprir a real demanda econômica e social do país (SALVADOR, 2020).

Para autores como Werneck e Carvalho (2020) a resposta à pandemia poderia acontecer através de quatro fases. A primeira aconteceria antes mesmo de ser registrado algum caso no país, através de rastreamento dos indivíduos vindos do exterior para bloquear a disseminação do vírus, essa seria denominada como Fase de Contenção. A segunda aconteceria quando a transmissão já estaria instalada, seu objetivo seria evitar a contaminação de grupos de risco, chamada de Mitigação.

Na terceira, de Supressão, os autores propõem medidas mais radicais que podem ser compreendidas através do isolamento social por tempo determinado de toda a população, a fim de tentar frear o aumento dos casos. Por fim, a última se refere à Recuperação, ou seja, a reestruturação social e econômica do país por meio da organização da própria sociedade, com auxílio do Estado (WERNECK; CARVALHO, 2020).

Apesar de um início muito conturbado em relação a organização do Sistema de Saúde para suprir a demanda e após muito estudo científico, pesquisa e testagem para obter um imunizante contra a Covid-19, criou-se um sistema de vacinação. No dia 17 de janeiro de 2021 iniciou a campanha no país, designada a Fundação Oswaldo Cruz para avaliar as vacinas em desenvolvimento. Ainda no mês de setembro de 2020 foi assinado o acordo de Encomenda Tecnológica (ETEc) com a AstraZeneca, com o intuito de realizar o processamento final do imunizante. A partir do recebimento do Ingrediente Farmacêutico Ativo (IFA) importado, contemplando desta forma, as etapas de formulação, envase, rotulagem, revisão, embalagem e controle de qualidade (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022).

No Brasil, existiam quatro possibilidades para vacina contra Covid-19 ser disponibilizada à população. A primeira, através do registro; a segunda, pelo uso emergencial; a terceira, através da importação excepcional e a quarta, pelo Covax Facility, um consórcio que permite a entrada de vacinas autorizadas pela OMS no país (BRASIL, 2022). Vejamos a seguir, as vacinas disponíveis e utilizadas desde 2021 pela população.

Quadro 3 - Vacinas Autorizadas pelo Ministério da Saúde no Brasil

Nome Popular	Vacina	Laboratório	Tecnologia
Coronavac	Coronavac	Sinovac e Butantan	Vírus inativado
AstraZeneca/Oxford	CHADOX1 NCOV-19	AstraZeneca e Fiocruz	Vacina recombinante de vetor viral não replicante - Vetor de adenovírus
Pfizer	BNT162	Pfizer/BionTech-Wyeth	RNA mensageiro
Janssen	AD26.COV2.S	Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda.	Vacina recombinante de vetor viral não replicante - Vetor de adenovírus 26

Fonte: Adaptado de Brasil (2022).

A chegada das vacinas, apesar de muito aguardada, também abriu caminho para disseminação de falsas notícias acerca de sua eficácia, efeitos colaterais e muitas dúvidas sobre o fazer ou não essa imunização. A grande crença acerca da vacinação contra Covid-19 gira sobre a insuficiência de estudos que comprovem sua real eficácia, desconfiança sobre a procedência, questões políticas e ideológicas (GALHARDI, 2022).

Aqui foram abordadas algumas medidas e alternativas pensadas e criadas para o enfrentamento da Covid-19. Contudo, muitos autores verificaram falhas principalmente na organização e gestão do sistema público de saúde, fato que pode ter contribuído de forma significativa para o agravamento da situação no Brasil.

1.2 A Organização da Saúde no estado do Rio Grande do Sul frente à pandemia

Até o presente momento conhecemos o Sistema Único de Saúde de maneira mais ampla, para que a partir de agora seja possível analisar o contexto da pandemia de forma mais detalhada no estado do Rio Grande do Sul. Vale ressaltar que o SUS é um só, de abrangência nacional, porém como uma de suas diretrizes formadoras se trata da equidade, precisamos compreender de que forma essa política pública foi empregada no estado frente à pandemia da Covid-19.

O Rio Grande do Sul tem extensão territorial de 281.730,2 km², considerado o nono maior estado brasileiro, é dividido em 497 municípios e tem aproximadamente 11,4 milhões de pessoas. Sua capital, Porto Alegre, é o município com maior número de habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021).

Algumas características importantes do estado e que devem ser consideradas, estão dispostas no RS em Números 2022, uma publicação com os principais dados socioeconômicos. O Rio Grande do Sul passa por um processo de envelhecimento da

população, a renda econômica dos gaúchos é mais alta que a média do país, representando rendimento *per capita* familiar de R\$ 1.714,00 no estado em 2020, contra R\$ 1.349,00 no restante do Brasil. Esses números acabaram se alterando negativamente com a chegada da pandemia (RIO GRANDE DO SUL, 2022).

Sobre a saúde, representa indicadores que também superam a média nacional, elevando a projeção da expectativa de vida entre as maiores do país. Com a chegada da pandemia em 2020, às doenças infecciosas e parasitárias passaram a ser a terceira maior causa de óbitos no estado (RIO GRANDE DO SUL, 2022).

Muitos avanços à saúde dos brasileiros foram se constituindo ao longo dos anos e torna-se necessário compreender como ela se organiza em um determinado estado. Neste em questão, é preciso considerar um sistema de regionalização sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde. Através de uma reestruturação às Redes de Atenção à Saúde, foram possíveis a qualificação e o maior aperfeiçoamento das políticas voltadas para promoção dos direitos constitucionais, através da consolidação deste sistema (BRASIL, 2010).

A partir de agora, começaremos a compreender um pouco melhor sobre a organização da saúde, iniciando com o Plano Estadual de Saúde (2016) que abordou o conceito de Região de Saúde, ou seja, um espaço geográfico constituído por agrupamento de municípios que se limitam através de identidades culturais e econômicas para melhor execução dos serviços de saúde. O estado do Rio Grande do Sul possui trinta regiões de saúde, que serão ilustradas no mapa a seguir.

Figura 1 - Regiões de Saúde do Estado



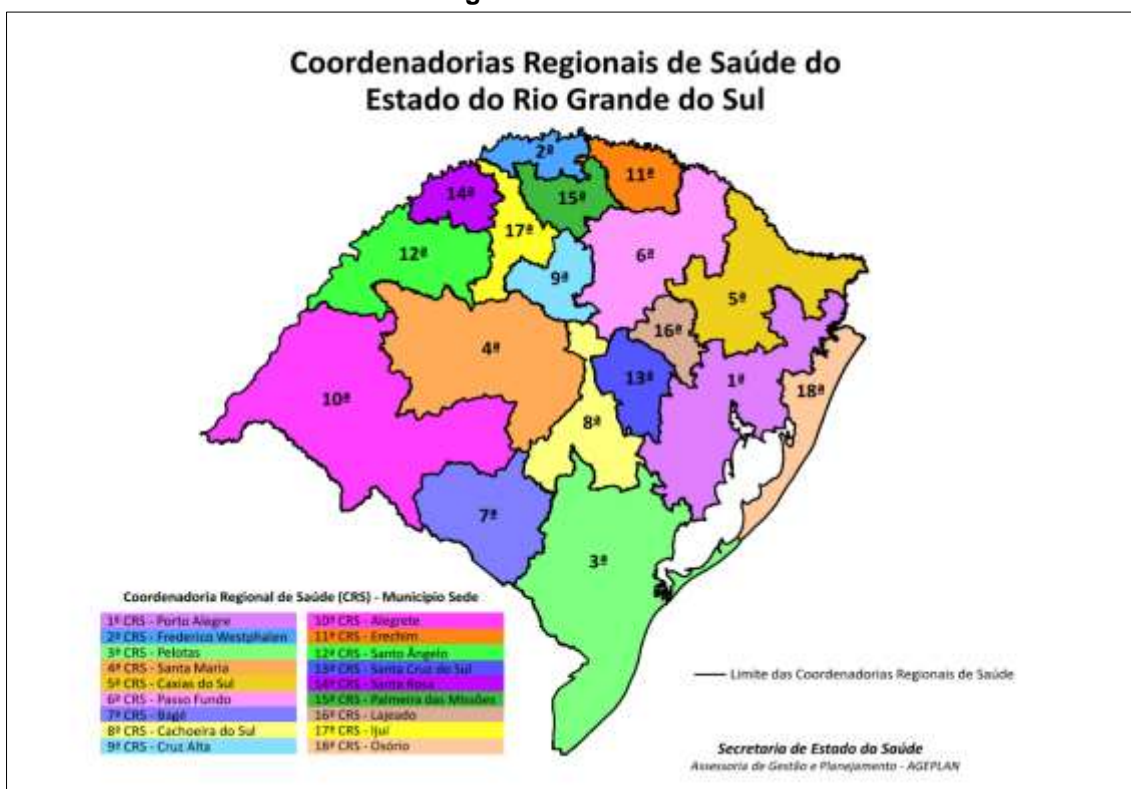
Fonte: Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde, 2022.

A região de saúde serve de base para que o sistema de saúde possa se estruturar de forma mais eficaz no que se refere a sua gestão. Existe uma Comissão de Intergestores Regionais - CIR que se reúne também com os gestores do SUS para discussão e tomada de decisões. A realidade da região sobre a saúde da população é prioridade para os gestores que visam promovê-la, protegê-la e recuperá-la. Enfatizando também a prevenção de doenças. Essa é uma forma de potencializar os recursos disponíveis, sejam físicos ou financeiros (BRASIL, 2015).

Cada uma dessas regiões é acompanhada e administrada por 18 Coordenadorias Regionais de Saúde - CRS que são responsáveis pelo gerenciamento dos serviços prestados à saúde da população. Antes chamadas de Delegacias Regionais de Saúde e, a partir do ano de 1999, passaram a ser chamadas de Coordenadorias Regionais de Saúde. Até novembro de 2020 estavam divididas em 19 CRS, mas após o Decreto Nº 55.606, de 27 de novembro de 2020, responsável por organizar territorialmente estas, passaram a ser dezoito (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Visualizaremos sua distribuição no mapa abaixo:

Figura 2 - CRS no Estado



Fonte: Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde, 2022.

Estas 18 CRS são agrupadas em 7 Macrorregiões de Saúde, responsáveis pelo planejamento das ações de proteção, suporte diagnóstico, apoio ambulatorial e hospitalar. São elas: Centro Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales. Nestas macrorregiões que estão instalados hospitais de referência regional e microrregional para atendimento aos casos mais complexos. Também existem unidades locais de saúde com ênfase nos atendimentos ambulatoriais (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Durante o período da pandemia, diversas medidas para orientar a população foram pensadas. No dia 19 de março, o Governo criou através do Decreto No 55.129, o Comitê Científico de Apoio ao Enfrentamento da Pandemia da Covid-19, seu principal papel foi oferecer apoio ao Gabinete de Crise e o Conselho de Crise. São competências deste órgão (RIO GRANDE DO SUL, 2022, p. 1).

- I. Reunir e interpretar evidências científicas disponíveis sobre a epidemia da COVID-19 que possam auxiliar nas decisões do Governo do Estado.
- II. Proporcionar recomendações científicas para orientar a sociedade sobre temas relevantes, através de comunicação com base nas evidências científicas e nas melhores práticas de prevenção e controle da epidemia.

- III. Sugerir, quando pertinente, estudos que forem considerados para uma melhor compreensão das características da epidemia no Estado do RS, que podem ser executados pelas universidades, institutos de pesquisa ou outras instituições.
- IV. Não estão entre as competências do Comitê Científico determinar medidas do modelo de distanciamento controlado, do Sistema 3As ou outras políticas públicas.

A composição do comitê é formada por membros da Secretaria Estadual de Saúde, pesquisadores de diversas áreas do conhecimento e outros membros do governo. Ampliar o conhecimento sobre a temática de forma aberta foi um dos propósitos para fornecer todas as informações científicas que o governo do estado necessitava. Além disso, eram feitas atualizações frequentes para melhor orientar a população. Outra medida adotada foi a criação de um Gabinete de Crise para o Enfrentamento da Epidemia COVID-19, através do mesmo decreto e coordenado na época pelo Secretário Extraordinário Chefe de Gabinete do Governador do Estado (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Também há o Comitê de Dados Covid-19, responsável pela projeção de cenários e indicadores sobre a pandemia. Nele é possível acessar a série histórica das hospitalizações no estado, o boletim diário e as últimas atualizações sobre os leitos clínicos e de UTI vagos e ocupados, casos suspeitos e confirmados, entre outras informações importantes que são atualizadas diariamente (RIO GRANDE DO SUL, SECRETARIA DE PLANEJAMENTO, GOVERNANÇA E GESTÃO, 2022).

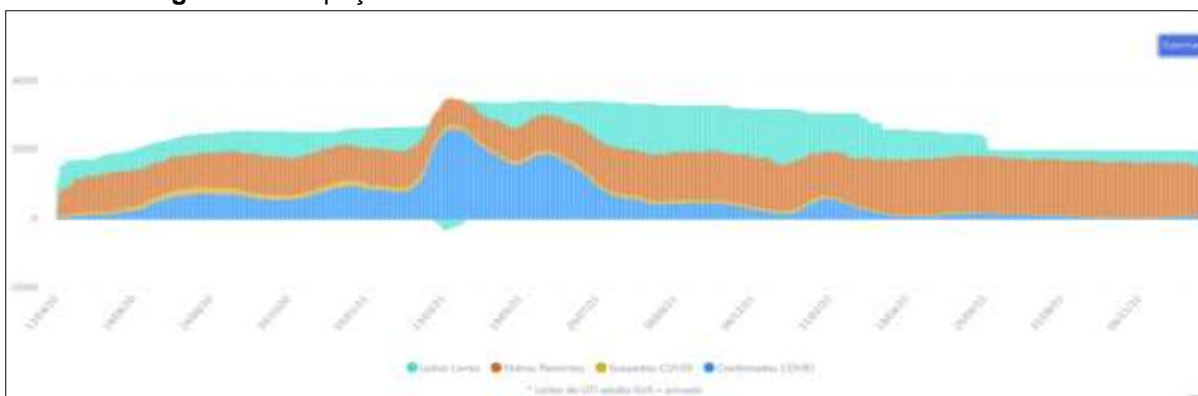
Outra ideia do governo foi criar um sistema de monitoramento para o estado que fazia uso de dados epidemiológicos e de sistemas de saúde para colaborar com o processo de decisão dos gestores. Denominado Sistema de Monitoramento 3 As, utilizava-se de três principais indicadores que serão explanados a seguir.

Quadro 4 - Indicadores Sistema 3 AS

AVISO	ALERTA	AÇÃO
Tendências, situações relacionadas à pandemia, registros de dados, todas essas informações passam por um Grupo de Trabalho – GT, responsável pela emissão de avisos aos comitês técnicos regionais.	Quando detectada uma tendência grave, o GT deve informar imediatamente o gabinete de crise que optará por emitir ou não o alerta.	Após emitido Alerta, a região tem 48 horas para responder sobre o quadro regional e apresentar um plano de ação para enfrentar a pandemia. Caso o Gabinete de Crise considere insuficientes as ações, o Governo poderá estabelecer medidas adicionais.

Fonte: Rio Grande do Sul. Sistema 3As de Monitoramento (2021).

Figura 3 - Ocupação de Leitos Uti no Rio Grande do Sul durante a Pandemia



Fonte: Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Painel Coronavírus RS (2022).

Este sistema possui um site próprio com todas as informações sobre a pandemia no estado do Rio Grande do Sul. Nele é possível acessar cada região de saúde e todas as ações, avisos e alertas de cada uma delas. Vale ressaltar que os municípios continuaram agrupados em trinta Regiões de Saúde, porém no período da pandemia, baseadas na localização dos hospitais de referência em leitos de UTI, formaram-se 21 Regiões Covid e 7 Macrorregiões (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Os hospitais de referência e as Unidades de Terapia Intensiva ganharam muita visibilidade desde o início da pandemia causada pela Covid-19. Houve elevação da demanda do SUS, que despertou a preocupação em obter leitos hospitalares que atendessem tal demanda. A Portaria nº 568, de 26 de março de 2020, autorizou a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica para atendimento exclusivo dos pacientes com a Covid-19. Ela delimitou que a instituição deveria habilitar no mínimo cinco leitos de UTI e os recursos financeiros para custear os leitos, ficariam a cargo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

Vamos analisar a seguir a figura que ilustra as taxas de ocupação dos leitos de UTI no estado, desde o ano de 2020, até novembro de 2022. Em azul mais claro estão dispostos os leitos livres, em laranja escuro pacientes com outras doenças, em laranja mais claro estão os casos suspeitos e em azul escuro os confirmados para Covid-19. O ano de 2021 foi o mais crítico em relação aos números no estado, entre fevereiro a julho do respectivo ano, não haviam mais leitos de UTI disponíveis. Posterior a esse alto índice, percebe-se que o número de casos sofreu queda significativa e os leitos de UTI foram sendo fechados (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2022).

Atualmente, no estado, segundo dados do Monitoramento Covid-19, atualizados no dia 03 de janeiro de 2023, o Rio Grande do Sul possui 1.982 leitos de UTI Adulto, destes, 1.266 são leitos SUS e outros 716 são leitos privados. Os leitos de UTI Covid-19 no estado, totalizam 6.349, deste total, a taxa ocupacional está em 9,2%, cerca de 585 vagas. O número de respiradores em Unidades de Terapia Intensiva é de 1982, com taxa de uso de 34.4% atualmente (SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2022).

Até o momento, sabe-se que o SUS é um serviço de extrema importância para saúde pública e precisa estar plenamente organizado em todos os níveis para atender às demandas da população. Em tempos de pandemia, as lacunas e falhas tendem a ganhar maior visibilidade e são alvos de diversas críticas. Até aqui, foi necessário fazer um apanhado das ações realizadas em nível federal, estadual e municipal para o enfrentamento da Covid-19.

1.3 Saúde Pública e o conceito de Território

Recordamos que anteriormente foram apresentados os aspectos de criação e organização do Sistema Único de Saúde. A partir de agora, será feita uma ligação muito pertinente com o território, pois se está trabalhando sob a perspectiva de uma política pública que se organiza de forma equitativa.

A saúde é a essência do direito territorial e da cidadania no Brasil, pois é um problema de dimensão social e política, não deve ser reduzida apenas ao cuidado médico (SCHEFFER, 2018). A saúde se constitui como a forma mais “territorializada” entre as políticas sociais, segundo Santos (1987), toda política de bem-estar social possui uma natureza territorial, ou seja, oferece possibilidades de vivência em todo território nacional, a partir de sistemas de proteção social nas situações reais de vida da população.

A efetivação somente acontece quando há garantias de uma rede de serviços instalados e que possibilitam o acesso em todo território nacional. Os princípios que regem o SUS permitem a essa política pública um direito de todos, por esse motivo há lógica de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada (FARIA, 2020).

Existe no território um dos pilares da construção da nova prática sanitária da vigilância em saúde. Segundo Mendes (1996) ao tomar o território não apenas como base geográfica, mas também como território político, econômico, cultural e sanitário,

em permanente mudança. Ele aponta a necessidade de conhecimento do mesmo “para desnudar as assimetrias espaciais que correspondem às localizações diferenciadas de distintos conjuntos sociais no seu interior, com suas necessidades, demandas e representações de interesses” (MENDES, 1996, p.249).

O território colabora para identificar certos riscos e localizar questões de saúde, através da realização de mapeamento de indicadores socioeconômicos, sanitários, ambientais que trazem à tona reais condições de vida dos indivíduos. A noção de território é um conceito utilizado recentemente pelo campo da saúde para fins de organização e localização das populações. O processo de territorialização nos serviços de saúde, objetiva conhecer as condições de vida da população e principalmente ampliar o acesso, planejar ações e priorizar as intervenções (GONDIM *et al.* 2008).

Quando o território passa a ser pensado como meio de acesso aos serviços de saúde, pela população que vive em espaços e tempo determinados, com problemas de saúde delimitados, esse conceito passa a ser pensado como lugar em permanente construção, para além de ser considerado apenas como extensão geográfica, mas com toda sua carga cultural, social, política e epidemiológica (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Sob essa perspectiva territorial, podemos compreender um pouco mais sobre o modelo de organização do SUS, um sistema de saúde com sua diretriz primordial voltada a descentralização dos serviços de saúde. Já mencionado anteriormente, cada território tem suas características próprias, demandas distintas e necessita da implementação de serviços de saúde capazes de atender suas necessidades. Autores como Paim (2011) reforçam a ideia do SUS como um bem para todos, sem exceções, mas para que isso seja possível, é imprescindível que todas as ações sejam organizadas e possam atender aos usuários de forma a não restringir seus acessos.

Milton Santos considera que o território é o espaço no qual todas as ações, poderes, forças e fraquezas edificam-se e se concretizam. Nele e com suas condições particulares, o homem pode viver sua história e dar sentido a sua existência (SANTOS, 2006). “É o uso do território, não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social” (SANTOS, 1994, p. 15). Deste modo, o território surge como resultado de uma ação social que, de forma concreta e abstrata, se apropria de um espaço, tanto físico como simbólico, por isso denominado um processo de construção social

(RAFFESTIN, 1993).

Para que haja sucesso nos programas de saúde pública é necessário, segundo Milton Santos, (1994) uma boa gestão territorial que garanta acesso aos bens e serviços básicos. Faz-se necessário ações integradas que disponibilizem educação, saúde, moradia, saneamento básico, transporte, etc. Para que isso aconteça, é preciso desconstruir algumas oposições ao trabalho interdisciplinar em saúde, fato que ocorre frequentemente no Brasil.

Um grande contribuinte para o fortalecimento dos arranjos territoriais do serviço público de saúde do Brasil é o “Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e a Gestão” (BRASIL, 2006). Este documento,

apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a Unificação dos vários pactos hoje existentes (BRASIL, 2006, p. 3).

O Pacto apresenta o conjunto de compromissos sanitários e prioridades definidas pelos governos Federal, Estadual e Municipal. Tal documento leva em consideração o Brasil ser um país com muitas diferenças regionais, por isso a importância de se investir na descentralização do SUS. Além disso, investir na territorialização da saúde, pode contribuir significativamente para organização dos sistemas e estruturação das regiões (BRASIL, 2006).

As discussões sobre território nos planejamentos em saúde pública quando considerados segundo Milton Santos (1994) como um espaço de todos, um lugar de acontecimentos sociais, começam a fazer sentido no que concerne à estruturação do Sistema Único de Saúde. A equidade é considerada como um dos princípios do SUS e visa diminuir as desigualdades sociais, pois todas as pessoas têm o direito de acessar os serviços de saúde, porém existem diferenças e necessidades que são características peculiares de cada sujeito, neste momento inicia-se um grande desafio para tal política pública. É necessário “tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior” (BRASIL, 2020).

Nesta perspectiva, pensando sobre as realidades vivenciadas durante a pandemia causada pela Covid-19, algumas reflexões são necessárias. O Brasil, como mencionado anteriormente por estudiosos como Milton Santos, possui desigualdades

em todos os aspectos, e possivelmente nestes últimos dois anos essas diferenças ficaram ainda mais visíveis. O comportamento geográfico de doenças infecto-parasitárias com ampla disseminação, são resultados de uma abordagem multicausal de condições ambientais, sociais e agentes etiológicos (LEMOS, 2002).

Em seu livro “O espaço do Cidadão” Milton Santos (2007) considera olhar para o mapa do Brasil e visualizar extensas áreas territoriais sem instituições hospitalares, postos de saúde, escolas, informações gerais e especializadas, ou seja, áreas desprovidas de serviços essenciais ao viver social e individual. O autor faz analogia de que nestes espaços, faz parecer que as pessoas não estão inseridas, nem existem. Para ele, alguns países capitalistas como o Brasil, ainda não adotaram serviços essenciais com distribuição geográfica que sirva de base à justiça social.

Em um território em que os serviços essenciais são postos à mercê, tudo colabora para que as desigualdades sociais aumentem. Mesmo em se tratando de serviços raros, uma política estrutural adequada deveria prever que eles não faltassem a ninguém (SANTOS, 2007). O autor ainda enfatiza ser inadmissível que um enfermo deixe de ser assistido por falta de recursos financeiros ou por motivos de distância. Talvez um planejamento estratégico em que o ponto de partida seriam as realidades locais para os administradores, poderia resultar em ações estruturalmente mais eficazes.

2. SAÚDE MENTAL NO TRABALHO: FALAR É NECESSÁRIO

Este capítulo é dedicado à saúde mental no âmbito do trabalho, uma referência fundamental para o indivíduo, influenciando decisivamente não apenas na construção de sua identidade individual, mas em sua forma de inserção no meio social. A seguir, iremos aprofundar sobre os conceitos de trabalho e saúde mental para compreendermos de que maneiras eles se associam.

A palavra trabalho, advinda do Latim vulgar *Tripalium*, um instrumento feito de três paus afiados, com pontas de ferro, utilizado pelos antigos agricultores para bater cereais e realizar seu processamento. Associado ao verbo *Tripaliare*, que significa “torturar” com uma armação de três troncos, muito parecido com uma cruz, instrumento de castigo no mundo cristão. Esta palavra por longo período de tempo significou dor, padecimento, cativo e castigo (BUENO, 1988).

Na antiguidade, o trabalho era atividade realizada para quem havia perdido sua liberdade, para muitos compreendido como sofrimento. Kurz (1997) ressalta que no exercício do trabalho, o homem sofre por carregar uma bagagem que muitas vezes é invisível, o fardo social da falta de liberdade e também de independência.

Em outra perspectiva, designa a transformação humana de uma matéria da natureza para um objeto cultural. Para sobreviver, o homem age e realiza, através da criação e formação de um novo universo para si e para os outros. Trabalhar é realizar uma atividade que permite a expressão do sujeito que o faz, promovendo reconhecimento social, ao mesmo tempo rotinas que podem ser repetitivas, privar a liberdade e gerar incômodo de forma inevitável (ALBORNOZ, 2017).

Dejours (2004) afirma que o trabalho é um ofício que engaja toda a subjetividade. Se constitui como uma forma que se desdobra em um mundo de relações desiguais, poder e dominação. Permite ao indivíduo utilizar-se de sua subjetividade, experienciar as relações sociais sob desenvolvimento da inteligência. Dessa forma, faz parte de um processo de atribuição de sentido à existência humana, expressando-se nos modos de pensar, sentir e agir do sujeito.

Trabalhar está ligado com o saber-fazer, corpo e mente engajados para refletir, interpretar, agir às situações e a partir daí, produzir e inventar. Tal ato consiste em superar as lacunas entre o prescrito e o real. Os indivíduos necessitam encontrar os

recursos para produzirem e se necessário, transgredir o prescrito para criar e transformar (DEJOURS, 2009).

Os processos de trabalho segundo Veronese e Guareschi (2005) tecem relações e experiências e podem assumir configurações peculiares, mas ao mesmo tempo são construtoras de uma coletividade que envolve os sujeitos em sua individualidade. O trabalho passa a ser espaço privilegiado de constituição do ser humano e também um processo de construção simbólica de sentidos, propiciando a vivência de inúmeras experiências.

Na perspectiva foucaultiana ao abordar a temática trabalho, também é possível pensar em um processo de produção de subjetividade. O autor define subjetividade como “a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo em um jogo de verdade” (FOUCAULT, 2004, p. 236). Ou seja, as experiências vivenciadas por cada indivíduo vão se constituindo a partir de algumas configurações que podem ser históricas, culturais, econômicas e sociais.

Sob um olhar Marxista que tenta explicar como os homens produzem socialmente sua existência por meio do trabalho, este se configura enquanto um processo que envolve homem e natureza, sendo o primeiro, o agente que controla e regula a segunda. Neste, o homem irá direcionar sua ação para um determinado objeto, o qual se transforma ao final no produto que antes era idealizado apenas. Este, nada mais é do que um material extraído da natureza e adaptado às necessidades humanas, que passa a ter um valor (MARX, 2006).

Em sua obra O Capital, Marx (2006) menciona o trabalho como criador de valor-de-uso, útil e indispensável para a existência do ser humano. Através do movimento natural das forças de seu corpo, o homem consegue aos poucos ir se apropriando dos recursos oferecidos pela natureza.

O domínio do homem sobre a natureza é cada vez maior; mas, ao mesmo tempo, o homem se converte em escravo de outros homens ou de sua própria infâmia. Até a pura luz da ciência parece não poder brilhar mais que sobre o fundo tenebroso da ignorância. Todos os nossos inventos e progressos parecem dotar de vida intelectual as forças produtivas materiais, enquanto reduzem a vida humana ao nível de uma força material bruta (MARX, 1856, p. 369).

Na passagem acima, um trecho do discurso do autor no aniversário do "People's Paper" no dia 14 de abril de 1856, ele fala sobre as contradições atuais da inserção de máquinas para tornar o trabalho humano mais eficaz, que em

contrapartida, torna-se uma fonte de esgotamento, fome, sofrimento e privações ao homem. As chamadas classes dominantes da sociedade capitalista novamente encontram maneiras de explorar o trabalho do proletariado. No entanto,

o operário nem sequer considera o trabalho como parte de sua vida, para ele é, antes, um sacrifício de sua vida. É uma mercadoria por ele transferida a um terceiro. Por isso o produto de sua atividade não é tampouco o objetivo dessa atividade. O que o trabalhador produz para si mesmo não é a seda que tece, nem o ouro que extrai da mina, nem o palácio que constrói. O que produz para si mesmo é o salário, e a seda, o ouro e o palácio reduzem-se para ele a uma determinada quantidade de meios de vida, talvez a um casaco de algodão, umas moedas de cobre e um quarto num porão (MARX, 1849, p. 75).

O início da Revolução Industrial causou condições de trabalho completamente insalubres à população. Os trabalhadores apresentavam baixa expectativa de vida, sacrificando-se em jornadas extensivas de até 18 horas diárias. Apenas no ano de 1833, na Inglaterra, mais especificamente nas indústrias Têxteis que jornadas de trabalho maiores de 9 horas foram proibidas para crianças entre 9 e 13 anos. A desproporcionalidade de salários era outro fator que impressionava, pois, o salário das mulheres era aproximadamente a quarta parte da recebida por um operário homem (QUINTANEIRO, *et. al.*, 2022).

O trabalho carrega em si uma ambiguidade, de um lado aparece como valor de uso, de outro como valor de troca.

Quadro 5 - Ambiguidade do Trabalho

VALOR DE TROCA	VALOR DE USO
Atende a necessidades humanas; portanto, é infinitamente diversificado como elas. Um mesmo produto pode atender à necessidade distinta para seres humanos distintos. Assim, uma camisa pode apresentar um valor estético, status, agasalho, homenagem a um terceiro. As mercadorias, portanto, devem carregar em si a possibilidade de assumirem todas estas faces.	Vale pela sua reversibilidade com qualquer outra mercadoria, homogeniza produtos distintos que obedecem a necessidades distintas, equaliza o desigual, indiferencia tudo o que era distinto. Sob a hegemonia do valor de troca, nenhuma diferença há entre o sapato e o motel. Ignora a especificidade, a multivariação das necessidades, só se estabelece enquanto tal, quando as apaga.

Fonte: Adaptado de CODO, *et al.* (1994, p. 63).

Na perspectiva do autor, pelo valor de uso, tudo se diferencia de tudo, é o que ele chamou de trabalho concreto ou processo de trabalho que evoluiu da força física para a maquinaria, do trabalho individual ao coletivo, por exemplo. Pelo valor de troca, tudo se iguala a tudo, considerado como trabalho abstrato, da força de trabalho

aplicada ao produto, salários e jornadas de trabalho que eram negociadas no mercado, convertendo sua força de trabalho em capital (CODD, *et. al.*, 1994).

O trabalho na atualidade se configura como um processo que necessita de muita qualificação e conhecimentos que ultrapassam o necessário para desempenhar determinada tarefa. Conseqüentemente o mundo do trabalho se torna cada vez mais complexo, exigindo das pessoas habilidades, agilidade, técnica, conhecimento e outras façanhas que podem despertar sentimento de impotência e desvalorização. Ou seja, ferir o psiquismo de certos trabalhadores, o que é um ponto muito negativo para saúde mental (HELOANI; CAPITÃO, 2003).

Figura 4: Charge Influências do Trabalho na Saúde e Adoecimento



Fonte: MERLO *et al.* (2014). Atenção ao Sofrimento e ao Adoecimento Psíquico do Trabalhador e da Trabalhadora.
Ilustração: Augusto Franke Bier

A imagem anterior ilustra o quanto a saúde pode ser agredida pelas más condições de trabalho, pelos excessos, relacionamento entre os trabalhadores com seus instrumentos de trabalho, ambientes inadequados e exposição a diversos outros fatores. Cotidianamente, o reconhecimento se torna o elemento mais importante na relação entre homem e trabalho, refletindo diretamente sobre a motivação e também a valorização de quem trabalha. Reconhecer, está intimamente ligado a retribuição dos serviços prestados pelo indivíduo à organização (SIQUEIRA; GOMIDE JUNIOR,

2014). Podemos pensar a partir da contribuição desses autores que este elemento, o reconhecimento, pode ser entendido como um pagamento simbólico aos indivíduos, que se sentem ligados de forma muito profunda à atividade que exercem.

Segundo a Cartilha Atenção ao Sofrimento e ao Adoecimento Psíquico do Trabalhador e da Trabalhadora, organizada por Merlo, Bottega e Perez (2014) o principal desafio na atenção à saúde do trabalhador é estabelecer a relação entre adoecimento, sofrimento psíquico e a organização do trabalho. Para isso é preciso investigar esses indivíduos sobre o seu fazer, suas percepções, rotinas e a compreensão que os mesmos têm sobre sofrer e adoecer, visto que eles também são agentes de mudanças em seus locais de trabalho.

As fronteiras em relação ao sofrimento psíquico nem sempre serão visíveis e os sintomas tão claros como se imagina. Em certas ocasiões os trabalhadores poderão apresentar sintomas que podem ser confundidos com outras doenças, e raramente quando procuram um serviço de saúde, irão associar suas queixas aos seus locais de trabalho. Geralmente são os profissionais prestadores do atendimento que precisam estar atentos a essas queixas e perceber os aspectos implícitos por trás delas, sendo essas perguntas muito utilizadas como gatilhos que permitem em muitos casos, a identificação do problema: Como está teu trabalho? Como você se sente no trabalho? (MERLO; BOTTEGA; PEREZ, 2014).

Vale aqui salientar algumas considerações pertinentes sobre a forma como os setores se organizam a partir da regulamentação dos processos de trabalho, e sobre a relevância das organizações representativas como detentora de normas que regem os profissionais. Estas, são representações sobre o trabalho e sua função social, que influenciam diretamente a percepção dos indivíduos a respeito das políticas e suas ações. Assim, as relações de poder estabelecidas nos espaços de trabalho, tendem a se reproduzir em novas atividades, ou seja, “o novo é interpretado com base no conhecido” (LIMA; D'ASCENZI, 2013).

A palavra Trabalho é carregada de significados, como podemos interpretar acima, muitos autores estudam e pesquisam sobre esta temática, complexa e pertencente ao homem. Os frutos que este fazer gera na vida das pessoas, lhes permite conquistas pessoais, às vezes profissionais, obtenção de bens, sejam estes reais ou simbólicos. Algumas pessoas sentem-se presas, outras libertas em seu labor, outras podem se sentir pertencentes ao seu fazer, em contrapartida, algumas não

conseguem encontrar o sentido para seu trabalho, e este pode se tornar fonte de adoecimento físico ou mental.

2.1 Enfermagem, passado, presente e futuro

Este capítulo é dedicado à Saúde Mental no âmbito do trabalho, mas também é preciso conhecer a história da Enfermagem para melhor compreendermos os processos de trabalho e a maneira como tal profissão foi se constituindo no Brasil. Para isso, será feito um breve apanhado histórico e posteriormente serão explicitadas as questões atuais deste trabalho.

Ao final de 1908, com o auxílio da Sociedade de Medicina, surgiu a primeira Cruz Vermelha; esta, ganhou muito destaque durante a primeira Guerra Mundial e difundiu-se por vários estados, oferecendo a oportunidade de voluntários para este trabalho. Outros dois acontecimentos que marcaram e alavancaram este serviço foram a Gripe Espanhola em 1918 e a Segunda Guerra Mundial. A Cruz Vermelha colaborou significativamente para que a Enfermagem pudesse se desenvolver (PAIXÃO, 1979).

No dia 12 de julho de 1973, através da Lei 5.905, foram criados o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN). Ambos são órgãos que objetivam disciplinar o exercício da profissão de enfermeiro e das demais profissões compreendidas nos serviços de enfermagem, sendo o primeiro, a nível federal, com sede na capital da República e os outros, com sede em cada estado e Território, subordinado a cumprir ordens do seu órgão federal (BRASIL, 1973).

Somente no mês de abril de 1975 que o primeiro Plenário do COFEN foi empossado, com a árdua tarefa de instalar 22 Conselhos Regionais e registrar os títulos de todos os profissionais da enfermagem. Neste mesmo ano, porém no mês de outubro, foi instituído o Código de Deontologia de Enfermagem, hoje conhecido por Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN 160/93, que se configura como um conjunto de normas a serem seguidas pelos profissionais no exercício de seu trabalho (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

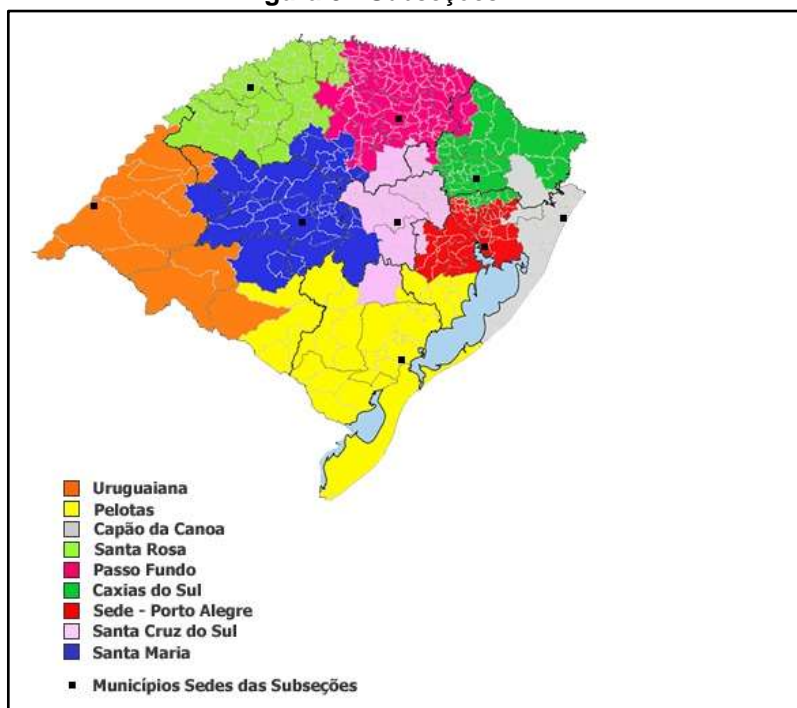
As principais atividades do COFEN são instruir e normatizar de maneira a uniformizar os procedimentos e o funcionamento dos Conselhos Regionais, assim

como os recursos e decisões destes. Promover estudos e propagar campanhas que qualifiquem o fazer profissional. Aos CORENs, cabe o dever de deliberar sobre as inscrições e cancelamentos dos registros profissionais, além de fiscalizar, zelar pelo bom exercício da profissão e executar todas as demais atribuições conferidas pela lei 5.905 e pelo COFEN (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2022).

A organização da Enfermagem no Rio Grande do Sul se intensificou em 1938, quando Izaura Barbosa Lima, enfermeira do Departamento Nacional de Saúde (RJ) foi convocada para organizar os serviços de saúde no estado. Na época, haviam altos índices de morbidade e mortalidade infantil, capazes de serem revertidos através de ações eficazes e imunizantes (NERY, VANZIN, 2000).

No estado do Rio Grande do Sul, apresentamos o mapa abaixo para conhecer quais municípios sediam as subseções do COREN/RS.

Figura 5 - Subseções



Fonte: Conselho Regional de Enfermagem, 2022.

Dados atualizados do COREN no estado, referentes ao mês de setembro de 2022, apontam para um total de 143.559 profissionais com inscrições ativas. Estes, distribuídos em 10.591 auxiliares, 102.547 técnicos, 30.420 enfermeiros e 1 obstetritz. A Enfermagem Gaúcha possui a maioria dos profissionais do sexo feminino, cerca de 84,6% da categoria. Outra realidade são as longas jornadas de trabalho, remuneração incompatível com a função, cerca de 67,5% alegam sofrer desgaste profissional,

violência psicológica, física e institucional, além de casos de discriminação. Esses dados foram divulgados pelo COREN/RS, através de pesquisa realizada com mais de 112 mil profissionais, com o intuito de analisar o perfil da Enfermagem no estado (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL, 2022).

Em níveis nacionais, o total de profissionais devidamente ativos em seus respectivos Conselhos é 2.754.707, deste montante, mais da metade são técnicos, seguidos por enfermeiros e auxiliares. O estado do Rio Grande do Sul é o quinto estado com maior número de profissionais, sendo o primeiro estado São Paulo, seguido por Rio de Janeiro, Minas Gerais e Bahia (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2022).

Enfermagem é sinônimo de cuidado e proteção da humanidade, através do bem-estar físico, psíquico e social. Este fazer se baseia de duas maneiras, uma de forma objetiva e outra subjetiva. A primeira diz respeito aos cuidados através de técnicas e procedimentos realizados por estes profissionais em suas jornadas de trabalho, enquanto a segunda, está baseada no ato de sensibilidade e respeito para desenvolver ao outro, um amparo digno e humanizado (FIGUEIREDO; MACHADO; PORTO, 1995).

O ensino de tal profissão ao longo dos anos está sempre se reinventando através das mudanças curriculares nos cursos de graduação e conseqüentemente, o perfil destes profissionais também vai sofrendo alterações. As novas diretrizes deste ensino se embasam em perspectivas mais humanistas, levando em conta que a qualificação acadêmica é importante, assim como o compromisso social de promover a saúde integral do ser humano (SCHERER; SCHERER; CARVALHO, 2006).

Contudo, estudar o cuidado humano não é tarefa simples. A Enfermagem enquanto ciência, tem muito a contribuir com a produção de conhecimentos, técnicas e pesquisas. Embora seja necessário destacar o quanto esta profissão ganhou forças na área da saúde e tornou-se fundamental para assistência dos enfermos no período da pandemia causada pela Covid-19, esta classe de trabalhadores foi crucial e reforça os novos desafios que surgem ao longo do tempo.

2.2 Saúde Mental em tempos de pandemia: foco no trabalhador das UTIs

Para atender toda demanda de pacientes infectados, devemos imaginar um número elevado e crescente de profissionais de saúde envolvidos nesta causa.

Principalmente aqueles que estavam na chamada linha de frente ao combate do coronavírus e nesta pesquisa mais especificamente os profissionais da enfermagem das Unidades de Terapia Intensiva.

As Unidades de Terapia Intensiva, originalmente surgiram em 1854 em Londres, a partir das ideias da Italiana Florence Nightingale, enfermeira durante a guerra da Crimeia. Devido à alta taxa de mortalidade dos soldados, tal profissional precisou realizar muitas técnicas no cuidado intensivo nos campos de combate. Porém, as técnicas de manutenção da vida destinadas a pacientes em estado crítico, foram desenvolvidas em 1950, a partir da atuação do médico Peter Safar, idealizador da primeira UTI nos Estados Unidos (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO, 2009).

Ainda na perspectiva do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (2009) no Brasil, as práticas também iniciaram em 1950, a partir da instalação do método de Ventilação Mecânica Controlada. Há registros de que a primeira Unidade de Terapia Intensiva respiratória surgiu em 1967 no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (HSE-RJ) fruto de estudos sobre ventilação mecânica do médico Antônio Tufik Simão.

Precisamos compreender o trabalho nas Unidades de Terapia Intensiva para dimensionar o quão complexo e desgastante este pode ser. São ambientes que acolhem pacientes com estado de saúde grave, com base em uma assistência de qualidade humanizada, possuem equipamentos diferentes daqueles encontrados em um quarto comum de hospital (SALÍCIO; GAIVA, 2006).

Ainda na perspectiva destes autores, estes espaços foram pensados para oferecer o tratamento adequado aos pacientes adoecidos e o máximo de cuidado sobre a doença a ser tratada. São locais fixos dentro de instituições hospitalares, especializados em atendimentos de alta complexidade, gravidade e prestam assistência aos internados, 24h.

Os pacientes submetidos à internação podem apresentar alteração de humor, considerando a ruptura dos vínculos afetivos durante o período que necessitam permanecer internados. Além disso, enfrentam muitos medos em relação à posição de instabilidade em que se encontram, principalmente medo da morte. Muitos não conseguem comunicar-se verbalmente, sofrem procedimentos que por vezes são muito invasivos e podem ser geradores de muita angústia e estresse (LUCCHESI;

MACEDO; MARCO, 2008).

As UTIs são locais de trabalho multiprofissionais que se articulam para tratar da condição crítica dos pacientes, através de diversas tecnologias. Por esse motivo, deve haver uma constante capacitação da equipe de trabalhadores que acabam se expondo a diversos riscos, possibilidade de contágio por doenças diversas, radiação de alguns equipamentos de exames, acidentes de trabalho, complicações no quadro clínico dos pacientes, ruídos, gritos de dor, choro, gemidos, entre outros fatores que tornam esse ambiente estressante e por vezes, adoecedor (ANDRADE; SANTOS, 2021).

O trabalho realizado pela equipe deve acontecer de forma extremamente organizada, devido à complexidade deste fazer, o investimento que cada profissional deve dispor para cuidar de seus pacientes, tornam essa, uma experiência única e de valor inestimável. Nesta perspectiva, realizar trocas entre os membros da equipe é essencial pois,

se mostram um importante recurso e uma estratégia para lidar com as angústias que são mobilizadas e as dificuldades que emergem do contato direto com os pacientes graves, com seus familiares, e com as situações de trabalho que suscitam sentimentos muito fortes e contraditórios, como por exemplo, aqueles pacientes que respondem com hostilidade e agressividade aos cuidados (LUCCHESI; MACEDO; MARCO, 2008, p.27-28).

No período da pandemia, o Brasil marcado pelas desigualdades sociais enfrentou grandes dificuldades a respeito de vagas de UTI, pois algumas regiões do país apresentaram escassez na oferta de leitos, um agravante se pensarmos que este fator gerou sobrecarga e superlotação aos serviços de saúde (RACHE, *et al.*, 2020).

Existe uma heterogeneidade regional em relação a oferta de serviços e os índices de pessoas infectadas. A própria organização da oferta de serviços de saúde é regionalizada e aponta que para 8% dos municípios brasileiros é preciso percorrer uma distância média de 240 km para obter atendimento em UTI. Esse fator também depende da capacidade que os municípios de referência das macro e microrregiões tiveram para absorver tal demanda. Dependendo do número de contaminados, a própria macrorregião de saúde pode apresentar déficits em seu número de leitos (NORONHA *et al.*, 2020).

A chegada desta doença foi um evento que modificou toda rede de saúde pública, demandando de novas estruturas e investimentos para o sistema, em âmbito

mundial. Os trabalhadores da chamada linha de frente, empenhados na missão de salvar vidas, também sofreram os impactos físicos e mentais em seus locais de trabalho:

durante uma pandemia é esperado que as pessoas estejam frequentemente em estado de alerta, preocupadas, confusas, estressadas e com sensação de falta de controle diante das incertezas do momento. Estima-se que entre um terço e metade da população exposta a uma epidemia pode vir a sofrer alguma manifestação psicopatológica, caso não seja feita nenhuma intervenção de cuidado específico para as reações e sintomas manifestados (PIZZINATO, 2020, p.21).

Os profissionais da enfermagem, são aqueles que passam o maior período de tempo atendendo a demanda dos pacientes internados nas UTIs e podem relatar todas as suas vivências e as dificuldades enfrentadas ao longo desses dois anos de pandemia. Esta posição chamada linha de frente está intimamente ligada com as características da profissão que demanda cuidado mais prolongado com os pacientes, assistência e gestão. Nesta perspectiva, algumas estratégias tiveram que ser criadas para amenizar tais sofrimentos e acolher as demandas.

A Ação denominada "O Brasil Conta Comigo – Profissionais da Saúde", foi lançada pelo Ministério da Saúde para enfrentamento da pandemia, contemplando 14 categorias profissionais com o objetivo de capacitá-los nos protocolos clínicos do MS e formar um cadastro nacional. O número de cadastrados alcançou mais de 1 milhão de pessoas e as categorias profissionais foram: Serviço Social, Biologia, Biomedicina, Educação física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Técnicos em Radiologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Figura 6 - Hospital de Campanha em Santo André (SP) durante Pandemia da Covid-19



Fonte: Cable News Network Brasil, 2021.
Foto: Danilo M Yoshioka/Futurapress/Estadão Conteúdo

Com foco em Saúde Mental, a OMS lançou um guia de cuidados durante o período da pandemia. As consequências trazidas pelo vírus causaram pressão psicológica, estresse, entre outros sintomas à população afetada, possíveis geradores de adoecimento mental. Dentre as orientações, destacam-se evitar contato com notícias que podem causar ansiedade ou estresse, assegurar informação de qualidade e fidedigna para equipe, entre outros fatores (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2020).

É necessário abordar algumas estratégias que foram criadas para o cuidado dos profissionais durante a pandemia. Em março de 2020 o Conselho Federal de Enfermagem disponibilizou um canal de atendimento destinado a todos os trabalhadores da classe, para receberem ajuda emocional. O acolhimento era realizado por enfermeiros especialistas em saúde mental, contribuindo desta maneira para que tais indivíduos pudessem ter um amparo, extremamente necessário em tal situação (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2020).

Além dessa, outras estratégias também foram implementadas pelo governo, através do Ministério da Saúde foram investidos cerca de 2,3 milhões de reais para oferecer um canal de tele consulta psicológica, projeto TelePSI para atendimento de profissionais da saúde das diversas áreas de atuação. Composto por Psicólogos e

Psiquiatras no período de maio até setembro de 2020, diante da necessidade de apoio a tais indivíduos, expostos a situações de labor propícias ao adoecimento mental (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2020).

Não é incomum que profissionais da saúde se deparem em diversos momentos com situações inusitadas e que fogem de suas práticas prescritas. Para dar conta destas demandas é preciso que estes se utilizem de sua criatividade e saber, e desta maneira sua identidade vai se constituindo no ambiente de labor, proporcionando o reconhecimento deste indivíduo no local (TRAESEL; MERLO, 2009).

Contudo, o trabalho em Enfermagem é gerador de ambos sentimentos, satisfação e sofrimento. Estes profissionais estão preparados para salvar vidas e quando isso é possível, o trabalhador sente-se útil e satisfeito. Porém vale salientar que nem sempre este ato é possível, e nestas situações o sofrimento tende a receber destaque, fragilizando o indivíduo e abre portas ao adoecimento do mesmo (DUARTE; GLANZNER; PEREIRA, 2018).

Saúde Mental não se constitui de forma indissociável ao contexto em que o indivíduo está inserido. O trabalho é um importante fator, ao que se refere a qualidade de vida, saúde física e mental dos sujeitos, visto sua dedicação por considerável período que este fazer ocupa em seu dia-a-dia. Em algumas profissões, os níveis de responsabilidade tendem a elevar-se, o que é o caso dos profissionais da Enfermagem, aumentado significativamente quando se trata da atuação em UTIs (GOMES; LUNARDI FILHO; ERDMANN, 2006).

Pandemias como esta tendem a sobrecarregar os sistemas de saúde e também os profissionais que neles trabalham. Todo esse suporte oferecido durante o período mais crítico da pandemia foi essencial para fortalecer psicologicamente esses indivíduos, lembrando que estamos falando sobre o cuidado com a vida fragilizada de outras pessoas, então, estratégias de atenção deveriam ser contínuas aos responsáveis por esse trabalho. Pesquisa realizada por Dantas (2021) reforça que a promoção da saúde mental e o acolhimento das demandas dos trabalhadores, precisam ser pensadas para além do momento vivido durante a pandemia, enfatizando sobre a importância de,

surgir planos e ações imediatamente no Brasil, que necessariamente devem passar pelo rastreio de depressão, ideação suicida, ansiedade e estresse pós-traumático, além da garantia de apoio emocional a esses profissionais por longos períodos, tendo em vista que os impactos negativos causados

podem reverberar durante meses ou até anos (DANTAS, 2021, p. 5).

Para fecharmos essa discussão, é imprescindível lembrarmos que todas as tentativas realizadas para minimizar os efeitos sobre a saúde mental dos trabalhadores, foram de grande importância. Já existem alguns estudos que se dedicam a trabalhar com as consequências pós pandemia em profissionais da saúde, o que pode influenciar significativamente para maiores investimentos por parte dos governos e, conseqüentemente, ampliar a linha de cuidado aos trabalhadores em um futuro próximo.

3. A DOR DAS UTIS: A EXPERIÊNCIA DE DOIS HOSPITAIS REGIONAIS DURANTE À PANDEMIA DA COVID-19

Este capítulo é dedicado aos resultados da pesquisa, fruto de entrevistas realizadas com profissionais da Enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva, em dois hospitais regionais, que trabalharam com pacientes infectados pela Covid-19. A coleta de dados aconteceu em três momentos durante o mês de maio de 2022, nos quais a pesquisadora entrevistou 11 pessoas em seus locais de trabalho, dentro da instituição e no setor da UTI. Os dois hospitais escolhidos foram o Hospital Santa Cruz, localizado no Vale do Rio Pardo e o Hospital Bruno Born, localizado no Vale do Taquari.

Outro fator de relevância que deve ser exposto, são as categorias a partir das quais serão feitas a análise das vivências trazidas durante as entrevistas. Foram elencadas três grandes categorias a seguir. A primeira delas trata das mudanças na saúde mental, sentidas pelos trabalhadores da Enfermagem, a segunda traz a importância dos Hospitais de Referência Regional durante o período da pandemia, e a terceira, as consequências e aprendizagens decorrentes das vivências destes profissionais.

Foram selecionados dois municípios da macrorregião dos Vales como locais de pesquisa, os quais serão apresentados a partir de agora. Santa Cruz do Sul, município brasileiro localizado no estado do Rio Grande do Sul, possui área territorial de 733,898 km² com população estimada de 131.365 pessoas, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020). A cidade conta com o Hospital Santa Cruz, que teve suas atividades iniciadas no ano de 1908 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

O segundo município, Lajeado, localizado no estado do Rio Grande do Sul a 113 km da capital, sua área territorial é de 91,231 km² com população estimada de 85.033 pessoas, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020). Neste município se faz menção ao Hospital Bruno Born, sua fundação aconteceu no ano de 1931, é uma instituição filantrópica, referência de saúde em diversas especialidades.

A realização desta pesquisa seguiu todos os precedentes éticos solicitados e aprovados pelo Comitê de ética e pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul sob CAAE 54527921.2.0000.5343 e também pelo Comitê de ética de cada hospital selecionado para o estudo. Foram seguidos todos os protocolos que prezam pelo sigilo sobre a identidade de cada profissional e o respeito sobre a decisão de participar da pesquisa. Para que cada hospital permitisse a entrada da pesquisadora, foi necessária autorização especial, pleno conhecimento sobre o projeto de pesquisa e o preenchimento de documentos específicos de cada instituição.

Após tal aprovação, a pesquisadora estabeleceu contato com a Enfermeira Coordenadora de cada UTI para estender o convite aos demais enfermeiros participantes da pesquisa. Em cada hospital este convite ocorreu de forma diferente, sendo em um deles enviado individualmente para cada profissional por e-mail fornecido pela coordenadora e data a combinar, enquanto no outro, o contato inicial foi exclusivamente com a coordenadora que solicitou a pesquisadora uma data para programar as entrevistas. Ambas exigiram que a coleta de dados fosse realizada no expediente de cada enfermeiro.

A coleta no Hospital Santa Cruz foi realizada nos dias 06 e 21 de maio de 2022 com 06 profissionais. Por escala de 06 horas diárias trabalhadas, estavam presentes dois enfermeiros chefes e enfermeiros assistenciais, divididos em duas alas de UTI. No hospital Bruno Born, as escalas de trabalho são de 12x36 horas, as entrevistas foram realizadas no dia 24 de maio de 2022 com 05 trabalhadores. Vale salientar que a pesquisadora aguardou a troca de plantões em dois destes dias para conseguir cumprir a meta de entrevistar no mínimo 10 pessoas.

O local da entrevista era exatamente dentro da unidade, o fluxo seguia normalmente, um profissional por vez, sentados em um dos hospitais em uma saleta utilizada para fazer os procedimentos administrativos, em outro no corredor do setor e também em uma sala reservada. Enquanto aguardava a chegada de outro entrevistado, procurava observar a dinâmica de cada lugar, percebia que todos sempre estavam em movimento, observando cada paciente em seu leito, realizando alguns procedimentos e conversando sobre o quadro clínico de outros, sem sentirem-se incomodados com a presença da pesquisadora no local.

No dia das entrevistas, foram levadas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo A) o qual foram entregues duas cópias a cada

pesquisado para que assinassem, devolvendo uma delas e permanecendo com a outra. Também foi impresso uma cópia do roteiro de perguntas, a qual utilizou-se como um norte para abordar o assunto.

Posteriormente foi realizada a transcrição das entrevistas na íntegra, permitindo a leitura dos relatos no momento da análise e também para descrever ou compreender como se manifesta o objeto da investigação. Essas entrevistas acerca da experiência vivencial dos profissionais provavelmente nunca foram ditas ou refletidas por eles, é o que se chama de vivência trazida à tona (RANIERI; BARREIRA, 2010).

Após feita uma leitura minuciosa das descrições para encontrar aquilo que se mostrou com maior evidência e relevância, cada uma dessas partes significativas foi delimitada por alguma temática que se desejou conhecer. Posteriormente foi analisado o fenômeno situado, através da descrição de mundo em que as experiências dos pesquisados aconteceram. Assim, foi possível contextualizar os objetos veiculadores da pesquisa.

3.1 As lembranças de um tempo sombrio para Enfermagem

Na realização da coleta de dados, a situação da pandemia já estava com uma proporção bem menor, se comparado a alguns momentos críticos enfrentados pelos serviços de saúde. Para melhor contextualizar, vai se fazer um breve apanhado dos anos anteriores 2020 e 2021.

Já mencionado anteriormente que os primeiros casos no Brasil aconteceram no início de 2020, este foi o primeiro ano da doença no país, dominado pela Variante Alfa, seguida pela Gama no mês de novembro e Delta em dezembro. A FIOCRUZ emitiu boletim especial, realizando balanço dos primeiros dois anos da pandemia no país a partir de seis fases para melhor compreensão dos avanços e retrocessos da doença. A primeira fase contempla o período de fevereiro a maio de 2020, marca a introdução do vírus no país, declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, também as desigualdades estruturais assustadoras que apontavam 90% dos municípios sem condições e recursos para atenderem os casos mais graves de infectados (FIOCRUZ, 2022).

A segunda fase, junho a agosto de 2020, marca a queda das medidas de distanciamento, seguido por aumento do número de casos, alto patamar de

mortalidade, período mais crítico de ocupação de Leitos de UTI nas regiões Centro-Oeste e Sul do país. Na terceira fase, setembro a novembro de 2020, a ênfase vai para redução no número de casos e óbitos devido as medidas de proteção tomadas por estados e municípios. Em novembro os casos retomaram seu crescimento e o números de ocupação em leitos de UTI, novamente atingiu maior ocupação na região Sul, Centro-Oeste e no estado do Amazonas (FIOCRUZ, 2022).

A quarta fase, dezembro de 2020 a junho de 2021, marcou a “segunda onda” de transmissão, crescimento e predominância da variante Gama, casos de óbito atingiram seu ápice de 3000/dia, caracterizando colapso no sistema e crises sanitárias localizadas, com início da vacinação no Brasil também em janeiro de 2021. A quinta fase, julho a novembro de 2021, foi um período em que houveram redução do número de casos, maior alívio aos sistemas de saúde, variante Delta se tornava predominante e quedas nas taxas de ocupação em leitos de UTI aconteceram (FIOCRUZ, 2022).

Na sexta e última fase, dezembro de 2021 a janeiro de 2022, iniciou-se nova onda de casos devido aos festejos de final de ano, introdução da variante Ômicron e epidemia do vírus Influenza A. Apesar de novo aumento de casos, os índices de mortalidade e letalidade foram mais baixos do que nas fases anteriores (FIOCRUZ, 2022).

No período de realização das coletas já não haviam alas específicas para os pacientes infectados, muitos dos enfermeiros relataram que utilizam agora leitos de isolamento em alguns dos boxes fechados e submetem os pacientes a isolamento respiratório apenas. Apesar do presente momento ser considerado de profundo alívio para muitos dos entrevistados, as lembranças dos dias de calamidade estavam presentes para grande maioria dos profissionais. Foi perceptível que cada um, de sua forma particular, conseguiu trazer à tona momentos muito difíceis e dolorosos de sua jornada de trabalho, traduzido agora em palavras profundas.

[...] ”numa UTI tu vê muita coisa né! Pacientes graves. Mas como pacientes que a gente teve na pandemia assim foi uma coisa muito complexa sabe...(pausa)... assim, coisa que a gente nunca viu mesmo, porque eu dizia a gente estava numa guerra e todo o dia que a gente vinha para o hospital, a gente vence uma batalha sabe...” [entrevistada/mulher 05].

É perceptível que o trabalho dentro das UTIs é intenso, marcado por desafios constantes e que requer da equipe de profissionais atenção em tempo integral. O trecho acima exposto por uma enfermeira revela que para estes, o trabalho dentro das

instituições era extremamente desafiador, marcado por incertezas e perdas. Mesmo habituados com tal complexidade diariamente, a realidade vivida naquele momento, mostrava-se completamente desconhecida.

Os trabalhadores com o passar do tempo constroem verdadeiras “regras de trabalho” ou de “ofício” que não estão de acordo com a organização do trabalho oficial. “Não se trata mais apenas de macetes, de truques e de habilidades pontuais ou isoladas, mas de uma articulação coerente entre elas” Dejours e Aboucheli (1990, p. 11) capazes de formar os chamados recursos reguladores para as dificuldades enfrentadas no trabalho.

As características próprias das UTIs promovem vivências a todos que estão frequentemente expostos ao sofrimento e morte de seus pacientes, o que pode ser um fator expressivo de tensão e sofrimento no trabalho (SILVA, 2019).

[...] “é...(pausa)... UTI é um setor mais crítico né, a gente recebe aqui basicamente pacientes graves né! paciente muito crítico aqui. Na maioria das vezes estão entre a vida e a morte, então assim, é um lugar delicado que tem que tar bem preparado. Tem dias que a gente sofre mais, que a gente vê a dor do paciente ali, a gente acaba pegando pra gente mas, eu acho que é isso assim, um setor bem crítico bem difícil...” [entrevistada/mulher01].

Os enfermeiros são profissionais que desempenham papel fundamental a respeito do cuidado com os pacientes em situação crítica. Para Wax e Christian (2020) esse trabalho requer amplo padrão de conhecimentos, intervenções adequadas e uso de equipamentos invasivos, como é o caso da ventilação mecânica e administração de medicamentos específicos aos pacientes contaminados pela Covid-19. O principal motivo para que o paciente receba cuidados intensivos, é justamente pela necessidade de suporte ventilatório.

[...] “na pandemia era um momento diferente, o paciente tava lúcido, muito lúcido e com muita falta de ar. Vamos dizer, nesse sentido é bem diferente e muito mais complicado né! ” [entrevistada/mulher01].

A infecção pelo coronavírus na perspectiva de Moreira (2020) pode desencadear formas graves de pneumonia, provocando a morte em muitos casos devido à falência respiratória progressiva causada por danos pulmonares. O trecho acima do entrevistado refere justamente o trabalho com uma nova doença, embora já tenham uma rotina intensa diária no setor das UTIs, o cuidado com os pacientes

infectados era diferente, as características, quase tudo era novidade para os profissionais.

O manejo com os indivíduos contagiados requer muita atenção, principalmente àqueles que necessitam de leitos em UTIs, utilizando-se de equipamentos especializados para sobrevivência. Mas além do cuidado físico para com essas pessoas, também existem algumas decisões difíceis de serem tomadas pela equipe, em especial àqueles que trabalham na linha de frente sobre a condução do tratamento de seus pacientes (TEORELL, 2020).

O Conselho Federal de Enfermagem divulgou em fevereiro de 2022 uma nota sobre o papel da Enfermagem no combate a pandemia e afirmam que esta área foi uma das maiores protagonistas no quesito salvar vidas. Estes profissionais dentro do ambiente hospitalar, são agentes que promovem a recuperação dos pacientes, mediam as relações entre os que estão internados e seus familiares e são responsáveis pelo cuidado integral, mesmo expostos ao risco de contaminação e adoecimento (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2022).

A diretora da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2022) Carissa F. Etienne, reforçou o pedido aos países que investissem fortemente para desenvolver a força de trabalho da Enfermagem, profissão considerada “Espinha Dorsal” dos sistemas de saúde durante a pandemia, representando 56% da equipe de saúde. A diretora ainda pediu aos países que implementassem políticas adequadas para desenvolver essa força profissional, inclusive através da remuneração adequada, item que também apareceu na presente pesquisa.

*[...]Olha, me sinto na verdade vitorioso né, por passar o que a gente passou e enfim, mas também a gente se sente bastante desvalorizado né, porque a gente teve um período de bastante exposição, de bastante desgaste emocional, de bastante sofrimento digamos assim, hãh, durante todo esse período a gente sofreu muito emocionalmente, digamos assim, muito medo, hãh, e a gente não foi muito valorizado digamos assim, hãh, por todo esse empenho, por todo esse medo, por todo esse desgaste, digamos que a gente passou. Eu acho que outras profissões dentro da área da saúde pelo menos tiveram pelo menos um retorno financeiro, o que a gente não teve. ”
[entrevistado/homem10].*

O Departamento Intersindical de Estatística e Estudos socioeconômicos (DIEESE) revela que o rendimento médio dos profissionais da categoria teve redução de 11,8% durante o período que corresponde ao 4º trimestre de 2019 e de 2020. Mas essa luta não é recente, há muito tempo a Enfermagem busca valorização salarial e

um Piso definido que garanta esse direito (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2021).

Nos últimos dois anos, a profissão de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem ganhou forte destaque, a chegada da pandemia desconstruiu a ideia de um protagonismo que antes se destinava única e exclusivamente à medicina. Passou-se a observar de forma mais atenciosa aqueles profissionais que se encontram presentes em todos os momentos no cuidado integral aos pacientes, fato que anteriormente não era percebido com tal força (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2022).

Esse importante movimento gerou consequências positivas para a classe de enfermeiros, desde agosto de 2022, através da Lei nº 14.434, lutam para instituir um piso salarial nacional. Com esta lei, o valor recebido pelos Enfermeiros passaria a R\$: 4.750 reais, equivalente a 70% desde valor para os técnicos e 50% para auxiliares (CONGRESSO NACIONAL, 2022). Tal lei foi suspensa pelo Ministro do Supremo Tribunal Federal Luís Roberto Barroso, gerando muita indignação à classe de trabalhadores, fato que reforça a necessidade de continuarem as lutas para garantir um piso salarial da Enfermagem já aprovado no Congresso Nacional (CAMÂRA DOS DEPUTADOS, 2022).

Com o aumento na demanda de leitos especializados, houve maior procura por profissionais capacitados. Além do cuidado com os enfermos, decisões difíceis a respeito do tratamento adequado com seus pacientes precisam acontecer. As consequências trazidas pela pandemia proporcionaram maior visibilidade aos trabalhadores da saúde, fato que despertou a necessidade do reconhecimento de políticas públicas que proporcionem melhores condições de trabalho a essa categoria (VEDOVATO *et al.*, 2021).

As desigualdades que já são históricas nesta profissão segundo Gandra *et al.* (2021) intensificaram-se no período da pandemia. Para as autoras é preciso lutar para que os trabalhadores da Enfermagem tenham seus direitos preservados, e a crise sanitária que se instalou no país, foi uma oportunidade de visualizar essas indiferenças já naturalizadas na sociedade. É preciso pensar na formulação de políticas que atendam às necessidades desta classe trabalhadora.

Além de todos esses desafios já mencionados, muitas histórias ficaram registradas na memória desses profissionais, pacientes que marcaram sua passagem

pela instituição de forma muito significativa para alguns e verbalizadas durante as entrevistas. Não há como desconsiderar que são pessoas cuidando de pessoas, seres humanos dotados de sentimentos e emoções, ao mesmo tempo muito dedicados a profissão que exercem, desempenhando um papel crucial no quesito salvar vidas.

[...]“o que tem coisas assim ó, aqueles pacientes que marca que tu nunca vai esquecer, por mais que tu não lembre do nome, tu lembra do paciente, de tal plantão, que teve uma intercorrência, um paciente que não tinha comorbidade, alguma coisa, aquele paciente te marcou alguma coisa, algum familiar específico, hãh, isso.” [entrevistado/homem08].

Essas marcas relatadas pelo profissional, foram compartilhadas por outros entrevistados. O fato dos pacientes em sua grande maioria estarem lúcidos, possibilitou a comunicação com a equipe e revelou o medo da morte, o sofrimento e a dor que estavam sentindo e verbalizando para aqueles que estavam assistindo. Em alguns casos, todo o cuidado e atenção não venceram a doença e o enfermo acabava falecendo por complicações em seu quadro clínico, produzindo sentimentos implícitos de tristeza e insatisfação por parte de alguns enfermeiros.

Outra função muito delicada segundo relato dos profissionais era informar o óbito aos familiares do paciente e acompanhar os mesmos no reconhecimento dos corpos, momento de extrema delicadeza, pois na grande maioria das vezes o último contato havia sido há muitos dias atrás em situação completamente diferente daquela vivenciada. Além disso, toda preparação dos corpos era realizada pelas equipes, devido ao alto risco de contaminação para outros fora do ambiente hospitalar.

Vivenciar o processo de morte pode ocasionar sofrimento psíquico devido ao sentimento de falha, fracasso das ações de cuidado, que Beraldo (2015) afirma serem expressos sobre as atitudes de distanciamento emocional, como mecanismo de defesa para evitar possíveis cargas de ansiedade.

Vamos analisar as informações do Comitê de Dados Covid-19 que atualiza diariamente os boletins a pandemia no estado. A macrorregião Vales apresenta em 18 de janeiro de 2023, uma taxa de mortalidade por 100 mil habitantes de 276,3. Atualmente Santa Cruz do Sul está com total de óbitos de 940 pessoas e Lajeado 1025 (RIO GRANDE DO SUL, SECRETARIA DE PLANEJAMENTO, GOVERNANÇA E GESTÃO, 2022). Esses dados permitem uma dimensão sobre o número de vidas subtraídas pela doença e esclarece um pouco melhor os sentimentos vividos pelos profissionais diante de numerosas perdas.

Todos estes momentos vivenciados pelos Enfermeiros e compartilhados de forma tão cuidadosa por eles, nos permite refletir sobre a força e a importância que tiveram essas pessoas na luta contra a Covid-19. De fato, estes profissionais relatam dias pesados, de muito trabalho, dedicação e resiliência para enfrentar tamanho desafio e continuar salvando vidas incansavelmente. A seguir, passasse a compreender as mudanças emocionais refletidas na vida de alguns trabalhadores que fizeram parte deste estudo.

3.2 Saúde Mental, o que mudou

O objetivo aqui será contextualizar a realidade vivida no ambiente laboral dos profissionais que trabalham em UTIs e as possíveis consequências sobre sua saúde mental. Se levarmos em consideração o contexto vivido durante a pandemia por essa categoria, então a atenção sobre o assunto se torna ainda mais relevante.

Uma pandemia é capaz de gerar perturbação psicossocial em diferentes níveis de gravidade. “Estima-se um aumento da incidência de transtornos psíquicos (entre um terço e metade da população) de acordo com a magnitude do evento, o grau de vulnerabilidade psicossocial, o tempo e a qualidade das ações psicossociais na primeira fase da resposta à epidemia” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020, p.1).

Conforme a pandemia foi avançando pelo mundo, conseqüentemente houve o que Silva *et al.* (2020) caracterizou como sobrecarga nos serviços de saúde, que poderá afetar significativamente a saúde mental dos trabalhadores. Desde março de 2020, a Pandemia por Covid-19 caracteriza-se como uma emergência em saúde pública e os trabalhadores da linha de frente, vivenciam diariamente o desgaste mental, por estarem expostos em seu local de trabalho a diversos eventos estressores, notado com maior intensidade se comparado a um período de não pandemia.

Saúde Mental é parte indissociável da saúde de qualquer pessoa, principalmente em um período de pandemia, a atenção voltada aos profissionais da saúde se torna maior. Ao se depararem com seus compromissos laborais também enfrentam dificuldades, pressão psicológica, sobrecarga de trabalho, falta de equipamentos de suporte, elevada carga horária, remuneração inferior, responsabilidade e lida diária com a dor, sofrimento e morte (ESPERIDIÃO; SAIDEL; RODRIGUES, 2020).

[...] “Então foi uma época de loucura, assim... (pausa) ... o psicológico de funcionário de atender paciente chorando porque tava cansado, porque não conseguia dar conta, pelo medo de fazer alguma coisa errada e era ruim assim como gestora tu ter que manejar isso, de eu ter que não obrigar, mas assim de fazer com que o funcionário faça o papel dele, mas ao mesmo tempo abraçar ele quando ele tá ruim.” [entrevistada/mulher03].

[...] “falta de profissionais para trabalhar, hãh...(pausa)... plantão, plantão, plantão, plantão, trabalhar todos os dias, todas as noites 12horas, 12 horas. Sobrecarga de trabalho, falta de equipamento, reconhecimento a gente via das pessoas assim, na tv, lá fora sabe. Reconhecimento da parte financeira também a gente não teve, a gente só trabalhou, ganhou o que a gente trabalhou [...] e uma coisa que me chocou foi um plantão, trabalhei bastante tempo de noite e um plantão desses, quando tava no auge assim da pandemia, eles terem que decidir quem entuba, quem não entuba, no caso, quem morre e quem vive né!” [entrevistada/mulher09].

Acima, falas explícitas sobre um período extremamente doloroso e cansativo para estes profissionais. A rotina incessável durante o período mais crítico, faz parecer que a forma como se organizavam estivesse muito automatizada naquele momento, interferindo até mesmo sobre a racionalidade em compreender que tal movimento pudesse provocar esgotamento físico e mental.

Para Dejours e Aboucheli (1990) o sofrimento ligado à organização do trabalho implica em uma determinada luta do sujeito contra essa força que aos poucos, vai empurrando os indivíduos em direção à doença mental. Na perspectiva dos autores, o trabalho funciona como um mediador para a saúde, enquanto a situação de trabalho dependendo de qual seja, as situações sociais de trabalho e as escolhas gerenciais, empregam o sofrimento patogênico.

Em muitas situações talvez seja possível notar a passividade em certos trabalhadores em relação a ambientes de labor estressantes e improdutivos. Pode-se dizer então, se por um lado as estratégias defensivas são necessárias para que o sujeito evite a loucura dando continuidade ao trabalho, por outro se configuram como empecilho para mudanças e conseqüentemente contribuem para a estabilização de um trabalho desgastante e desencadeador de sofrimento (DEJOURS; ABOUCHELI, 1990).

A forma como o trabalho se organiza segundo Dejours (1986) é o que afeta o funcionamento mental, o desejo do trabalhador. Quando esse fato ocorre, além de provocar profundas perturbações, também causa sofrimento e possíveis doenças mentais e físicas. Para o autor a saúde é algo que muda constantemente, não pode

ser estável. Saúde se ganha, se enfrenta, se depende e não pode vir do exterior, ela pertence a cada homem.

Estes, segundo Teixeira *et al.* (2020) também estavam expostos cotidianamente ao risco de se contaminarem e adoecerem, sendo que este último fator de risco, o adoecimento, pode estar associado tanto pelo risco de contaminação, quanto pelas condições de trabalho enfrentadas.

[...] “eu tive Covid, eu tive sequelas permanentes do Covid, fiquei diabético em função do Covid, etc e tal...(pausa)... mas eu não perdi ninguém da minha família, né. Tive algumas consequências que me fizeram mudar estilos de vida...” [entrevistado/homem10].

Este relato fortalece a ideia de que todas as pessoas direta ou indiretamente sofreram algum impacto provocado pela pandemia. O desconhecimento sobre a doença que se modifica constantemente através de novas cepas, a preocupação de contraí-la e transmitir aos familiares, o excesso de trabalho e falta de recursos, segundo Borges *et al.* (2021) são alguns exemplos de situações vivenciadas cotidianamente por estes profissionais.

Embora sejam notáveis os avanços no campo da saúde mental e do trabalho, ainda existem déficits no que tange ao adoecimento psíquico provocado em situação laboral. O trabalho no ambiente da UTI, segundo Fogaça *et al.* (2008) pode atuar de forma negativa no que se refere à saúde do trabalhador por se tratar de locais capazes de gerar estresse à equipe, principalmente pela oscilação entre o sucesso e o fracasso.

Estudo realizado por Moreira e colaboradores (2020) aponta para o adoecimento não apenas físico por conta da pandemia, mas também mental em toda a população e profissionais da saúde. Estes autores destacam quadros de ansiedade, depressão, estresse e Transtorno de Estresse Pós-traumático – TEPT. Enfatizam também que as consequências sobre a saúde mental dos trabalhadores podem gerar danos a longo prazo. Propõem então, a importância de se pensar em ações que possam amenizar os efeitos sobre a saúde mental dos profissionais.

Na presente pesquisa, a ansiedade foi uma das principais queixas dos trabalhadores. Quando questionados se percebiam alguma alteração em sua saúde mental desde o início da pandemia, a grande maioria das respostas foi sim. Os profissionais da enfermagem, foram aqueles que passaram o maior período de tempo

atendendo a demanda dos pacientes internados nas UTIs e relatam os reflexos emocionais sofridos com a pandemia.

[...] “Em relação a saúde mental eu noto, eu sempre fui muito ansiosa, mas não a ponto de sair daqui aos prantos...” [entrevistada/mulher03].

[...] “Eu fiquei bem mais ansiosa assim, mais ansiedade assim. Não preciso tomar medicação nem nada, mas eu me noto mais ansiosa em relação as coisas assim, também no trabalho assim, que eu sempre quero as coisas pra ontem assim, me tornei mais ansiosa.” [entrevistada/mulher02].

[...] “às vezes eu me lembro que tudo isso eu tive, na verdade eu já tive dois, duas crises de ansiedade anteriormente e na pandemia eu tive umas 3, 4...” [entrevistada/mulher05].

Uma pesquisa realizada com 1.257 profissionais de saúde em 34 hospitais em algumas regiões da China, obteve em seus resultados uma proporção considerável de profissionais que apresentavam sintomas de ansiedade, depressão, insônia, angústia, Transtorno de Ansiedade Generalizada – TAG e Estresse Crônico (LAI, 2019).

A equipe de enfermagem representa o maior grupo de profissionais que atuaram no contexto da pandemia e enfrentaram diariamente novos desafios no cuidado com os pacientes. Diversos problemas psíquicos podem ser desenvolvidos durante esse processo laboral e afetar diretamente a relação desses profissionais com seus pacientes, com a instituição em que trabalham e também em outros âmbitos de suas vidas (MARQUES, 2021).

Para Leahy (2012) vivemos na era da Ansiedade. Trata-se de uma doença séria que impacta sobre a vida das pessoas em todos os aspectos. Alguns dos sintomas podem ser a incapacidade de trabalhar de forma eficaz, estabelecer relações e viver em sociedade, insônia, maior tendência a tornar-se uma pessoa deprimida ou até mesmo fazer uso de certas substâncias psicoativas.

Existem seis tipos de ansiedade que merecem relevância e que serão expostos no quadro a seguir:

Quadro 6 - Tipos de Ansiedade e seu Significado

Fobia Específica	Medo de um estímulo ou situação específica.
Transtorno de Pânico	Medo das próprias reações fisiológicas e psicológicas.
Transtorno Obsessivo-Compulsivo	Pensamentos ou imagens recorrentes que podem considerar estressante, são obsessões.

Transtorno de Ansiedade Generalizada	Preocupar-se continuamente com muitas coisas, com suas consequências, com impedir que algo ruim aconteça.
Transtorno de Ansiedade Social	Medo de ser julgado pelos outros, sintomas de tensão, paralisia, preocupação, tendência ao isolamento e solidão.
Transtorno de Estresse Pós-Traumático	Medo excessivo provocado por exposição anterior a uma ameaça ou danos.

Fonte: Adaptado de Leahy (2012).

Os Transtornos de Ansiedade quando não tratados devidamente, persistem e podem afetar de forma significativa o funcionamento das pessoas, influenciar na má qualidade de vida. Ganham uma proporção muito significativa quando relacionados a conflitos mundiais, pois os fatores ambientais podem impactar na ansiedade e também no desenvolvimento de distúrbio do estresse, em evidência o pós-traumático (DUVAL, *et al.*, 2015).

[...] “eu percebo que o pós-pandemia eu tô bem mais ansiosa, hãh, parece que eu tento fazer as coisas e eu não saio do lugar, mas eu não sei se é que não saio do lugar ou é aquela questão de ansiedade que acabo me enrolando e fazendo tudo e não consigo fazer.” [entrevistada/mulher09].

A ansiedade torna-se patológica a partir do momento em que passa a ser exagerada e desproporcional ao estímulo ao qual o indivíduo foi submetido. Caracterizam-se como sintomas primários não oriundos de outras patologias como por exemplo a depressão ou outros transtornos (CASTILLO, 2000).

Todo trabalhador que venha a enfrentar um sofrimento em seu ambiente de trabalho criará estratégias de amenizá-lo para dessa forma, dar continuidade a seus afazeres. Pode-se dizer então, se por um lado as estratégias defensivas são necessárias para que o sujeito evite a loucura e dê continuidade ao trabalho, por outro se configuram como empecilho para mudanças e conseqüentemente contribuem para a estabilização de um trabalho desgastante e desencadeador de sofrimento (DEJOURS; ABOUCHELI, 1990).

Maior atenção aos trabalhadores da saúde se faz necessário neste momento, devido aos mesmos estarem com maior propensão de ter sua saúde mental afetada. O aumento de alguns sintomas como a ansiedade, perda da qualidade do sono e depressão estão cada vez mais fazendo parte desses profissionais. Existia um medo muito grande de se infectarem e transmitirem aos seus familiares. Dessa forma, criar estratégias que garantissem a saúde mental de toda a equipe também foi sinônimo de maior desempenho no trabalho (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020).

Condições de trabalho adequadas aos profissionais são um fator crucial para o não adoecimento dos mesmos durante e depois da pandemia. Autores como Hirata enfatizam que a saúde do trabalhador é “um processo que registra no corpo, na pessoa, as marcas do trabalho, das condições de vida, das dores, do prazer e do sofrimento, de tudo aquilo de que é feita uma história individual em sua singularidade, mas também coletiva” (HIRATA, 2009, p. 220).

Não existe margem para dúvida sobre a importância que estes possuem no que se refere ao cuidado. Reconhecer seu valor é de extrema importância, porém, não foi o suficiente para salvar suas vidas. Foi preciso cuidar destes profissionais, oferecendo-lhes proteção e suporte adequado para exercerem suas atividades com maior segurança e conforto. Também proporcionar segurança psicológica aos mesmos para que fosse possível conhecer suas preocupações, dúvidas e medos (GRABOIS, 2021).

Olhar para o trabalhador que esteve inserido dentro dos hospitais para compreender de que maneira essa rotina incessável foi enfrentada pelos mesmos, voltando a atenção aos impactos emocionais e como os processos de trabalho acontecem dentro dessas instituições, foi muito importante para o pleno reconhecimento e compreensão do vivido durante a pandemia.

3.3 Hospitais de referência

A partir de agora iremos compreender a importância dos hospitais de referência regional durante os anos da pandemia. As duas instituições escolhidas para coleta de dados, receberam durante o período intenso de infecção, pessoas oriundas de todas as regiões do estado do Rio Grande do Sul. Capacitados para atender as demandas de alta complexidade, disponibilizaram de Unidades de Terapia Intensiva para acolher os pacientes em estado crítico.

Os hospitais apresentam elementos que promovem sua inclusão no sistema de saúde ao seu entorno. Nessa perspectiva ele se torna um elemento da rede capaz de fornecer recursos necessários para atender as necessidades de uma determinada região. Há um papel central dos hospitais em proporcionar serviços que a rede de atenção básica por exemplo, não é capaz de oferecer. “O hospital é um dos elementos da rede, no qual cumprirá um papel condicionado por sua localização geográfica, seus recursos e seu nível de complexidade” (VILLAR, 1990, p. 290).

Salienta-se, através do Plano Diretor de Regionalização da Saúde, (2002) que existem diferenças significativas na rede hospitalar, obedecendo a classificações conforme os serviços ofertados. As Unidades Locais abrangem o Hospital-dia, internação domiciliar, suporte aos programas, unidade mista e centro de referência regional. Enquanto os Hospitais Microrregionais são responsáveis por quatro especialidades, Pronto Atendimento, Radiologia, Eletrocardiograma, Bloco Cirúrgico e Laboratório 24h, cirurgias eletivas e atendimento a acidentes do trabalho, rol mínimo de procedimentos.

Por sua vez, os Hospitais Regionais abrigam outras duas especialidades, Ecografia 24h, UTI geral e/ou pediátrica. Os Hospitais Macrorregionais possuem sala de procedimentos e observação, reanimação Cérebro-Cárdio-Respiratória, Politraumatizados graves, duas especialidades conforme a necessidade regional, EEG, Tomografia de Encéfalo, avaliação da função pulmonar, Fibrobroncoscopia 24h, UTI geral e pediátrica, diagnóstico de morte encefálica. Para finalizar, os Hospitais especializados estão responsáveis pelo Pronto Atendimento, internação e recursos diagnósticos e terapêuticos na sua especialidade (RIO GRANDE DO SUL, PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE).

Em 2020 foi a sexta vez na história que uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional foi declarada. Vamos observar o quadro a seguir para conhecer cada uma:

Quadro 7 - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

H1N1 2009	Inicialmente restrita aos suínos, após mutação, começou a infectar seres humanos no México, até espalhar-se. Foram cerca de 18,5 mil mortes pelo mundo, porém revisões posteriores afirmam ter ultrapassado 200 mil mortes.
Poliovírus 2014	Doença causada pelo vírus que invade o sistema nervoso e pode causar paralisia total. Saiu de Paquistão, Afeganistão e Nigéria, onde era considerado endemia e atingiu Camarões, Guiné Equatorial, Etiópia, Iraque, Israel, Somália e Síria.
Ebola 2016	Febre hemorrágica transmitida por contato com pessoas ou animais contaminados. Foi detectada na África Ocidental em 2014, ocasionando cerca de 11 mil mortes.
Zika Vírus 2016	Disseminado pela picada do mosquito Aedes infectado. Cerca de 30 países relataram bebês nascidos com microcefalia e malformações congênitas.
Ebola na República Democrática do Congo 2019	Recebeu status de emergência após registrar 1.600 mortes.

Covid-19 2020	Vírus que provoca síndrome respiratória aguda grave. O vírus salta de uma espécie animal em que é parasita habitual para a espécie humana.
----------------------	--

Fonte: Adaptado de Dominguez (2020).

Também é importante compreender que existem algumas diferenças significativas quando se fala em termos de uma urgência nestas situações que devem ficar bem claras. O termo Endemia está associado a presença constante de uma doença infecciosa em uma determinada área geográfica. Enquanto a nomenclatura Epidemia ocorre em uma comunidade ou região, excedendo os limites da normalidade, a comunidade ou região e o período nos quais os casos ocorrem e são precisamente especificados. Pandemia é o termo usado para caracterizar larga distribuição de uma doença, a qual atinge diversas nações (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2013).

A crise sanitária que a pandemia causou em todo o mundo, trouxe uma importante questão ligada à saúde pública. Mesmo em países desenvolvidos, a estrutura hospitalar não foi capaz de atender a toda demanda em momentos que a disseminação da Covid-19 atingia o seu pico. Segundo Marmelstein e Morozowski (2020) isso significa que o número de pacientes infectados precisando de uma vaga em leito de UTI, excedeu ao número de leitos, aparelhos e profissionais disponíveis.

[...] “então a gente tinha muito paciente de fora guria, muito paciente de fora sabe que vinha, daí eu me lembro uma vez que a gente tinha, a gente chama de vaga zero, quando tem um leito, mas tem gente esperando na fila, os pacientes, mas a gente não tem leito disponível. Eu me lembro assim que morria um e já tinha 5, 6, uma vez tinha 7 pacientes por leito, era muito disputado, muito paciente de outras cidades...” [entrevistada/mulher05].

[...] “A dimensão da doença foi muito grande, muito, muito, muito, muito grande. Então, teria que ser, se fosse pra necessidade da doença, teria que ser acredito que um hospital só para Covid, o dobro de leitos e acredito que não daria conta, porque vinha gente de todo estado, de todo que era lugar. Nós recebemos paciente até de Florianópolis...” [entrevistado/homem08].

Analisando estas falas, compreendemos que a demanda de leitos especializados foi maior do que a real capacidade dos hospitais. Foi criada uma portaria nº 568 de 26 de março de 2020 que habilitou leitos de UTI Covid-19 adulto e pediátrica, de forma temporária e exclusiva para pacientes infectados pelo vírus. As habilitações ocorriam por meio da solicitação pelo Gestor de Saúde Estadual e Municipal, de acordo com as reais necessidades do território. No que se refere a

quantidade de leitos, exigiu-se no mínimo 05 por estabelecimento e o custeio diário para cada um deles era de R\$ 1.600,00 (um mil e seiscentos reais) disponibilizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

Importante compreender que não era um processo tão simplificado criar novos leitos de UTI, pois há necessidade por espaço físico e aquisição de novos equipamentos especializados. Além destes, também são necessários materiais de insumo adequados, profissionais capacitados para atender as demandas em potencial (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010). A resolução nº 07, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, dentre eles estão equipamentos como o Ventilador Pulmonar Mecânico Microprocessado, materiais para traqueostomia e cerca de mais 37 itens, incluindo kits, equipamentos individuais, macas, poltronas e outros.

Os recursos materiais além de serem imprescindíveis para implementação de uma Unidade de Terapia Intensiva, também possuem um custo significativo, se analisarmos o montante em seu total. Contudo, mesmo com essas considerações, foram abertos novos leitos como mencionado anteriormente. A seguir, algumas das falas sobre a capacidade de internação em leitos UTI dos hospitais pesquisados, para compreendermos sua importância para região e o estado.

[...] “a gente chegou a atingir se não me engano 29 leitos. Tanto que a gente teve que trocar da nossa UTI adulto geral pós cirúrgica para dois outros lugares pra conseguir ampliar os leitos de UTI COVID e quanto mais leitos tinham, todos eles tavam ocupados, tinha sempre muita demanda...” [entrevistada/mulher03].

[...] “olha, uns 46, 47 uma coisa assim. Trabalhamos com todos esses, mas assim, além dos 20 físicos aqui da UTI, nós tínhamos mais 7 em um lugar, mais 4 em outro lugar, mais 8 em outro lugar, aí abrimos uma outra UTI, lá tinha mais 10. Aí chegou uma situação em que fecharam a sala da recuperação para atender pacientes pós extubação, daí fecharam a frente aqui dessa UTI para atender Covid, então foi muita coisa, foi manejado muito, até não ter mais o que fazer. ” [entrevistada/mulher09].

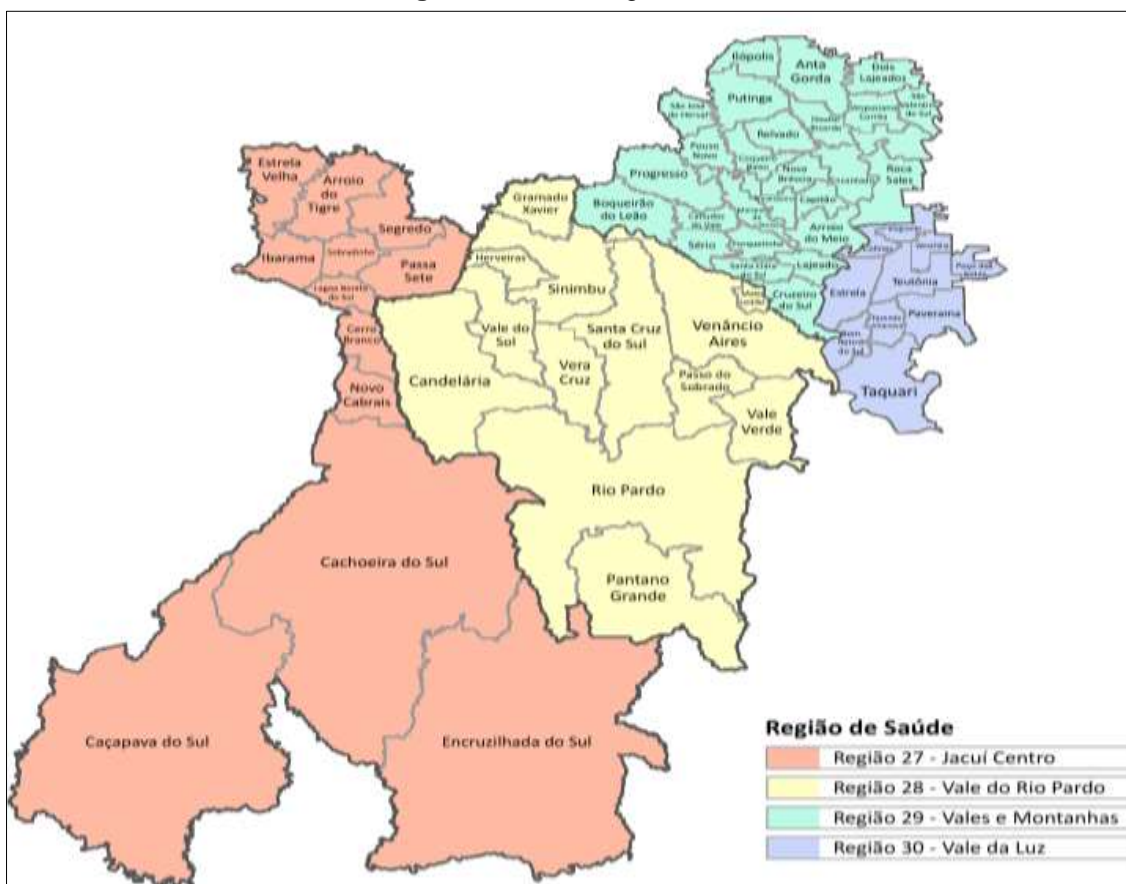
Fez-se um comparativo de dados retirados nas páginas oficiais de cada instituição hospitalar em que consta o número atualizado de leitos de UTI adulto, ressaltando que os dados apresentados dizem respeito à capacidade de cada hospital em período de não pandemia. O hospital Bruno Born de Lajeado dispõe de 20 leitos de internação adulto, atendendo a população dos Vales do Taquari e Rio Pardo.

O Hospital Santa Cruz conta com 10 leitos de UTI adulto, sendo 8 deles para

atendimento geral e outros 2 para pacientes cardíacos. Atualmente está com projeto para implementação de mais 10 leitos. Atende pacientes oriundos dos vales do Rio Pardo e do Jacuí (HOSPITAL SANTA CRUZ, 2022). Esses dados nos permitem dimensionar o quanto, ambos os hospitais, são importantes e foram cruciais para atender aos pacientes infectados pela Covid-19, ampliando ao máximo suas capacidades para abrir novos leitos durante o período crítico e salvar vidas.

Ambos os municípios estão inseridos na macrorregião Vales que contempla quatro regiões de saúde, estas são “recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território” (BRASIL, 2006, p. 19). Abrangem 62 municípios, entre eles, Arroio do Meio, Cachoeira do Sul, Encantado e Vale do Sol.

Figura 7 - Macrorregião Vales



Fonte: Rio Grande do Sul (2022).

O mapa acima nos permite visualizar a localização destes municípios e também aqueles que estão ao seu entorno, para que possamos dimensionar a importância de cada nova vaga de UTI aberta em ambos os hospitais. Vale salientar novamente que a criação das Macrorregiões e Regiões de Saúde, são formas de organização e definição de limites geográficos e populacionais, afim de definir ações e serviços a serem implementados em um determinado território. Nas Macrorregiões, estão inseridos hospitais de referência para as Regiões de Saúde que as compõem, com capacidade de atender os casos mais complexos e com tecnologias de maior custo (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Desde abril até setembro de 2020 foram habilitados 744 novos leitos de UTI para atender pacientes infectados no estado. Neste período haviam 1.730 leitos, praticamente o dobro, visto que anterior ao período da pandemia, eram 985. Houve uma movimentação intensa por parte da Secretaria Estadual de Saúde para que as regiões pudessem criar tais leitos, seguindo os critérios estabelecidos pelo Ministério da saúde, envolvendo também os gestores locais e o Centro Estadual de Vigilância

em Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

Outro desafio muito importante foi capacitar os profissionais a realizarem o manejo dos pacientes. Por várias vezes, ressaltado neste estudo, tratava-se de uma nova doença desconhecida em que a assistência aos atendimentos se tornou mais complexa. Exigiu conhecimentos específicos e antes pouco utilizados, demandando à gestão oferecer treinamentos adequados e eficientes aos seus profissionais (DE AMORIM CASTRO, 2022). Em algumas das falas, ficou claro a importância de a instituição oferecer suporte e capacitação.

[...] “a gente evoluiu muito no atendimento a paciente covid, porque prona era uma coisa que a gente não fazia aqui como corriqueiro. Depois do COVID a gente conseguiu elaborar um checklist também pra prona contra supina, evoluiu os conhecimentos baseados no auto fluxo que também era uma coisa totalmente nova né e só né, além, não que aqui a gente usava, mas assim, a instituição ela ajudou bastante fornecendo recurso, material. Te digo assim que não sei outras realidades, mas vendo a nossa aqui, a instituição trabalhou de um jeito muito bom pra conseguir abraçar a demanda que tinha...” [entrevistada/mulher03].

Nesta fala, é perceptível as novas adaptações realizadas pela equipe de saúde que se cruzam a outras pesquisas já realizadas. O estudo de Rodrigues *et al.* (2020) mostrou que a adaptação por parte dos profissionais foi um dos desafios cruciais advindos da pandemia. O que aconteceu foram muitas mudanças relacionadas ao ambiente, diminuição de equipe por múltiplos fatores, aumento de carga horária, entre outras (RODRIGUES; DA SILVA, 2020).

Neste período foi crucial que os gestores acompanhassem as equipes, não responsabilizando individualmente o trabalhador, reforçando para uso adequado dos equipamentos de segurança, comunicação de boa qualidade, alternar os profissionais em trabalhos de alta e baixa tensão. Também avaliar as rotinas para conferir se os descansos estavam sendo cumpridos, reconhecer os esforços, oferecer espaços adequados de alimentação e descanso, mapear e divulgar as ações de cuidado em saúde mental. Estas foram recomendações que estão dispostas na cartilha de Recomendações para Gestores da Fundação Oswaldo Cruz, sobre a Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19 (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020).

Esses são direitos assegurados na Política Nacional de Humanização – PNH criada em 2003. Ela aborda a importância da inclusão de trabalhadores, usuários e gestores, enfatizando a produção e gestão do cuidado nos processos de trabalho.

Construir mudanças de forma coletiva e compartilhada para humanizar, produz novos modos de cuidado e novas formas de organizar o trabalho. Esta política também enfatiza a valorização do trabalhador, oferecendo visibilidade às suas experiências para assim qualificar o processo laboral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Ao considerar o quanto esses hospitais foram cruciais e continuam sendo no quesito cuidado em saúde, vale retomar as considerações de Milton Santos (2006) sobre as forças que se concretizam em determinados territórios e promovem o bem-estar social. Pode ser considerado que os dois municípios estudados possuem significativas vantagens ao terem esses dois hospitais pois, durante o período da pandemia, uma realidade muito triste veio à tona. Vale salientar novamente que na pesquisa realizada por Noronha *et al.* (2020) cerca 8% dos municípios brasileiros precisam deslocar seus pacientes por uma média de 240 km para terem acesso a leitos de UTI.

Ambas as instituições ampliaram os seus leitos de UTI para aumentar suas capacidades de oferecer suporte adequado aos pacientes que chegavam sem parar. No mapa disposto acima (figura 6) podemos perceber que os dois municípios estão localizados em regiões bem estratégicas, possibilitando o deslocamento de pacientes graves de outros locais. Sem margens para dúvidas, muitas vidas foram salvas graças a contribuição destas instituições.

Reafirma-se, desta maneira, o que Pereira e Barcelos (2006) apontaram em seus estudos sobre a importância de um território pensado para ofertar o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Um lugar de permanente construção, que ultrapassa as fronteiras de considerar esse espaço apenas como uma extensão geográfica; faz-se necessário ampliar esse olhar.

3.4 Bagagens para uma vida além das fronteiras do trabalho

Durante a realização das entrevistas, muitas questões foram surgindo ao conversar com os profissionais e que devem aparecer nestes resultados. Cada indivíduo trouxe sua experiência de vida à tona, de uma forma muito particular, a partir das suas vivências no contexto da pandemia. Este subtítulo está dedicado aos 11 profissionais entrevistados, são experiências pessoais de vida, partilhadas de forma aberta, sincera e que merecem todo respeito e admiração.

A partir do transcorrer das conversas, a pesquisadora incorporava alguns elementos em suas perguntas, deixando os profissionais bem livres para trazerem o conteúdo que lhes era relevante. Muitas inquietações foram surgindo, histórias vivenciadas pelos próprios, situações de vida e trabalho que de alguma forma deixaram marcas nestes trabalhadores. Além disso, destacam-se algumas frases que foram ditas e que marcaram este momento vivido, estendendo-se para muito além do ambiente laboral e conquistando espaço na vida presente e futura.

*[...]a união faz a força, né, que sozinho né, é muito difícil, mas que a união, que a força de vontade, que a fé né, e que a união de todas as partes e de todas classes hierárquicas das instituições e enfim, das classes das comunidades, das classes sociais enfim, fazem uma grande diferença e essa pode ser sim, a solução para a gente resolver os problemas das comunidades, das sociedades e do país que a gente tanto precisa e sonha.”
[entrevistado/homem10].*

Nesta ocasião, foi solicitado ao enfermeiro que levasse em consideração o que passou durante o período da pandemia, todas as situações, qual foi o aprendizado que ele vai levar para vida, que já estava levando a partir das vivências que teve com este período tão incomum. Esta resposta foi muito espontânea e expressa o reconhecimento de um trabalho feito por muitas mãos, afinal, o que seria da saúde pública sem esse mar de mãos colaborativas e unidas por um propósito comum.

*[...] “Hoje eu vejo que é uma coisa que eu não consigo ter o controle sobre tudo e isso é um processo e por eu ser já ansiosa assim, eu ainda sigo me cobrando mais hoje eu ponho meu pé no chão e eu o que vai além de mim e o que não, realmente foi meu erro, foi eu que tive que né, cuidar disso e eu não cuidei, mas é um processo que hoje eu trato mais com leveza de me cobra sabe, mas no geral assim eu sou uma pessoa bem realizada aqui. “
[entrevistada/mulher03].*

No trecho acima, a enfermeira compartilha a importância de ressignificar alguns processos de trabalho. Essa resposta veio a partir do momento em que se questionou sobre as vivências profissionais desta pessoa, então este sentimento expressando cobrança, em ter que acertar o tempo todo veio à tona. Mesmo ciente de que não se pode ter o controle sobre tudo e o tempo todo, ainda assim essas frustrações permanecem presentes.

Novamente iremos recapitular algumas considerações de Heloani e Capitão (2003) quando consideram o trabalho na atualidade como um fazer complexo, que

demanda muita dedicação e empenho, gerando sentimento de impotência aos sujeitos em determinadas situações. Mas, as ações no trabalho também podem ser criativas e capazes de modificar o sofrimento vivido, contribuindo para aumentar o equilíbrio emocional e corporal dos sujeitos.

Todos os profissionais entrevistados relataram que gostam do trabalho que realizam e também da instituição a qual pertencem. Reforçam que a pandemia foi um período atípico enfrentado por todos os serviços de saúde do país e do mundo que causou uma sobrecarga em todos os sentidos, principalmente no que se refere ao fator emocional e que pode interferir na forma como o indivíduo lida com as demais situações de vida e de trabalho.

Retomamos as reflexões de Dejours (2009) quando considera que o trabalhar envolve corpo e mente engajados para refletir, interpretar, agir às situações, e a partir daí, produzir e inventar. Superar dessa maneira as lacunas entre o prescrito e o real, através da busca por recursos que possibilitem aos mesmos criarem e transformarem seu fazer (DEJOURS, 2009).

Outro aprendizado que despertou nestes profissionais a partir das vivências de um período tão difícil na história de suas profissões, foi voltar o olhar para seus próprios processos e a maneira que estavam conduzindo suas vidas.

[...] “Eu acho que eu vou levar e eu já tô levando que é, a gente tem que aproveita a vida hoje, a gente tem que trabalha, a gente tem que ter uma posição boa financeira, a gente tem que ter qualidade de vida, saúde, valorizar nossa família, porque a gente não sabe o dia de amanhã, pode acontecer qualquer vírus, qualquer coisa, um acidente a gente não sabe o que vai ser o amanhã. Então valorizar mais o que a gente tem e nos valorizar né, porque não adianta a gente só pensar no trabalho, só pensar em adquirir, em ter, querer obter coisas e ter mais, ter mais. A gente tem que ser, crescer como pessoa.” [entrevistada/mulher09].

Esse sentimento e desejo de vislumbrar seu processo de vida de outra maneira foi trazida por outros profissionais também.

[...] “sigo fazendo é tentar fazer tudo o que eu gostaria de fazer, ah, eu quero ir em tal lugar, posso ir? Eu vou! Não vou deixar para amanhã o que eu poderia fazer hoje porque pode ser que o amanhã não venha. Não vou deixar de visitar um familiar sempre quando eu posso, porque pode que amanhã eu não vou conseguir visitar aquela pessoa, então isso eu levei do Covid pra vida, a fazer mais e não deixar aquilo para depois.” [entrevistado/homem08].

Percebe-se um desejo de despertar para uma vida mais leve, sob um olhar mais amplo de valorização daquilo que é simples, porém tem um grande significado para estas pessoas. Esse desejo diz muito sobre a capacidade de exercer a resiliência em seus locais de trabalho, Brolese *et al.* (2017) traz a importância deste exercício para o crescimento pessoal e profissional, com intuito de desenvolver suas habilidades, reconhecer seus limites e, conseqüentemente, enfrentar novos desafios sem adoecer mentalmente.

Os períodos vividos dentro do trabalho não devem ser considerados única e exclusivamente de forma negativa, pois possibilitaram novos olhares para esses trabalhadores, visando a sua própria saúde e bem-estar. Reforça-se, essas são experiências de um grupo de profissionais da enfermagem e não verdades absolutas ou padrões que se estendem a todos os que trabalharam na pandemia.

A importância de deixá-los à vontade para trazer à tona todas essas questões, contribuiu significativamente para enriquecer essa pesquisa, apesar de serem feitas as entrevistas em dois hospitais, em municípios diferentes, as falas parecem ir se complementando. Este compartilhamento de sentimentos, desejos, inquietações das equipes foi um desafio muito significativo, visto que ao mesmo tempo em que relatavam para a pesquisadora, também se ouviam e se permitiam refletir sobre o conteúdo que estavam trazendo.

As Unidades de Terapia Intensiva, segundo Salicio e Gaiva (2006) são ambientes que acolhem pacientes graves, em recuperação. Estes, permanecem sob cuidado constante dos profissionais empenhados para aumentarem as chances de vida dessas pessoas. Para isso, é muito importante uma assistência que promova a humanização deste fazer, o que foi percebido durante o tempo passado junto aos entrevistados. Foi mencionado, através das falas anteriores, o quanto cada vida importa e quão difícil era perder um paciente.

Nos capítulos anteriores foi apresentado sobre a importância que o trabalho possui na vida das pessoas. Dejours (2004) fala sobre a empregabilidade da subjetividade a esse fazer, como se fizesse parte do seu próprio ser, oferecendo sentido à vida. Ao final desta dissertação, esta consideração feita pelo autor faz muito sentido, ao perceber toda dedicação da equipe de enfermagem em seu trabalho de salvar vidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa em questão propôs compreender quais são as condições de trabalho dos enfermeiros da UTI Covid-19 em dois hospitais regionais e os efeitos sobre a saúde mental dos mesmos. Nesta perspectiva, fez-se necessário uma atenção a todos os aspectos que acompanharam a chegada da pandemia no Brasil, levando em consideração uma série de fatores agravantes para o controle da disseminação do vírus, o que conseqüentemente acarretou em uma significativa crise sanitária.

O problema levantado inicialmente trouxe à tona condições de trabalho atípicas vivenciadas dentro de um ambiente de UTI, pois nada vivido anteriormente pelos profissionais da enfermagem compara-se ao período intenso de cuidados com os pacientes infectados. Também não pode ser afirmado que a pandemia causou adoecimento mental a todos os trabalhadores, mas sim, que impactou em diferentes proporções a saúde desses profissionais, de forma muito branda ou muito intensa.

A presente pesquisa teve como objetivo primordial compreender quais são as condições de trabalho dos enfermeiros da UTI Covid-19 em dois hospitais regionais e os efeitos sobre a saúde mental dos mesmos. Para que fosse possível responder a esse questionamento, foi adentrado nos hospitais e entrevistado os trabalhadores da enfermagem sobre suas vivências e percepções a respeito do que foi sentido durante a pandemia. Acredita-se que o conteúdo trazido responde a todos os objetivos propostos no estudo, pois trazem respostas consistentes aos questionamentos.

Foram necessários alguns aprofundamentos teóricos dispostos nos dois primeiros capítulos da dissertação. O primeiro trouxe uma discussão muito pertinente e que nos faz pensar sobre um sistema de saúde tão amplo, mas que ainda apresenta muitas lacunas a serem fortalecidas, reestruturadas e repensadas pelo poder público. O SUS, não podemos negar, tem em sua essência, princípios formadores de uma política de saúde exemplar, equitativa e inovadora na maneira de se pensar a saúde, porém, ao que parece, necessita de maior atenção e investimentos.

Outro fator muito importante a ser considerado é que estamos trabalhando com uma política em comum, que se espalha aos quatro cantos do país e se estrutura de formas muito peculiares em cada território. A partir daí são percebidas certas

desigualdades que se tornaram mais nítidas com a chegada da pandemia, pois houve uma sobrecarga considerável sobre os serviços de saúde, como mencionados ao longo da pesquisa.

O segundo capítulo trouxe à tona algumas considerações muito pertinentes sobre o olhar à saúde mental do trabalhador, compreendendo que o trabalho pode ser um causador de adoecimento e sofrimento. Foi preciso trazer a perspectiva de alguns autores para se entender as relações que o homem foi criando ao longo do tempo sobre o pertencimento ao seu trabalho e as recompensas que o mesmo pode lhe proporcionar. Em contrapartida o fator adoecimento mental se apresenta de forma muito tímida em uma escala de prioridades humanas, às vezes fazendo parecer que o trabalho “cura tudo”.

Esse estudo tratou sobre a realidade vivida pelos enfermeiros durante o período da pandemia, para isso, foi necessário aprofundar os conhecimentos sobre a profissão, trazendo um pouquinho sobre a história da Enfermagem e sua inserção no Brasil, até os tempos atuais. Foi possível identificar a força que tal classe trabalhista possui e sua importância em integrar a chamada linha de frente ao combate do coronavírus; o que leva a justificar os motivos de ter escolhido esses profissionais para serem os precursores da pesquisa.

Ainda sobre o segundo capítulo, no Rio Grande do Sul, foram explanados alguns importantes pontos de organização da saúde no estado, para melhor compreender as divisões territoriais e os órgãos competentes pela manutenção e gestão do cuidado. Também conhecidas algumas estratégias implementadas pelo governo, muito pertinentes ao cuidado em saúde mental aos profissionais que estavam trabalhando na linha de frente ao combate da Covid-19, fator que consideravelmente pode ser visto como positivo, desde que se pense em um cuidado continuado, ou seja, para além das fronteiras da pandemia.

O capítulo terceiro, “A dor das UTIs: a experiência de dois hospitais regionais durante a pandemia da covid-19”, conseguiu trazer um pouco do que foi vivenciado pelos profissionais da enfermagem desde o início da pandemia. Inicialmente foi apresentado o percurso metodológico que possibilitou a execução da pesquisa, visto que foi necessário fazer um planejamento e pensar no passo a passo de todas as etapas a serem realizadas. Adentrar em cada hospital, entrevistar as pessoas no setor

das UTIs foi uma experiência única que possibilitou resgatar as histórias e conhecer aquilo que talvez nunca foi dito por eles.

Os resultados apontam para algumas percepções sobre o trabalho no ambiente das UTIs, considerado por eles como um fazer complexo sobre o cuidado com a vida dos pacientes, intensificando-se ainda mais no período da pandemia. Foi um gerador de muitas incertezas e dúvidas, pois ali havia o tratamento sobre uma nova doença, algo muito diferente daquilo que estavam acostumados a enfrentar diariamente.

As características apresentadas pelos internados divergiam muito do que era esperado para um setor de alta complexidade, pois os pacientes interagiam com os profissionais, falavam sobre o que estavam sentindo, pediam ajuda, imploravam para que não os deixassem morrer, condições atípicas segundo os entrevistados, pois geralmente os pacientes são pouco interativos nestes ambientes.

Sobre suas condições de saúde mental, o que apontaram os resultados, foram o aumento dos níveis de ansiedade nos profissionais entrevistados, alguns deles já sofriam anteriormente, mas perceberam um agravo muito significativo em crises dentro e fora do local de trabalho. Esse resultado vem ao encontro de outras pesquisas que trazem dados semelhantes.

Outro ponto importante apresentado nos resultados foram as “faltas” com as quais as equipes precisavam lidar, o cansaço, a falta de profissionais, materiais, leitos, equipamentos de proteção, excesso de carga horária, tudo isso também afetou a saúde mental destes. As falas trazidas nesta pesquisa, refletem muito sobre o desejo destes trabalhadores em salvar a vida de todos os seus pacientes, o que nem sempre era possível devido à instabilidade da doença.

Ao considerar a reorganização do SUS, automaticamente considera-se melhor qualidade nas condições de trabalho ofertadas aos profissionais. É indiscutível o dano causado pela pandemia, porém levanta-se a questão de que tais impactos poderiam ter sido minimizados com um processo de gestão territorial de qualidade em pleno funcionamento, o que parece ainda ser uma realidade um pouco distante da vivida no Brasil.

Com base nas considerações feitas anteriormente e respondendo a uma das perguntas feitas nas questões norteadoras, relacionada com a sobrecarga sentida pelos profissionais, pode-se dizer que sentiram esse efeito em seus ambientes de trabalho. Ao analisarmos todos os relatos feitos pelos entrevistados, pode-se

dimensionar o quão difícil foi lidar com tantas mudanças durante os períodos mais intensos de contaminação, as longas jornadas de trabalho foram um dos marcos que sustentou esta afirmação.

O sentimento de desvalorização financeira por parte de alguns profissionais também veio à tona durante as entrevistas. Segundo relatos, não houve a valorização necessária para os profissionais da enfermagem, comparado a outras áreas da saúde. Vale ressaltar aqui sobre esse descontentamento a nível governamental, pois essa queixa se expande de forma geral pelos profissionais e estudos vêm confirmando essa realidade.

Esta pesquisa também buscou apresentar a importância de dois hospitais regionais no período da pandemia, o que possibilitou compreender o quanto tais instituições foram significativas para região e conseguiram atender pacientes de todos os cantos do estado e até mesmo fora dele. No período mais crítico, foram ofertados um número expressivo de leitos de UTI, ampliando suas capacidades ao máximo para receber aqueles que necessitavam de internação. Porém, o que chama muita atenção é que concomitante ao aumento desta capacidade, o número de trabalhadores permanecia quase o mesmo.

Aumentar as vagas significava maior demanda, dedicação, desgaste e tempo de serviço dentro da instituição. Alguns profissionais referem terem sido contaminados pelo vírus, outros referem alterações em seus níveis de ansiedade, ou relacionados a sua saúde mental, mas o que essa pesquisa mostrou foi justamente a afirmativa de que houveram consequências na vida destes profissionais e, provavelmente, esta seja uma realidade vivida por todos os trabalhadores envolvidos neste processo de cuidado à saúde durante a pandemia.

Contudo, alguns profissionais referiram que em alguns períodos a situação foi tão crítica ao ponto de não haverem mais leitos disponíveis, o que é compreensível quando passamos a analisar alguns períodos em que o número de casos aumentava drasticamente e, conseqüentemente, os sistemas de saúde sentiam o impacto. Um grande percentual de profissionais enfatizou que a instituição que trabalham foi muito cuidadosa com os protocolos exigidos, o apoio através de capacitações, planejamentos, oferta de cuidado psicológico pela equipe de saúde mental do próprio hospital, quando sentiam a necessidade. Este fator foi muito positivo, pois ofertar amparo é sinônimo de cuidado.

Para finalizar o capítulo em questão, as conversas resultaram em trazer à tona muitas vivências e percepções desses profissionais, pensando em tudo o que havia acontecido, mas também pensando sobre o futuro, a forma de lidar com seus trabalhos, problemas, desejos, queixas e, principalmente, o seu viver pós pandemia. Muitos sentimentos acompanharam essas pessoas durante os dois anos mais intensos de Covid-19, atualmente já não haviam as alas isoladas, permaneciam os leitos originais de cada UTI, a maneira de manejar o paciente acontecia de forma bem mais tranquila, pois já havia maior conhecimento sobre a doença e o cuidar desses indivíduos.

As entrevistas também expuseram uma multiplicidade de experiências vividas por estes profissionais. Poucos foram os entrevistados que mantiveram uma postura de indiferença sobre o momento vivido, afirmando que não sentiram impactos sobre sua saúde mental e seus processos de trabalho, o que foi respeitado pela pesquisadora, visto que as percepções de cada trabalhador são pessoais e o intuito da pesquisa era deixá-los livres para falarem sobre suas vivências.

Essa pesquisa também apresenta certas limitações, é importante salientar que o número de pesquisados foram 11 profissionais da enfermagem em dois hospitais da região, o que poderia ser ampliado futuramente para toda a região ou macrorregião de saúde. Para isso, é esperado que o estudo desperte o interesse de outros estudantes em continuar investigando os impactos que a pandemia causou e ainda causa na organização do sistema de saúde pública do Brasil e do mundo.

Ressalta-se a importância de repensar sobre a saúde da população sob uma perspectiva territorial, visto que foi apresentado no início do estudo as importantes ligações do Sistema Único de Saúde com o território. Há necessidade da organização e melhor distribuição dos serviços de saúde em todo país, para conhecer as realidades de cada população. As diretrizes que formam a essência do SUS são, de fato, um modelo exemplar que deve ser retirado do papel e posto em prática pelos três níveis governamentais, talvez o primeiro passo se encontre na organização.

Ao concluir a pesquisa, o sentimento que perpassa é de dever cumprido, pois os resultados trazidos à tona, foram de grande importância, ao considerarmos o quanto a pandemia de forma direta ou indireta impactou todas as pessoas. Conhecer a realidade de uma classe de profissionais fez considerar o quanto olhar para os

processos de trabalho e saúde mental podem ser produtivos e, principalmente, necessários.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (BRASIL). Ministério da Saúde. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**: Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências, BRASÍLIA, n. 7, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 2 ago. 2022.

ALBORNOZ, Suzana. **O que é trabalho**. 1ª edição eBook. ed. rev. São Paulo: Brasiliense, 2017. 100 p. ISBN 8511351167, 9788511351163. eBook (100p).

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; RIBEIRO, Luis Henrique Leandro. Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, ed. 12, p. 1-14, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208720>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2020.v36n12/e00208720/>. Acesso em: 21 dez. 2022.

ANDRADE, Francisco Xavier Ferreira de; SANTOS, Amanda Cabral dos. As condições de trabalho e a saúde do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, Goiás, v. 4, ed. 1, p. 649-666, 2021. Disponível em: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/325/270>. Acesso em: 1 jun. 2022.

BARROS, Maria Elizabeth Diniz; PIOLA, Sérgio Francisco. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. In: MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo (org.). **Sistema de Saúde no Brasil**: organização e financiamento. 1. ed. Rio de Janeiro: ABrES, 2016. cap. 4, p. 101-137. ISBN 978-85-7967-115-9.

BERALDO, Livia Maria; ALMEIDA, Débora Vieira de Almeida; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini Bocchi. Da frustração ao enfrentamento do cuidado para a morte por técnicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, ed. 6, p. 1013-1019, 2015. DOI <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680603i>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/GwtsqVkhJmkc8nzhQdDbKp/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 3 jan. 2023.

BORGES, Fabieli *et al.* Dimensionamento de pessoal de enfermagem na uti-adulto de hospital universitário público. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 22, n. 2, ed. 50306, p. 1-10, 2017. DOI 10.5380/ce.v22i1.50306. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/4836/483654815018/483654815018.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Casa Civil, 1988. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 17 ago. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2015. 127 p. ISBN 978-85-8071-024-3. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 106, de 7 de maio de 2020**. Institui regime extraordinário fiscal, financeiro e de contratações para enfrentamento de calamidade pública nacional decorrente de pandemia. Brasília: Casa Civil, 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc106.htm. Acesso em: 31 jul. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **LEI nº 5.905, de 12 de julho de 1973**. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1973. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5905.htm#:~:text=LEI%20No%205.905%2C%20DE,Enfermagem%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 30 out. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Saúde mental: pesquisa analisa impacto psicológico do enfrentamento à Covid-19 em profissionais da saúde. **Casa Civil**, Brasília: 17 nov. 2020. Notícias, p. 1. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/julho/saude-mental-pesquisa-analisa-impacto-psicologico-do-enfrentamento-a-covid-19-em-profissionais-da-saude>. Acesso em: 4 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em 12 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 568, de 26 de março de 2020**. Autoriza a habilitação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrica para atendimento exclusivo dos pacientes com a Covid-19. Brasília: Diário Oficial da União, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-568-de-26-de-marco-de-2020--251705696>. Acesso em: 12 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde: Estrutura, princípios e como funciona. **Assuntos**, Brasília, 04 fev. 2020. Saúde de A a Z, p. 1. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 16 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vacinas - Covid-19. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa**: Brasília, 05 jun. Informações sobre vacinas, p.1. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/vacinas#:~:text=Vacinas%20%2D%20Covid%2D19,farmac%C3%AAuticos%20e%20institui%C3%A7%C3%B5es%20de%20pesquisa>. Acesso em: 02 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 2. ed. Brasília: Editora MS, 2006. 76 p. ISBN 85-334-0960-5. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 06 jan. 2023.

BROLESE, Débora Felipe *et al.* Resilience of the health team in caring for people with mental disorders in a psychiatric hospital. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 51, ed. e03230, p. 1-8, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016026003230>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/vz5bRBz6qRqh6NPzbMQx8FD/?lang=en>. Acesso em: 18 dez. 2022.

BUENO, Francisco da Silveira. **Grande dicionário etimológico-prosódico da língua portuguesa**: vocábulos, expressões da língua geral e científica, sinônimos, contribuições do tupi-guarani. São Paulo: Editora Lisa, 1988. 462 p. v. 1.

CABLE NEWS NETWORK BRASIL. Pandemia provoca 'fuga' de médicos e enfermeiros de hospitais das Santas Casas. **CNN**, [S. l.], p. 1, 2 abr. 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/pandemia-provoca-fuga-de-medicos-e-enfermeiros-de-hospitais-das-santas-casas/>. Acesso em: 19 nov. 2022.

CAMARA DOS DEPUTADOS. Deputados avaliam decisão que suspendeu piso salarial da enfermagem. **Agência Câmara de Notícias**, [S. l.], p. 1, 5 set. 2022. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/907186-deputados-avaliam-decisao-que-suspendeu-piso-salarial-da-enfermagem>. Acesso em: 26 dez. 2022.

CASTILLO, Ana Regina GL *et al.* Transtornos de ansiedade e transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 22, p. 20-23, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/dz9nS7gtB9pZFY6rkh48CLt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2022.

CIOTTI, Marco *et al.* The COVID-19 pandemic. **Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences**, v. 57, n. 6, p. 365-388, 2020. DOI <https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198>. Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10408363.2020.1783198?scroll=top&nedAccess=true&role=tab&aria-labelledby=full-article>. Acesso em 02 jul. 2022.

CODO, Wanderley; SAMPAIO, José Jackson Coelho; HITOMI, Alberto Haruvoshi. **Indivíduo, trabalho e sofrimento**. 2. ed. [S. l.]: Vozes, 1994. 280 p. ISBN 8532609643.

CONGRESSO NACIONAL. **Lei nº 14.434, de 04 de agosto de 2022**. Institui o piso salarial nacional do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira. Brasília, 2022. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-no-14-434-de-4-de-agosto-de-2022_102308.html. Acesso em: 08 jan. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. A enfermagem e a luta por salários dignos na pandemia: por James Francisco Pedro dos Santos. **COREN RO**, São Paulo, 4 mar. 2022. Artigo, p. 1. Disponível em: http://www.coren-ro.org.br/artigo-a-enfermagem-e-a-luta-por-salarios-dignos-na-pandemia-por-james-francisco-pedro-dos-santos_14791.html. Acesso em: 9 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dieese: Enfermagem teve redução salarial de 11,8% na pandemia. **COFEN**, São Paulo, 11 jun. 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/dieese-enfermagem-teve-reducao-salarial-de-118-na-pandemia_87731.html#:~:text=Em%20pleno%20momento%20de%20discuss%C3%B5es,4%C2%BA%20trimestre%20de%202019%20e. Acesso em: 05 mai. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Entenda o papel da Enfermagem no combate à pandemia de covid-19. **Diário do Nordeste**, 2022. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/entenda-o-papel-da-enfermagem-no-combate-a-pandemia-de-covid-19_96199.html. Acesso em: 05 mai. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. O Cofen. **COFEN**, São Paulo, 2022. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/o-cofen>. Acesso em: 25 set. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BRASIL). Autoriza e normatiza, "ad referendum" do Plenário do Cofen, a teleconsulta de enfermagem como forma de combate à pandemia provocada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2). Nº 60, sexta-feira, 27 de março de 2020. **Resolução nº 634, de 26 de março de 2020**, Diário Oficial da União, p. 117, 27 mar. 2020. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Resolu%C3%A7%C3%A3o-Cofen-n%C2%BA-634-2020.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Pandemia derruba quase 30 milhões de procedimentos médicos em ambulatórios do SUS. **CFM**, Brasília, 13 set. 2021. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/pandemia-derruba-quase-30-milhoes-de-procedimentos-medicos-em-ambulatorios-do-sus/>. Acesso em: 22 jul. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Profissionais do SUS já podem contar com suporte psicológico. **CONASS**, Brasília, 1 jun. 2020. Disponível

em: <https://www.conass.org.br/profissionais-do-sus-ja-podem-contar-com-suporte-psicologico/>. Acesso em: 12 set. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. PERFIL DA ENFERMAGEM. **CORENRS**, Porto Alegre, 19 ago. 2022. Institucional, p. 1. Disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/index.php?categoria=institucional&pagina=perfil-enfermagem>. Acesso em: 20 set. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. Estatísticas. **CORENRS**, Porto Alegre, 19 nov. 2022. Serviços, p. 1. Disponível em: https://www.portalcoren-rs.gov.br/site_antigo/index.php?categoria=servicos&pagina=estatisticas. Acesso em: 20 out. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. História. **CORENRS**, Porto Alegre, 19 nov. 2016. Institucional, p. 1. Disponível em: https://www.portalcoren-rs.gov.br/site_antigo/index.php?categoria=institucional&pagina=historia. Acesso em: 20 out. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. Sede / Subseções. **CORENRS**, Porto Alegre, 19 nov. 2016. Institucional, p. 1. Disponível em: https://www.portalcoren-rs.gov.br/site_antigo/index.php?categoria=institucional&pagina=sede-subsecoes. Acesso em: 20 out. 2022.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. MEDICINA INTENSIVA. **CREMESP**, São Paulo, n. 261, 20 jul. 2009. ESPECIALIDADES, p. 16. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1183#:~:text=Segundo%20o%20livro%20>. Acesso em: 30 set. 2022.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 25, ed. e200203, p. 1-9, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/Interface.200203>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/rCWq43y7mydk8Hjq5fZLpXg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 ago. 2022.

D'ASCENZI, Luciano. Cultura e Mudança em Organizações: Uma análise etnográfica e dialógica da reestruturação promovida pelo Método da Roda nos centros de saúde de Campinas/SP. **Unicamp, Dissertação de Mestrado em Antropologia Social**, 2006. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Cultura-e-mudan%C3%A7a-em-organiza%C3%A7%C3%B5es-%3A-uma-analise-e-DAscenzi-Ruben/b668a92a376a7a034502dd1217634ec6ab23ea7e#citing-papers>. Acesso em 12 jul. 2022.

DE AMORIM CASTRO, Francisca Rafaela Pereira et al. Análise dos desafios da gestão assistencial em hospitais de campanha para enfrentamento à pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa de literatura. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 11, n. 7, pág. e36711730189-e36711730189, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/30189>. Acesso em: 24 nov. 2022.

DEJOURS, Christophe. **Travail vivant**: Sexualité et travail. Paris: Payot, 2009. 224 p. ISBN 978-2-228-90468-1.

DEJOURS, Christophe; ABOUCHELI, Elisabeth. Itinéraire théorique en psychopathologie du travail. **Prevenir**: Paris n. 20, p. 127-149, 1990. Disponível em: https://infodoc.irtsnormandie.ids.fr/index.php?lvl=notice_display&id=54362. Acesso em: 10 ago. 2021.

DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, v. 14, n. 54, p. 7-11, 1986. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5785076/mod_resource/content/1/Por%20um%20novo%20conceito%20de%20saude%20DEJOURS.pdf. Acesso em: 29 out.2021.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez, 2004.

DOMINGUEZ, Bruno. Alerta global: novo coronavírus é a sexta emergência em saúde pública de importância internacional declarada pela OMS. **RADIS: Comunicação e Saúde**, n. 210, p. 14-21, mar. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40590>. Acesso em: 18 dez 2022.

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio; GLANZNER, Cecilia Helena; PEREIRA, Leticia Passos. O trabalho em emergência hospitalar: sofrimento e estratégias defensivas dos enfermeiros. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 39, e2017-0255, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0255>. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/183980/001077467.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 out. 2022.

DUVAL, Elizabeth; JAVANBAKHT, Arash; LIBERZON, Israel. Circuitos neurais em transtornos de ansiedade e estresse: uma revisão focada. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, [s. l.], v. 11, p. 115–126, 2015. DOI 10.2147/TCRM.S48528. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4315464/>. Acesso em: 19 abr. 2022.

ESPERIDIÃO, Elizabeth; SAIDEL, Maria Giovana Borges; RODRIGUES, Jeferson Rodrigues. Saúde mental: foco nos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v, 73, p. 1-2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.202073supl01>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Pb9ydVgY43nrP36qNW9wKGh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 nov. 2021.

FARIA, Rivaldo Mauro de. Saúde e Território como Direito no Brasil: Desafios para o Século XXI. In: BORTOLOZZI, Arlêude; OLIVEIRA, Antonio de; MILANO, Camila

Bonelli de (org.). **Cidades e Sustentabilidade**: Por um diálogo interdisciplinar. 1. ed. Maringá: PGE, 2020. cap. 2, p. 37-59. ISBN 978-65-88495-00-1.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de; MACHADO, William Cesar Alves; PORTO, Isaura Setenta. Dama de negro x dama de branco: o cuidado na fronteira vida/morte. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, ed. 2, p. 139-149, 1995. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-207897>. Acesso em: 20 set. 2022.

FILHO, Antônio Euzébio; GUZZO, Raquel Souza Lobo. Desigualdade social e pobreza: contexto de vida e de sobrevivência. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, p. 35-44, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/qbWzFRX4Qds7js3pyqqhkXK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 out. 2022.

FOGAÇA, Monalisa de Cássia *et al.* Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão bibliográfica. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 261-266, Set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 out. 2020.

FOUCAULT, Michel. **Ética, Sexualidade, Política**. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. 322 p. ISBN 978-8521803423.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Boletim* Observatório Covid-19. Boletim Extraordinário de 16 de março de 2021. **FIOCRUZ**: Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: [boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf) (fiocruz.br). Acesso em 19 jul. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Observatório Covid-19: Boletim Extraordinário. **FIOCRUZ**, [s. l.], p. 1-5, 16 mar. 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf. Acesso em: 7 set. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. BRASIL. Observatório Covid-19: Boletim especial: balanço de dois anos da pandemia Covid-19. **FIOCRUZ**, [s. l.], p. 1-29, jan. 2022. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos_2/boletim_covid_2022-balanco_2_anos_pandemia-redb.pdf. Acesso em: 10 dez. 2022

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Vacinação contra a Covid-19 no Brasil completa um ano. **FIOCRUZ**, Rio de Janeiro, 18 jan. 2022. Notícias, p. 1. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/vacinacao-contra-covid-19-no-brasil-completa-um-ano>. Acesso em: 1 ago. 2022.

GALHARDI, C. P *et al.* Fake news e hesitação vacinal no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1849-1858, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.24092021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PBmHtLCpJ7q9TXPwVZ3kGH/>. Acesso em: 02 ago. 2022.

GANDRA, E. C *et al.* Enfermagem brasileira e a pandemia de COVID-19: desigualdades em evidência. **Escola Anna Nery**, v. 25, p. 1-7, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0058>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/ccWCPqt8ffm4fbDFvgb68gL>. Acesso em: 15 set. 2022.

GARNICA, Antonio Vicente Marafioti. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1, p. 109-122, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831997000200008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/CMZhfqQZbFHBdTjg9fFWpkd/?lang=pt>. Acesso em: 10 mai. 2021.

GOMES, Giovana Calcagno; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. O sofrimento psíquico em trabalhadores de uti interferindo no seu modo de viver a enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 93-99, jan. 2006. Disponível em: <https://repositorio.furg.br/handle/1/1541>. Acesso em: 16 mai. 2022.

GRABOIS, Victor. Como reduzir o risco de contágio e morte dos profissionais de saúde. **Agência Fiocruz de Notícias**. Rio de Janeiro, p. 3, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40999>. Acesso em: 15 jul. 2021.

GONDIM, Grácia Maria de Miranda *et al.* O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. *In*: MIRANDA, Ary Carvalho de *et al.*, (org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. cap. 13, p. 237-256. ISBN 978-85-7541-374-6.

HELOANI, J. R.; CAPITÃO, C. G. Saúde mental e psicologia do trabalho. **São Paulo em perspectiva**, v. 17, p. 102-108, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-88392003000200011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/6gQBvK8LC7CM4Bzd5vNLH7H/?format=html>. Acesso em: 30 out. 2021.

HOSPITAL BRUNO BORN. **Linha do Tempo**. Lajeado, 2021. Disponível em: <https://www.hbb.com.br/site/hospital-bruno-born/>. Acesso em: 25 ago. 2022.

HOSPITAL SANTA CRUZ. **Histórico**. Santa Cruz do Sul, 2021. Disponível em: <http://www.hospitalstacruz.com.br/sobre/historico/>. Acesso em 25 de ago. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Panorama do Estado do Rio Grande do Sul. **IBGE Cidades**: Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama>. Acesso em: 25 jul. 2022.

KURZ, ROBERT. A origem destrutiva do capitalismo: Modernidade econômica encontra suas origens no armamentismo militar. **Folha UOL**, São Paulo, 30 mar. 1997. Autores, p. 1. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/mais/fs300303.htm>. Acesso em: 14 jul. 2022.

LAI, Jianbo. *et al.* Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. **JAMA network open**, v. 3, n. 3, p. e203976-e203976, 2020. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976. Disponível em: <http://jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>. Acesso em: 10 jul. 2021.

LEAHY, Robert. **Livre de ansiedade**. Porto Alegre: ARTMED, 2012. 247 p. ISBN 978-85-363-2470-8.

LEMOS, Jureth Couto; LIMA, Samuel do Carmo. A geografia médica e as doenças infecto-parasitárias. **Caminhos de geografia**, v. 3, n. 6, pág. 74-86, 2002. Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3393811/mod_resource/content/2/LEMOS%20e%20LIMA%20Geografia%20medica%20e%20doencas%20infecto.pdf. Acesso em: 12 mai. 2022.

LIMA, Luciana Leite; DASCENZI, Luciano. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de Sociologia e Política**, v. 21, n. 48: 101-110, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v21n48/a06v21n48.pdf>. Acesso em 20 set. 2021.

LIMA, Luciana Leite. A implementação da regulação dos prestadores privados no sistema municipal de saúde: os casos de Belo Horizonte e Porto Alegre. *In*: FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (org.). **Implementação de políticas públicas: teoria e prática**. Minas Gerais: PUC Minas, 2012. p. 154-181. ISBN 8229/85/978.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Epidemiologia & saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde**, Rio de Janeiro, ed. 7, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-756844>. Acesso em 16 nov. 2022.

LUCCHESI, Fátima; MACEDO, Paula Costa Mosca; MARCO, Mario Alfredo De. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 19-30, jun. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 nov. 2022.

MARMELSTEIN, George; MOROZOWSKI, Ana Carolina. Que Vidas Salvar? Escassez de Leitos de UTI, Critérios Objetivos de Triagem e a Pandemia da COVID-19. **Publicum**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 94-117, 2020. DOI <https://doi.org/10.12957/publicum.2020.57573>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/publicum/article/view/57573>. Acesso em: 4 dez. 2021.

MARQUES, Anna Clara Carnáuba. *et al.* Dilemas vividos pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente com COVID-19 na UTI: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 12, p. e417101220296, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i12.20296. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20296/18368>. Acesso em: 04 dez. 2021.

MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; ROA, Alejandra Carrillo. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. **Biblioteca Virtual em Saúde**, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/biblio-942799>. Acesso em: 15 jul. 2022.

MARX, Karl. **O Capital**: Crítica da economia política. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. 856 p. v. 1.

MARX, Karl. Discurso no Aniversário de "The People's Paper". **The People's Paper**, Londres, n. 207, 14 abr. 1856.

MARX, K. **Trabalho assalariado e capital**, 1849.

ADRIANO MASSUDA. *et al.* **Nota técnica, abril de 2020**. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Postos-chave para Gestão do SUS na Resposta a Pandemia COVID-19, São Paulo, n. 6, p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/IEPS-GVSAude-NT6.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 300 p. v. 1.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS**: Saúde Coletiva. 1. ed. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 167 p. v. 4.

MERLO, Alvaro Roberto C; BOTTEGA, Carla G; PEREZ, Karine Vanessa. Atenção ao sofrimento e ao adoecimento psíquico do trabalhador e da trabalhadora: cartilha para profissionais do Sistema Único de Saúde-SUS. Porto Alegre, **Evangraf**, 2014, 28 p. Disponível em: https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/saude_mental_trabalho_cartilha.pdf. Acesso em: 02 dez. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil confirma primeiro caso do novo coronavírus, porém não há motivo para pânico. **Conselho Nacional de Saúde**, [S. l.], 27 fev. 2020. Últimas notícias, p. 1. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1042-brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus-porem-nao-ha-motivo-para-panico>. Acesso em: 2 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Carta aberta do CNS às autoridades do Legislativo e Executivo sobre a incompatibilidade do orçamento do SUS em 2021. **Conselho Nacional de Saúde**, [S. l.], 01 de abril de 2021. Últimas notícias, p. 1. <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1676-carta-aberta-do-cns-as-autoridades-do-legislativo-e-executivo-sobre-a-incompatibilidade-do-orcamento-do-sus-em-2021>. Acesso em: 17 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. "O Brasil Conta Comigo" Profissionais da Saúde. **Governo Federal**, Brasília, 12 abr. 2022. Residências em Saúde, p. 1. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/degts/residencias-em-saude/o-brasil-counta-comigo-profissionais-da-saude>. Acesso em: 15 nov. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. 1. ed. Brasília: **Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde**, 2020. 26 p. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-executiva núcleo técnico da política nacional de humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. 1. ed. Brasília: Editora MS, 2004. 20 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_2004.pdf. Acesso em: 20 jul. 2021.

MOREIRA, Rafael da Silveira. Covid-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. 1-12, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00080020>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/v36n5/1678-4464-csp-36-05-e00080020.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2020.

NERY, Maria Elena da Silva; VANZIN. Arlete Spencer. **Enfermagem no Rio Grande do Sul – 135 anos de história**. Porto Alegre: RM&L, 2000.

NORONHA, Quênia Valeria Micaela de Souza et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. 1-17, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115320>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n6/e00115320/pt/>. Acesso em: 24 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Covid-19: OMS divulga guia com cuidados para saúde mental durante pandemia. **ONUNews**, 18 mar. 2020. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/03/1707792>. Acesso em: 06 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 11 mar. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em: 21 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Mais deve ser feito para proteger força de trabalho da enfermagem à medida que casos de COVID-19 aumentam nas Américas, afirma diretora da OPAS. **OPAS**, 4 mai. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/4-5-2022-mais-deve-ser-feito-para-proteger-forca-trabalho-da-enfermagem-medida-que-casos>. Acesso em: 10 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Histórico da pandemia de Covid-19. **Folha informativa sobre Covid-19**, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>. Acesso em 07 set. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p. ISBN ISBN: 978-85-7541-185-8.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. 2. reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

PAIXÃO, Waleska. **História da enfermagem**. 5. ed. rev. Rio de Janeiro: Julio C. Reis Livraria, 1979.

PEREIRA, A. M. M. Estratégias de enfrentamento da pandemia pela Covid-19 no contexto internacional: reflexões para a ação. Nota Técnica. Observatório Fiocruz-Covid-19. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2020. 32p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42558>. Acesso em: 19 jul. 2022.

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no programa de saúde da família. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun./2006. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia216847>. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16847/>. Acesso em 20 ago. 2022.

PINTO, Élide Graziane. Execução orçamentária do SUS no enfrentamento à pandemia da Covid-19. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, São Paulo, v. 5, 2021. Disponível em: <http://cebes.fw2web.com.br/wp-content/uploads/2021/07/Execucao-orcamentaria-do-SUS-no-enfrentamento-a-pandemia-da-Covid-19-Elida-G-Pinto.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2022.

PITOMBEIRA, Delane Felinto; OLIVEIRA, Lucia Conde de. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, p. 1699-1708, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.33972019>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n5/1699-1708/pt/>. Acesso em: 31 jul. 2022.

PIZZINATO, Adolfo *et al.* **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. 23. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2020. 342 p. ISBN 978-65-87063-01-0. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/livro_saude_mental_covid19_Fiocruz.pdf. Acesso em: 14 nov. 2022.

QUINTANEIRO, Tania; OLIVEIRA, Márcia Gardênia Monteiro; BARBOSA, Maria Lúcia de Oliveira. **Um Toque de Clássicos: Marx, Durkheim, Weber**. 2. ed. [S. l.]: Editora UFMG, 2017. 157 p. ISBN 978-8570413178.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993. 269 p. v. 29. ISBN 8508042906.

RANIERI, L. P.; BARREIRA, C. R. A. A entrevista fenomenológica. **Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos**, v. 4, p. 1-8, 2010. Disponível em: <https://arquivo.sepq.org.br/IV-SIPEQ/Anais/artigos/46.pdf>. Acesso em: 10 ago.

2021.

RIO GRANDE DO SUL. Comitê de Dados | COVID-19. **Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão**: Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://planejamento.rs.gov.br/comite-de-dados>. Acesso em: 30 jul. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto Nº 55.129, de 19 de março de 2020. **Procuradoria Geral do Estado**: Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://www.pge.rs.gov.br/upload/arquivos/202006/01192312-decreto-55129.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Macrorregiões de Saúde. **Secretaria da Saúde**, 2022. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/macrorregioes-de-saude>. Acesso em: 09 out. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. **RS em números**. Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, Porto Alegre, 47 p. 2022. Disponível em: <https://dee.rs.gov.br/upload/arquivos/202207/11113129-rsemnumeros2022-web.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2020-2023**. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/01164321-ma-0001-20-plano-estadual-de-saude-28-05-interativo-b.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2020-2023**. Grupo de Trabalho Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão (Org.). Porto Alegre, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/01164321-ma-0001-20-plano-estadual-de-saude-28-05-interativo-b.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde**. Porto Alegre, 2002. Disponível em: https://www.mprs.mp.br/media/areas/gapp/arquivos/plano_diretor_regionalizacao_saude.pdf. Acesso em: 18 jan. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Regiões de Saúde. **Gestão e Planejamento**. Porto Alegre, 2022. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/regioes-de-saude>. Acesso em: 25 de jul. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão. **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**: Porto Alegre: 2016. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Sistema 3As de Monitoramento. **Palácio Piratini**. Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://sistema3as.rs.gov.br/como-funciona>. Acesso em: 30 jul. 2022.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Comitê Científico de Apoio ao Enfrentamento da Pandemia do Covid-19. **Princípios e Organização**. Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2022. Disponível em:

<https://coronavirus.rs.gov.br/upload/arquivos/202203/24160324-principios-e-organizacao-do-comite-cientifico-mar22.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2022.

RODRIGUES, Nicole Hertzog; SILVA, Luana Gabriela Alves da. Gestão da pandemia coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional/Management of the coronavirus pandemic in a hospital: professional experience report. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i4.18530>. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/18530>. Acesso em: 24 mai. 2022.

SALVADOR, Evilasio da Silva. Disputa do fundo público em tempos de pandemia no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. e39326, 22 dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2020.2.39326>. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/fass/article/view/39326>. Acesso em: 31 jul. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Acesso e cuidados especializados**. 1 ed. Brasília: CONASS, 2021. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2021/03/acesso-cuidados-especializados.pdf>. Acesso em 31 out. 2021.

SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão**. 1. ed. São Paulo: Livraria Nobel SA, 1987.

SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão**. 7. ed. São Paulo: Edusp, 2007.

SANTOS, Milton. O retorno do Território. In: SANTOS, Milton *et al.* (Org.). **Território: Globalização e Fragmentação**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTOS, Milton. *et al.* **Território, territórios**: ensaios sobre o ordenamento territorial. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

SANTOS, P. P. G. V. dos; OLIVEIRA, R. A. D. de; ALBUQUERQUE, M. V. de. Desigualdades da oferta hospitalar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 322-337, 2022. DOI: [10.1590/0103-11042022E122](https://doi.org/10.1590/0103-11042022E122). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cWGSkGP9WTZSznYjf7tPhwc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 dez. 2022.

SCHEFFER, Mário. *et al.* **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4

SCHERER, Zeyne Alves Pires; SCHERER, Edson Arthur; CARVALHO, Ana Maria Pimenta Carvalho. Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2006 março-abril; 14(2):285-91. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/GHK7K9Xn7qbXj6XQ3HzdDbk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2022.

SCHNEIDER, Alessandra *et al.* **Pacto pela Saúde**: possibilidade ou realidade?. Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2007. 48 p. ISBN 978-85-99184-24-0. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_pela_saude_posibilidade_realidade.pdf. Acesso em: 13 ago. 2021.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: CENGAGE, 2013. p. 17. ISBN 978-85-221-1408-5.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Painel Coronavírus RS. Disponível em: <https://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>. Acesso em: 03 jan. 2023.

SALÍCIO, Dalva Magali Benine; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 370-376, 2006. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/7076/5007>. Acesso em: 04 jul. 2022.

SILVA, Andressa Fernanda; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. Alterações mentais em trabalhadores de unidades de terapia intensiva. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 15, n. 3, p. 1-10, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.151483>. Disponível em: [10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.151483](https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.151483). Acesso em: 17 jul. 2021.

DA SILVA, Antonio Geraldo *et al.* Saúde mental: por que ainda é importante em meio a uma pandemia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 42, p. 229-231, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0009>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0009>. Acesso em: 19 jul. 2021.

SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias; GOMIDE JUNIOR, Sinésio. Vínculos do indivíduo com o trabalho e com a organização. *In*: ZANELLI, José Carlos; ANDRADE, Jairo Eduardo Borges; BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt (org.). **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. cap. 8, p. 316-350. ISBN 978-85-8271-085-2.

TEIXEIRA Carmen Fontes de Souza. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3465-3474, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2020.v25n9/3465-3474/>. Acesso em: 12 set. 2021.

HIRATA, HELENA *et al.*, (org.). **Dicionário Crítico do Feminismo**. 1. ed. São Paulo: UNESP, 2009. p. 220.

TEORELL, Töres. COVID-19 e Condições de Trabalho na Saúde. **Psychotherapy and psychosomatics**, [s. l.], p. 193-194, 16 abr. 2020. DOI 10.1159/000507765. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7206352/>. Acesso em: 13 maio 2021.

TRAESEL, Elisete Soares; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. **Psico**, [S. l.], v. 40, n. 1, 2009.

Disponível em:

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/revistapsico/article/view/3594>. Acesso em: 23 abr. 2022.

VEDOVATO, Tatiana Giovanelli. *et al.* Trabalhadores (as) da saúde e a Covid-19: condições de trabalho à deriva?. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 46, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000028520>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbso/a/CHvhLDtkH8WPmSygjHZgzNw/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2021.

VERONESE, Marília Veríssimo; GUARESCHI, Pedrinho. Possibilidades solidárias e emancipatórias do trabalho: campo fértil para a prática da psicologia social crítica. **Psicologia e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 58-69, 2005. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S0102-71822005000200009>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/psoc/a/YLfbMRTfKXk8qtR8VzsZq8S/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 20 mai. 2022.

VILLAR, Hugo. La dirección del hospital: necesidades de formación. *In*: PAGANINI, José María; MIR, Roberto Capote (ed.). **Los sistemas locales de salud: conceptos – métodos – experiencias**. Washington DC: [s. n.], 1990. cap. 3, p. 287-293. ISBN 92-75-31519-1.

WERNECK, Guilherme Loureiro; CARVALHO, Marília Sá. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00068820, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068820>.

Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1036/a-pandemia-de-covid-19-no-brasil-cronica-de-uma-crise-sanitaria-anunciada>. Acesso em: 10 jun. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Painel do Coronavírus. **OMS**, [S. l.], 23 abr. 2023. Página inicial da OMS, p. 1. Disponível em: <https://covid19.who.int/table>.

Acesso em: 26 dez. 2022.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

ROTEIRO

1. Na condição de trabalhador da saúde, como você está se sentindo?
2. Como você pode descrever a atuação do profissional que trabalha nas UTIs , diretamente com pacientes infectados pelo COVID-19?
3. Quais os principais desafios enfrentados por essa classe trabalhista em sua opinião?
4. Você consegue perceber alguma alteração em relação a sua saúde mental desde o início da pandemia, seja dentro ou fora da instituição?
5. A sua trajetória profissional colabora para que você atualmente faça parte da UTI para pacientes COVID?
6. Consegue descrever um pouco das suas vivências profissionais durante o tempo em que passa aqui?
7. Sobre a instituição que você trabalha, qual a sua opinião sobre a importância deste hospital para região?
8. Em relação aos leitos de UTI COVID, a instituição está conseguindo abranger as demandas da população infectada?

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRABALHO E SAÚDE MENTAL: OS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTIS) EM TEMPOS DE PANDEMIA

Prezado(a) senhor(a),

Você está sendo convidado/a para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado Trabalho e saúde mental: os trabalhadores da enfermagem nas unidades de terapia intensiva (UTIs) em tempos de pandemia, que pretende compreender quais são as condições de trabalho dos enfermeiros da UTI Covid-19 em dois hospitais regionais e os efeitos sobre a saúde mental dos mesmos, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado, Área de concentração em Desenvolvimento Regional da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é Aline Inêz Tilvitz, que poderá ser contatado a qualquer tempo através do número (051) 99565-4747 e do e-mail aline_tilvitz@hotmail.com.

Sua participação é possível pois você atende aos critérios de inclusão previstos na pesquisa, os quais são: Ter mais de 18 anos, ser enfermeiro, trabalhar na Unidade de Terapia Intensiva para Covid-19 no hospital escolhido, gozar de boa saúde física e mental. Sua participação consiste em responder verbalmente a algumas perguntas relacionadas ao seu trabalho na Unidade de Terapia Intensiva, ala Covid-19 e sobre sua saúde mental. Esta pesquisa será realizada entre abril e junho de 2022, em sala reservada da própria instituição e terá a duração de trinta minutos para cada entrevistado.

Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como profissional sentir-se desconfortável em responder a alguma pergunta ou sinta medo de ter sua identidade exposta fora da instituição. Os riscos/desconfortos, se ocorrerem, serão minimizados da seguinte forma: Será oferecido um momento de escuta qualificada para minimizar qualquer desconforto. Em nenhum momento serão divulgados nomes dos participantes com intuito de preservar suas identidades. Por outro lado, a sua participação trará benefícios, estará colaborando para que as questões de saúde mental dos trabalhadores de Unidades de Terapia Intensiva ganhem maior visibilidade e importância. Também estará contribuindo para investigação dos hospitais regionais no que se refere ao trabalho prestado em tempos de pandemia.

Para sua participação nessa pesquisa você não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer natureza. Ao final da pesquisa você terá acesso aos resultados através de uma reunião na própria instituição. Nesta, serão destacados os principais pontos importantes obtidos, esclarecendo qualquer dúvida que possam surgir. Também será disponibilizado uma cópia impressa da pesquisa, que deve ficar na instituição e o arquivo em formato digital para aqueles que quiserem guardar uma cópia consigo.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ RG ou CPF _____

declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado/a:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo; ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do seguinte endereço: Av. Independência, 2293, Bloco 13 - Sala 1306; ou pelo telefone (51) 3717-7680; ou pelo e-mail cep@unisc.br

Local:

Data:

Nome e assinatura do voluntário

Nome e assinatura do responsável pela
apresentação desse Termo de
Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO B – Parecer aprovação CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: TRABALHO E SAÚDE MENTAL: O TRABALHADOR DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTIS) EM TEMPOS DE PANDEMIA

Pesquisador: Aline Inez Tilvitz

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 54527921.2.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.306.142

Apresentação do Projeto:

Trata-se da apresentação ementa ao projeto de pesquisa intitulado "TRABALHO E SAÚDE MENTAL: O TRABALHADOR DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTIS) EM TEMPOS DE PANDEMIA" cujo/a pesquisador/a responsável é Aline Inez Tilvitz.

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional - Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Linha de Pesquisa em Estado, Instituições e Democracia, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Orientador: Prof. Dr^a. Silvia Virginia Coutinho Areosa

As informações foram retiradas dos arquivos: Projeto detalhado (Projeto_de_pesquisa.pdf, 12/01/2022) e Informações Básicas do Projeto (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1873206.pdf, 12/01/2022).

Objetivo da Pesquisa:

Envio do Ementa ao projeto de Pesquisa.

Inclusão de local de pesquisa (Hospital Bruno Born - Lajeado)

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Permanecem os mesmos do projeto original e já apresentados no projeto registrado junto ao CEP

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7880 **E-mail:** cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 5.306.142

com o CAAE: 54527921.2.0000.5343

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional - Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Linha de Pesquisa em Estado, Instituições e Democracia, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

Orientador: Prof. Dr^a. Silvia Virginia Coutinho Areosa

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Recomendações:

Vide campo Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ementa aprovada. Projeto em condições de ser executado conforme documentos anexados à Plataforma Brasil e validados pelo CEP-UNISC.

Considerações Finais a critério do CEP:

Emenda aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1913247_E1.pdf	14/03/2022 22:19:59		Aceito
Outros	CARTA_PARA_APRESENTAO_DE_EMENDA.pdf	14/03/2022 22:18:32	Aline Inez Tilvitz	Aceito
Outros	CARTA_DE_ACEITE_HBB.pdf	14/03/2022 22:14:48	Aline Inez Tilvitz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	14/03/2022 22:12:48	Aline Inez Tilvitz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEalteracoes.pdf	14/03/2022 22:12:11	Aline Inez Tilvitz	Aceito
Outros	Carta_para_resposta_pendencia.pdf	12/01/2022 21:41:53	Aline Inez Tilvitz	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	08/12/2021 16:39:58	Aline Inez Tilvitz	Aceito

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306

Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900

UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br



CEP
COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA
DA UNISC

UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 5.306.142

Orçamento	ORCAMENTO_DO_PROJETO.pdf	07/12/2021 20:39:56	Aline Inez Tilvitz	Aceito
-----------	--------------------------	------------------------	--------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 22 de Março de 2022

**Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 13, sala 1306

Bairro: Universitário

CEP: 96.815-900

UF: RS

Município: SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br