



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
DOUTORADO**

DANIELLE LEAL CALDAS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O TRABALHO EM TEMPOS DE
PANDEMIA DE COVID-19: IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DOS
TRABALHADORES DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

JOÃO PESSOA-PB

2024

DANIELLE LEAL CALDAS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O TRABALHO EM TEMPOS DE
PANDEMIA DE COVID-19: IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DOS
TRABALHADORES DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba por Danielle Leal Caldas como requisito parcial para o título de Doutorado em Psicologia Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tatiana de Lucena Torres

JOÃO PESSOA-PB

2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C145r Caldas, Danielle Leal. Representações sociais sobre o trabalho em tempos de pandemia de Covid-19: implicações para a saúde dos trabalhadores do Estado do Rio Grande do Norte / Danielle Leal Caldas. - João Pessoa, 2024.
121 f.: il.

Orientação: Tatiana de Lucena Torres.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA.

1. Representações sociais - Covid-19. 2. Trabalhadores da saúde - Covid-19. 3. Profissionais de saúde.

I. Torres, Tatiana de Lucena. II. Título. UFPB/BC CDU
316.35-057.182:578.834(043)

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O TRABALHO EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19: IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE DOS TRABALHADORES DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba por Danielle Leal Caldas como requisito parcial para o título de Doutorado em Psicologia Social.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente

gov.br

DE LUCENA TORRES

Data: 06/01/2025

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof.^a. Dr.^a. Tatiana de Lucena Torres — Orientadora Universidade Federal da Paraíba

Documento assinado digitalmente

gov.br DENISE
Data:
Verifique em

DE PEREIRA DO REGO
21/12/2024 19:12:41 -0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof.^a. Dr.^a. Denise Pereira do Rêgo — Examinadora externa Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Documento assinado digitalmente

gov.br

JADER LEITE Data: 01/12/2024 15:58:31 -0300

Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Dr. Jader Ferreira Leite — Examinador externo Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Anísio José da Silva Araújo

Prof. Dr. Anísio José da Silva Araújo — Examinador interno Universidade Federal da Paraíba

A todos os trabalhadores da saúde que perderam a vida no exercício de suas funções durante a pandemia de covid-19.

AGRADECIMENTOS

Quando tudo parecia perdido, recebi uma mensagem da amiga Fátima Faria que dizia: “Não desista daquilo que você pede a Deus todas as noites”. Sendo eu uma mulher de fé, segui as instruções. Procurei a professora Tatiana, a quem me recebeu com empatia, acolhimento, generosidade e ética. Ela é uma orientadora maravilhosa e, sem o seu apoio, eu não teria conseguido escrever esta Tese. Agradeço a Deus por todas as suas bênçãos e a cada pessoa que Ele colocou em minha vida para que este ciclo fosse encerrado.

Agradeço a minha mãe Niéle; e a meu filho Leonardo, por todo o suporte emocional e financeiro a mim dispensado. Às amigas Carla Soraia e Kércia Paulino, por todas as vezes que me acolheram, tornando minhas vindas a João Pessoa mais leves, cheias de fraternidade e amizade. Às queridas “IMA’s friends”, por compartilharem comigo a alegria de cada etapa vencida.

Agradeço ainda a todos os professores que fazem o Programa de Pós-graduação em Psicologia Social (PPGPS), em especial, à professora Thaís Máximo, e a todos os colegas que estiveram comigo nesta jornada, com um agradecimento especial a Alexandre Mello. A Denise e Naara, minhas desculpas por todas as vezes que as incomodei com os tantos problemas administrativos.

A todos que me ajudaram a chegar até aqui, o meu muito obrigada!!!

No meio do caminho tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
tinha uma pedra
no meio do caminho tinha uma pedra.

Nunca me esquecerei desse acontecimento
na vida de minhas retinas tão fatigadas
Nunca me esquecerei que no meio do caminho
tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
no meio do caminho tinha uma pedra.
(Carlos Drummond de Andrade, 1967)

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo compreender as representações sociais sobre o trabalho no enfrentamento da pandemia de covid-19 para os trabalhadores da saúde do Rio Grande do Norte e suas implicações à saúde destes trabalhadores. Consiste em dois estudos derivados de um estudo multicêntrico realizado na região Nordeste. O primeiro estudo foi descritivo e transversal, do tipo compreensivo, com amostra por conveniência, e utilizou oito entrevistas individuais em profundidade com roteiro semiestruturado. Os resultados demonstraram que “morte, medo, sofrimento, precarização do trabalho, e adoecimento” são significações presentes nas representações sociais (RS) dos trabalhadores. A representação social do trabalho na pandemia tem ancoragem na categoria de significações relativas à guerra, objetificando os trabalhadores como “soldados” no *front*. Esse aspecto se diferenciou do imaginário ideológico construído pelas mídias que atribuíram aos trabalhadores e trabalhadoras status de heróis e heroínas. O segundo estudo foi descritivo do tipo levantamento de dados, com amostra estratificada proporcional, de abordagem quantitativa, com variáveis categóricas e desenho transversal. Fez uso de um questionário contendo 26 questões, auto aplicado de forma remota ou presencial. Investigou as condições de saúde e segurança no trabalho durante o enfrentamento da pandemia de covid-19. Este estudo contou com a participação de 88 trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Os resultados mostraram que 19,3% dos entrevistados disseram sentir-se adoecidos; 65,6% apresentaram adoecimento mental, insônia ou fadiga; e cerca de 50% se automedicaram durante o período pandêmico; 39,8% afirmaram que o trabalho no enfrentamento da pandemia afetou frequentemente suas relações sociais e familiares; 51% não recebeu qualquer treinamento e dos 49% que foram treinados, 38,6% disseram que o treinamento pouco contribuiu para a sua prática.

Palavras-chave: representações sociais; trabalho; covid-19; profissionais de saúde.

ABSTRACT

This work aims to understand social representations about the work to confronting covid-19 pandemic to professionals of health from Rio Grande do Norte and its implications to the health of workers. It consists of two studies based on a multicenter study realized in Northeast region. The first one is a descriptive and transversal study, in a comprehensive type, with sample by convenience, and it used eight in-depth individual interviews with a semi-structured route. Results showed that “death, fear, suffering, precarious working, and sickness” are significances showed on workers social representations. Social representations of work during pandemic have as base the category of significance related to the war, becoming workers as “soldiers” in the front. This aspect is different from ideological imagery from Media that brings to the workers status of heroes. The second is a descriptive study with data collection, with a proportional stratified sample, in a quantitative approach, with categorical variables and transversal design. It uses a questionnaire with 26 questions, self-applicable in a remote and in-person ways. It investigates health and security conditions of the workers during confronting covid-19 pandemic. This study has the participation of 88 workers from Sistema Único de Saúde. Results showed 19.3% of participants said they feel sickness; 65.7% of workers showed mental sickness, sleeplessness or tiredness; around 50% had self-medication during pandemic time; 39.8% said the work of confront pandemic had often affected their familiar and social relationships; 51% had not any training and to 49% that had training, 38.6% said it brought few contributions to the practice.

Keywords: social representations; work; covid-19; professionals of health.

RESUMEN

Este trabajo tiene el objetivo de comprender las representaciones sociales acerca del trabajo en el combate a la pandemia de covid-19 para los trabajadores de salud de Río Grande del Norte y sus implicaciones a la salud de estos trabajadores. Fueron realizados dos estudios derivados de un estudio multicéntrico realizado en la región noreste. El primer estudio fue descriptivo y transversal, de tipo comprensivo, con muestra por conveniencia y utilizó ocho entrevistas individuales en profundidad con guion semiestructurado. Los resultados demostraron que “muerte, miedo, sufrimiento precarizado del trabajo, y enfermedad” son significantes presentes en las representaciones sociales (RS) de los trabajadores. La representación social del trabajo en la pandemia se ancló en la categoría de significaciones relativa a la guerra, convirtiendo a los trabajadores en “soldados” de un frente. Aspecto que se diferenció del imaginario ideológico construido por los medios que atribuyeron a los trabajadores y trabajadoras estatus de héroes y heroínas. El segundo estudio fue descriptivo de tipo planteamiento de datos, con muestra estratificada proporcional, de planteo cuantitativo, con variables categóricas y diseño transversal, utilizó un cuestionario de 26 cuestiones, autoaplicado en línea o presencial, investigó las condiciones de salud y seguridad en el trabajo durante el enfrentamiento de la pandemia de Covid-19. Participaron de ese segundo estudio 88 trabajadores del Sistema Único de Salud. Los resultados evidenciaron que el 19,3% de los entrevistados dijo sentirse enfermizo. El 65,6% de los trabajadores desarrolló enfermedad mental, insomnio o fatiga y un 50% se automedicó durante el periodo pandémico. El 39,8% del total de entrevistados aseguró que sus relaciones sociales y familiares fueron frecuentemente afectadas por el trabajo de combate a la pandemia. El 51% del total de la muestra no recibió ningún entrenamiento y de los 49% que fueron instruidos, el 38,6% dijo que el entrenamiento poco contribuyó a su práctica.

Palabras clave: representaciones sociales; trabajo; covid-19; profesionales de salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Esferas de pertencimento das representações sociais.....	26
Figura 2 – Nuvem de palavras sobre o trabalho na pandemia.....	32
Figura 3 – Análise de similitude sobre o trabalho na pandemia.....	33
Figura 4 – Descrição metodológica dos estudos da Tese.	41
Figura 5 – Número de vínculos de trabalho	76
Figura 6 – Tipo do vínculo principal	76
Figura 7 – Nível de atenção do vínculo principal.....	77
Figura 8 – Faixa Salarial.....	77
Figura 9 – Jornada de Trabalho Semanal	78
Figura 10 – Sentimento mais latente no cotidiano do trabalho	78
Figura 11 – Recebimento de treinamento.....	79
Figura 12 – Relevância do treinamento	80
Figura 13 – Relativo ao processo de trabalho.....	80
Figura 14 – Quanto ao recebimento de EPIs	81
Figura 15 – Uso dos EPIs	82
Figura 16 – Contato com o Público	82
Figura 17 – Necessidades dos pacientes.....	83
Figura 18 – Vivência de situações de violência	83
Figura 19 – Reconhecimento e satisfação com o trabalho	84
Figura 20 – Relações de amizade e familiares	85
Figura 21 – Sintomatologia apresentada	85
Figura 22 – Tipos de medicamentos utilizados	86
Quadro 1 – Artigos científicos selecionados e analisados na revisão de literatura.	30
Quadro 2 – Perfil dos trabalhadores e trabalhadoras participantes do Estudo 1	46
Quadro 3 – Perfil laboral dos trabalhadores e trabalhadoras participantes do estudo	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Temas sobre o cotidiano de trabalho durante a pandemia de covid-19.....	48
Tabela 2 – Temas sobre a saúde dos trabalhadores durante a pandemia de covid-19.....	50
Tabela 3 – Caracterização da amostra do Estudo 2	75

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

Cerest – Centro de referência à Saúde do Trabalhador

EPIs – Equipamentos de Proteção Individuais

Fiocruz – Fundação Osvaldo Cruz

RS – Representações Sociais

SUS – Sistema Único de Saúde

Talp – Teste de associação livre de palavras

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS – Teoria das Representações Sociais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 SAÚDE EM TEMPO DE PANDEMIA.....	17
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
2.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ASPECTOS HISTÓRICOS, EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS E METODOLÓGICOS	21
2.2 REVISÃO SISTEMÁTICA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO TRABALHO NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	27
2.3 SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DA SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA	35
3 OBJETIVOS	40
3.1 OBJETIVO GERAL.....	40
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
4 MÉTODO	41
4.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO	41
4.2 PARTICIPANTES	41
4.3 LÓCUS DE PESQUISA.....	42
4.4 INSTRUMENTOS/TÉCNICAS DE PESQUISA	42
4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DE COLETA DE DADOS	43
4.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	44
5 RESULTADOS	46
5.1 ESTUDO 1 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O TRABALHO NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 PARA TRABALHADORES DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO NORTE	46
5.1.1 Caracterização dos participantes	46
5.1.2 Análise de Conteúdo Temática-Categorial	47
5.1.2.1 Categoria 1: início do trabalho na pandemia	47
5.1.2.2 Categoria 2: rotina de trabalho na pandemia.....	48
5.1.2.3 Categoria 3: vivências do trabalho na pandemia de covid-19	49
5.1.2.4 Categoria 4: saúde dos trabalhadores e trabalhadoras	49
5.1.3 Análise do discurso	50
5.1.3.1 Sujeito 1	50

5.1.3.2 Sujeito 2	53
5.1.3.3 Sujeito 3	55
5.1.3.4 Sujeito 4	58
5.1.3.5 Sujeito 5	61
5.1.3.6 Sujeito 6	64
5.1.3.7 Sujeito 7	68
5.1.3.8 Sujeito 8	70
5.2 ESTUDO 2 – SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO NORTE: IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19	74
5.2.1 Caracterização sociodemográfica e laboral dos participantes	74
5.2.2 Sentimentos e organização do trabalho	78
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	87
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	100
APÊNDICE A – ESTUDO 1	109
APÊNDICE B – ESTUDO 2	111
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	121

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho busca compreender as representações sociais do trabalho na pandemia de covid-19 entre os profissionais que estavam na linha de frente de cuidado aos pacientes acometidos pela doença no estado do Rio Grande do Norte. Os estudos apresentados nesta Tese de Doutorado fazem parte de uma pesquisa multicêntrica¹ mais ampla, realizada no contexto do Nordeste, denominada “A saúde dos trabalhadores da saúde no contexto da pandemia de covid-19: prevenção e cuidado (UFPB/CNPq)”, coordenado pelas professoras Dra. Thaís Augusta de Oliveira Máximo e Dra. Tatiana de Lucena Torres. O estudo tem o intuito de compreender o modo como as representações sociais (RS) acerca do trabalho no enfrentamento da covid-19 se constituiu entre os profissionais de saúde no Rio Grande do Norte, e como essas RS sustentaram as práticas desses profissionais da saúde, considerando a saúde e segurança no trabalho, em especial, a relação com a saúde mental dos trabalhadores.

Para tanto, a presente Tese de Doutorado se divide em sete seções. A primeira seção é esta introdução, na qual são apresentadas a justificativa do estudo e a Tese propriamente dita. Na segunda seção, será detalhado o seu principal referencial teórico, a saber: a Teoria das Representações Sociais (TRS), seguindo de capítulos com a revisão de literatura sobre a temática do trabalho de enfrentamento da pandemia de covid-19 por profissionais de saúde, inclusive com estudos que se alicerçaram na TRS. Após a fundamentação teórica da Tese, a sequência das seções envolve: os objetivos da Tese (3ª), os aspectos metodológicos e os principais achados da pesquisa realizada (4ª).

Nas sessões de resultados (5ª) e de discussão (6ª), respectivamente, são apresentados dois estudos sequenciais relacionados, sendo o primeiro sobre as representações sociais do trabalho no enfrentamento da covid-19 entre os trabalhadores de saúde do Rio Grande do Norte, cujo objetivo foi caracterizar essas RS. Já o segundo aborda as condições de trabalho na linha de frente da pandemia de covid-19 e seus impactos na saúde do trabalhador. Foram analisadas as percepções dos profissionais sobre as condições de saúde e segurança no trabalho durante o enfrentamento da pandemia de covid-19, além das características laborais e sociodemográficas dos trabalhadores. A discussão envolve o referencial teórico da TRS, utilizando o método de análise do discurso foucaultiana, mas considerando a perspectiva da Saúde do Trabalhador. Por fim, segue uma análise global dos resultados da Tese e as considerações finais (7ª seção).

¹ Pesquisa com amostra de todos os Estados da região Nordeste.

1.1 JUSTIFICATIVA

Em dezembro de 2019, foi deflagrada, na China, a epidemia de covid-19 causada pelo vírus SARS-CoV-2. Em um mundo globalizado com fronteiras cada vez mais estreitas somando-se à alta transmissibilidade do vírus não demorou para que este se espalhasse por todo o planeta gerando uma pandemia e uma crise sanitária global, de modo que, em abril de 2020, já haviam sido notificados mais de dois milhões de casos e mais de 120 mil mortes no mundo (Werneck; Carvalho, 2020).

No Brasil, o contágio começou a ter transmissão comunitária logo após o carnaval de 2020. Os casos foram se multiplicando e lotando as unidades de saúde a ponto de estas não acolherem a demanda e colapsarem. Um país que concentra uma enorme desigualdade social – com grande parte da população vivendo em condições precárias de habitação, em grandes aglomerações e com altas taxas de desemprego –, além de ter tido, à época, grandes baixas no orçamento para as políticas sociais e de ciência e tecnologia, não causou surpresa quando, ao final de 2021, contabilizavam-se mais de 600 mil mortes por covid-19. Com o fim da pandemia, foram aproximadamente 700 mil vidas perdidas no Brasil, sendo o segundo país no mundo em número de mortes.

Pôde-se caracterizar a pandemia em nosso país em três picos de óbitos, que se convencionou chamar de “ondas da pandemia”. Na primeira onda, morreram 162.269 pessoas – sua duração foi de fevereiro a setembro de 2020, com ápice em julho. Na segunda onda, morreram 455.379 pessoas, ela ocupou os 12 meses de 2021, e seu pico se deu em abril. A terceira onda foi de dezembro de 2021 a maio de 2022 e concentrou 46.046 óbitos. O declínio dos números de óbitos coincidiu com o início da vacinação (Moura *et al.*, 2022).

O país estava polarizado politicamente entre o Partido dos Trabalhadores, de esquerda; e o Partido Social Liberal (atual união Brasil), de direita. A eleição presidencial de 2018 elegeu o presidente Jair Bolsonaro, com 51% dos votos, evidenciando essa polarização. Trata-se de um governo de extrema-direita que substituiria o poder após 14 anos de liderança partidária de esquerda. Essa situação política deu, em nosso território, um viés político partidário até mesmo ao tratamento utilizado à covid-19.

Como resultado, o governo federal da época negligenciou a compra de equipamentos e vacinas. Com a ausência de ações assistenciais da esfera federal, estados e municípios tomaram o pioneirismo na organização dos serviços de saúde para prestar assistência adequada aos pacientes. O Estado do Rio Grande do Norte tinha uma governadora do Partido dos Trabalhadores; já a Prefeitura do Natal, um prefeito de direita, que apoiou a eleição do então

presidente Jair Bolsonaro. Essa polarização influenciou a forma de conduzir as políticas assistenciais à covid-19.

Todos os profissionais que trabalhariam na linha de frente nos hospitais do município do Natal foram orientados a fazerem um tratamento “preventivo” com o uso dos remédios à base de ivermectina e cloroquina, sendo estes distribuídos aos trabalhadores da saúde, embora não houvesse eficácia científica comprovada. No entanto, esse era o tratamento defendido pelo governo federal. O Governo do Estado não ofereceu tratamento preventivo e defendeu um discurso mais científico.

Em meio a tantas incertezas e polarização política, enquanto a população era orientada a se fechar em casa em *lockdown*, os trabalhadores da saúde saíam para exercer suas profissões. Diante do cenário que se apresentava, o número de profissionais de saúde não era suficiente para atender a crescente demanda. Todos foram sobrecarregados com novos fluxos, novos procedimentos e, principalmente, tiveram de lidar com o medo da contaminação e da morte. Em pesquisa realizada no primeiro período da pandemia sobre a sobrecarga de trabalho (Medeiros; Carbogim; Santana Almeida; Alves; Palasson, 2023), demonstrou-se que os elementos mais importantes da representação social desses profissionais a respeito da sobrecarga de trabalho era “medo”, “angústia” e “ansiedade”.

Contraditoriamente, esse contexto fez nascer na grande mídia um discurso de heroísmo em relação aos trabalhadores da saúde, “os heróis da pandemia”. O *Jornal Nacional*, veiculado pela rede Globo de televisão, é o programa de maior audiência no país. No período de 12 de maio a 6 de outubro de 2020, apresentou diariamente um quadro com depoimentos de profissionais de saúde de todo o Brasil. Foram 106 depoimentos, sempre reforçando a conotação de heroísmo. Para Jodelet (2001, p. 17), “as representações sociais circulam nos discursos, são trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens midiáticas, cristalizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais”. Nesse caso, a mídia é um meio de comunicação pelo qual as representações sociais são veiculadas. Por isso, é importante compreender qual a influência dela na construção de uma representação social.

São muitas as pesquisas no contexto brasileiro que investigam as representações sociais usando apenas a mídia como campo de pesquisa. Questiona-se, portanto, se a mídia como importante difusora de RS, constrói elementos representacionais de determinado objeto social que corresponderá, de fato, à representação social do grupo social à qual aquela se destina.

O grupo social, por estar implicado no fenômeno construído, sempre desenvolverá RS mais funcionais que sirvam para explicar a realidade e, de fato, sustentar as suas práticas,

justificar as suas ações e proteger o seu grupo. Partindo dessa premissa, pretende-se, nesta tese, analisar qual a Representação Social do Trabalho na linha de frente da pandemia para os profissionais de saúde. É possível que a ação midiática tenha trazido o elemento “herói” para as representações sociais da população em geral, mas não para as dos profissionais de saúde? Defendemos que a prática cotidiana se sobrepõe às informações veiculadas na formação dessas representações, mas a mídia tem papel importante na construção e difusão de RS, o que pode revelar conflitos nas práticas sociais de diferentes grupos e também sofrimento psíquico para os trabalhadores da saúde, que são apontados como heróis quando não se sentem dessa maneira.

As representações sociais e as práticas sociais estão inter-relacionadas. Inclusive, para Guareschi (2000), as RS são práticas sociais. Mas, cada grupo constrói suas RS a partir de construções subjetivas e experienciais. Toda representação social é de alguém, pois não existem representações sociais “desencarnadas” (Jodelet, 2010). Os sujeitos são ativos no processo de construção de RS, e, por isso, utilizam-se delas para explicar e justificar as suas práticas sociais.

Portanto, os trabalhadores da saúde construíram RS acerca de sua atuação no enfrentamento da covid-19, que, em detrimento de perspectivas ideológicas que definiram esses profissionais como heróis, desenvolvendo na sua prática laboral outras representações sociais, de modo a conseguir explicar, justificar e compreender as diferentes realidades de trabalho que estavam vivenciando diante de um momento histórico global, mas a partir do contexto brasileiro, e local (Rio Grande do Norte), enfrentando as adversidades e a insegurança trazidas pelo momento pandêmico. Essas representações estão relacionadas aos processos de adoecimento por eles desenvolvidos. Essa é a tese que sustentamos.

Compreender o modo de formação das RS nos faz avançar no conhecimento sobre a teoria como também nos diz sobre o comportamento humano. As respostas trazidas por esse estudo podem nos dar pistas sobre os impactos da inexistência de uma política pública de assistência aos profissionais de saúde em situações de crise e, assim, nortear a sua construção.

A principal motivação para este estudo é que esta pesquisadora fez parte desse grupo de profissionais que esteve na linha de frente do cuidado aos pacientes acometidos por covid-19. Como psicóloga da equipe psicossocial do Hospital Municipal de Natal, realizávamos atendimentos a trabalhadores, pacientes e familiares. Foram muitos os atendimentos de trabalhadores adoecidos por se sentirem impotentes diante do quadro que se apresentava. Os pacientes não podiam ter acompanhantes em função do isolamento social, e isso demandou ainda mais do corpo técnico da enfermagem.

O Sistema Único de Saúde (SUS), que comumente se encontra sobrecarregado, não comportando de forma suficiente a demanda da população, apresentou-se, naquele momento

histórico de crise sanitária (2020-2022), como a principal fonte de resistência dos trabalhadores e o caminho mais promissor para o enfrentamento da pandemia. A população brasileira foi assolada pela pandemia de covid-19 na gestão de um governo cujo presidente adotou um discurso negacionista, que minimizava a covid-19, denominando-a de “gripezinha”², defendia um tratamento que não era comprovado cientificamente, estimulava a população a não se vacinar, posicionava-se contra o isolamento social e incentivava todos a não seguir as regras de segurança epidemiológica, contrariando até mesmo as instruções dos seus ministros da saúde. Digo no plural porque, durante a pandemia, houve quatro trocas de ministros dessa pasta³.

As providências necessárias para assistir os que iriam adoecer não foram tomadas. No início da pandemia, faltavam insumos, respiradores, equipamentos de proteção individual (EPI) para profissionais. Os hospitais no Rio Grande do Norte (RN) não tinham instalações adequadas para a rotina necessária, como sala de paramentação e desparamentação⁴, e, principalmente, não havia regras claras, um procedimento de trabalho definido pela gestão, que não estava na linha de frente, mas que incorporou e solidificou o discurso midiático e ideológico de que os trabalhadores da saúde eram heróis, ignorando toda a precarização do trabalho na saúde, que já era uma grande problemática no contexto do RN, antes mesmo da pandemia de covid-19.

O presente estudo se justifica pela necessária perspectiva de se olhar o fenômeno do trabalho no enfrentamento da pandemia de covid-19, considerando: 1. as representações sociais desse trabalho a partir da perspectiva dos trabalhadores da saúde; 2. o contexto social e histórico da pandemia de covid-19 no RN; e 3. as consequências dessas práticas sociais na saúde dos trabalhadores da saúde do RN, com atenção para as situações de risco à saúde e insegurança no trabalho.

² Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/bolsonaro-volta-minimizar-pandemia-chama-covid-19-de-gripezinha-1-24319177>. Acesso em: 1 out. 2024.

³ <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/03/15/mandetta-teich-pazuella-e-queiroga-os-4-ministros-da-saude-da-pandemia.htm>. Acesso em: 1 out. 2024.

⁴ Paramentação e desparamentação diz respeito ao momento de utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e de sua retirada (Fiocruz, 2020).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta seção, detalharemos a fundamentação teórica deste estudo, particularmente, no que se refere à Teoria das Representações Sociais (TRS).

2.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ASPECTOS HISTÓRICOS, EPISTEMOLÓGICOS, TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

Ao apresentar a história da psicologia social moderna, Farr (1998) defende que as grandes guerras foram essenciais para o desenvolvimento da Psicologia. A Primeira Guerra Mundial impulsionou o desenvolvimento da Psicometria; e a Segunda, da Psicologia Social. A Psicologia Social americana, de caráter experimental, tinha como precursores os irmãos Allport e se desenvolveu behaviorista e cognitivista. No período entre essas duas grandes guerras, muitos psicólogos da Gestalt deixaram a Alemanha e migraram para os Estados Unidos. Pensadores, como Kurt Lewin, chegaram aos EUA e influenciaram estudos baseados na Gestalt, o que levou a uma perspectiva individualista do comportamento social.

Após a Segunda Guerra, a Psicologia Social, em uma tentativa de compreensão do holocausto, iniciou um período de muitas produções teóricas voltadas para a análise dos comportamentos sociais. Os Estados Unidos seguem sua tradição cognitivista e individualista, mas a Psicologia Social europeia retorna ao cenário científico na década de 1960, resgatando uma tradição sociológica, como era à época de Le Bon (final do séc. XIX); com estudos sobre as relações intergrupais, com Tajfel; e a Teoria das Representações Sociais, com Serge Moscovici (Farr, 1998).

Ao lançar a obra *As Representações Sociais da Psicanálise*, em 1961, Moscovici descreveu como a Teoria psicanalítica sofreu uma apropriação pelo senso comum. O autor explicou que as informações que partem do conhecimento científico adquirem novos sentidos nas conversações cotidianas formando teorias mais consensuais (senso comum) e menos reificadas (ciência).

O termo “representações sociais” refere-se ao conceito em si, denomina a teoria, mas também se relaciona com um conjunto de fenômenos. A TRS mostra que é fácil perceber as representações sociais no cotidiano, já as definir conceitualmente seria muito difícil pelo fato de envolver conceitos sociológicos, antropológicos e psicológicos. As representações sociais seriam, portanto, desde sua origem, fenômenos psicossociológicos, uma vez que não se configuram apenas como fenômeno psíquico ou sociológico, mas nas suas interfaces.

Moscovici (2012) inicia a explanação sobre o conceito de representações sociais a partir da sociologia durkheimiana, respaldando-se nas representações coletivas. Ele entende que, para Durkheim, o pensamento humano se organizava com base nos conceitos sociais, como ideologias, religiões, mitos e a própria ciência. Mas esses conceitos eram hegemônicos e coletivos. Já as representações sociais seriam fenômenos ao mesmo tempo individuais e coletivos, psicossociológicos e estariam na sociedade do momento presente e não em épocas remotas como aquelas.

Ao diferenciar os dois conceitos, Sá (1993) esclarece que, primeiramente, o conceito de Durkheim se referia a formas de conhecimento heterogêneas e amplas; já as representações sociais são formas de conhecimento específicas, com função de orientar comportamentos e a comunicação social. Em segundo lugar, o conceito descrito por Durkheim era estático e não tinha a plasticidade, mobilidade e circulação das representações sociais. Em terceiro lugar, a estrutura das representações coletivas seria absoluta e impossível de ser analisada *a posteriori*; já em relação às representações sociais, é necessário penetrá-las para compreender sua estrutura. Assim, vai-se desenhando um conceito de representações sociais como teorias do senso comum que circulam na comunicação social e que têm o objetivo de orientar o comportamento. Nesse sentido, cada representação tem sua própria estrutura.

A TRS veio devolver na Psicologia Social o sentido de coletividade característico da Psicologia Social europeia. Inovou o conhecimento ao mostrar que objetos sociais relevantes são partilhados pelo discurso na interação social do dia a dia, de modo que, na troca do discurso cotidiano, significações são recriadas e as RS são elaboradas. Uma das definições mais clássicas sobre as RS é a de Jodelet (2001, p. 22), que diz que elas são “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Marková (2017, p. 361) aponta que Moscovici “trouxe à luz a tensão entre: o pensamento científico e profissional, de um lado, e o pensamento quotidiano das pessoas comuns, de outro”. Moscovici (2003) diferencia os dois tipos de pensamento, explanando que o pensamento do senso comum é ilimitado quando está a serviço de “conformar a realidade”, agindo sobre a realidade e fazendo com que o objeto se recrie a partir dessa realidade. Já o pensamento científico se coloca ilimitado para conformar o pensamento, ele é uma reação à realidade: o objeto está posto e o pensamento se cria a partir dele. Ambos têm em comum a tentativa de controlar a realidade.

As representações sociais “convencionalizam os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram” (Moscovici, 2003, p. 34) dando ordem e significado à realidade, deixando o

universo consensual, tornando familiar o que não nos é familiar e se impondo sobre nós com um poder prescritivo advindo de uma estrutura que está presente antes mesmo que iniciemos o pensamento. As RS nos são necessárias porque não suportamos o que é estranho, desconhecido. A realidade apresentada, se não significada, traz uma sensação de incompletude, daí a necessidade de significá-la por uma “reapresentação”. Para preencher o vazio de significação que a presença de um objeto real impõe, o objeto é recriado pela representação e só a partir daí passa a existir para o sujeito sendo uma extensão do seu próprio comportamento (Moscovici, 2012).

Mas nem todo objeto é passível de ser representado socialmente. É necessário que o objeto tenha relevância cultural ou espessura social (Sá, 1998). Moscovici (2012) acrescenta que há condições de emergência para a construção de uma representação social, a saber: a dispersão da informação, a focalização e a pressão à inferência. A dispersão da informação refere-se ao momento em que as informações sobre o novo objeto vão se disseminando. É o momento em que o grupo percebe que há um distanciamento entre as informações presentes e as informações necessárias para a compreensão da realidade que se apresenta. A focalização é um mecanismo no qual o grupo social vai filtrar as informações de modo que estas caibam nos seus sistemas de valores, ideologias, interesses profissionais etc. Essa filtragem irá determinar se essa representação será sólida ou fluída acerca do objeto. A pressão à inferência ocorre no espaço de tempo entre a chegada do objeto e a urgência de um posicionamento do sujeito frente a este.

Para que o sujeito possa se posicionar, faz-se necessário que haja um embasamento “teórico” e é aí que as representações sociais entram em ação, elas estarão presentes nas conversações sociais do cotidiano, seja na fila do pão, seja nas notícias de jornais. Em sua pesquisa inicial, Moscovici demonstrou os modos de comunicação usados pela imprensa francesa para fazer circular informações sobre o novo objeto, naquele caso, a Psicanálise. São elas: difusão, propagação e propaganda. A difusão é um modo de comunicação utilizado pela grande imprensa, não tem uma intenção definida, mas faz circular a informação. A mensagem aparece no texto de forma pulverizada e o emissor não se coloca como fonte de informação, “mas como órgão de transmissão de um conhecimento que é preciso compartilhar” (Moscovici, 2012, p. 286). Assim, ele se coloca na mesma posição do leitor, já que também é receptor do objeto.

A propagação tem por objetivo produzir uma opinião comum ao grupo social e tem um cunho ideológico. Procura criar normas em que o objeto possa ser conciliado com a doutrina

vigente. Na obra de Moscovici (2012), ele exemplifica que os textos católicos procuravam criar pontos de convergência entre o catolicismo e a psicanálise.

A propaganda tem uma função reguladora, colocando-se como mediadora de um objeto e um grupo social. Era o modo de comunicação utilizado pelo jornal do Partido Comunista Francês que rejeitava a Psicanálise. Está condicionada a uma ideologia e tem por objetivo orientar o comportamento do receptor.

Seja por meio da ciência (os universos reificados), seja por meio da imprensa, as comunicações que estabelecemos no dia a dia estão recheadas de objetos novos e permeadas de universo de opiniões. Para Moscovici (2012), cada universo de opinião possui três dimensões: a atitude, a informação e o campo de representação ou imagem. A informação é a dimensão conceitual, refere-se ao conjunto de informações que o grupo social possui e organiza a respeito do objeto social. Cada indivíduo do grupo contribui para uma parcela da informação. O campo de representação refere-se à ideia de imagem que se adéqua ao conteúdo concreto das proposições advindas da informação. A atitude, predisposição para agir, refere-se à orientação global que o indivíduo ou o grupo pressupõe acerca do objeto. As dimensões das representações sociais esclarecem o aspecto da dinâmica social na construção destas.

Além dos processos sociais, as representações também são sustentadas por processos cognitivos individuais. Segundo Moscovici (2012), as representações sociais são formadas por dois processos: a objetivação e a ancoragem. Trata-se de uma face figurativa, marcada por uma imagem e uma face simbólica que é conceitual, sendo duas faces indissociáveis, “como o retro e o verso de uma folha de papel... entendendo com isso que a representação transmite a qualquer figura um sentido e a qualquer sentido uma figura” (Moscovici, 2012, p. 60). Moscovici (2012) explica que a representação social é como uma folha que, de um lado, mostra a imagem; e do outro, o significado. Esse constructo determinará atitudes e comportamentos frente ao objeto representado. Esses processos “domesticam” o objeto que se encontrava distante, desconhecido, estranho, tornando-o conhecido pela associação do novo elemento a significações preexistentes.

A ancoragem é o processo pelo qual inserimos um elemento novo na nossa teia particular de categorias. Na medida em que o objeto é comparado ao paradigma de uma categoria e é lá depositado, adquire características dessa categoria podendo ser reajustado para que nela se enquadre. Na ancoragem, há uma tentativa de encaixar o novo objeto, a nova ideia, em categorias preexistentes que as acomodem por afinidade, familiaridade. “No momento em que determinado objeto ou ideia é comparado ao paradigma de uma categoria, adquire características dessa categoria e é reajustado para que se enquadre nela” (Moscovici, 2003, p. 61). A objetivação é o processo pelo qual o novo objeto adquire materialidade, concretude, uma

imagem. O conceito é traduzido em uma imagem, que, por sua vez, representa a qualidade icônica do conceito (Moscovici, 2003).

Moscovici (2012) traz ainda o conceito de *boulding*, que concebe a imagem como um reflexo interno da realidade externa, uma cópia no pensamento daquilo que está externo, para dizer que, nas representações sociais, não há diferenciação entre exterior e interior. A imagem não é vista como cópia fiel do real, mas, nesse processo, o sujeito se apropria da realidade e se constrói no objeto. A imagem constitui-se como uma espécie de sensação mental, de modo que pessoas e objetos formam uma impressão em nosso cérebro. Essa concretude se dá pela capacidade que a imagem tem de traduzir situações comuns. No entanto, as representações sociais não necessariamente se traduzem em uma imagem, elas podem ser uma combinação de novas imagens que irão formar um núcleo figurativo, um paradigma figurativo a respeito de determinado objeto.

Uma vez que uma sociedade tenha aceitado tal paradigma, ou núcleo figurativo, ela acha fácil falar sobre tudo o que se relacione com esse paradigma e devido a essa facilidade, as palavras que se referem ao paradigma são usadas mais frequentemente. Surgem, então fórmulas e clichês que o sintetizam e imagens, que eram antes distintas, aglomeram-se ao seu redor. Não somente se fala dele, mas ele passa a ser usado, em várias situações sociais, como um meio de compreender outros e a si mesmo, de escolher e decidir (Moscovici, 2003, p. 73).

A imagem, uma vez assimilada, faz com que o que é percebido no real substitua o que é concebido. A imagem não existe sem a realidade. Se não a temos, nas palavras de Moscovici (2003, p. 74), “encontramos uma para ela, seja qual for”. A imagem deixa de ser elemento do pensamento para ser elemento de realidade, então, elas passam a existir como objeto da realidade, “são o que significam” (Moscovici, 2003, p. 74).

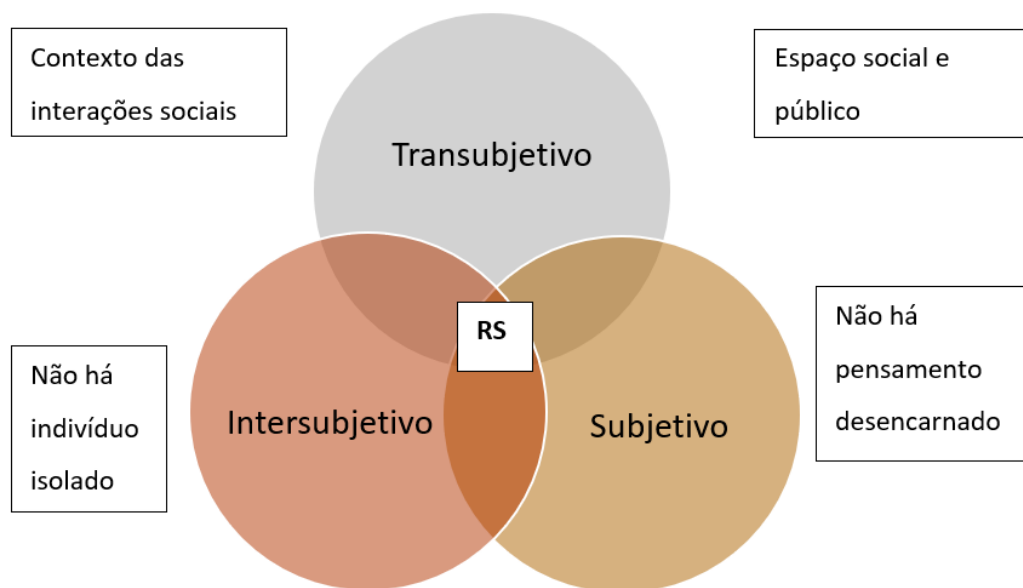
Essa foi a “Grande Teoria” apresentada por Moscovici, mas a ela agregaram-se colaborações que a enriqueceram, como bem disse Sá (1998). Podem-se nomear três correntes descritas como teorias menores das quais podemos destacar: uma corrente mais sociológica, liderada por Willem Doise, em Genebra; outra liderada por Jean-Claude Abric, em Aix-en-Provence, que privilegia os aspectos estruturais da representação; e a mais fiel a Moscovici, liderada por Denise Jodelet, que articula a teoria das representações sociais privilegiando os aspectos simbólicos e culturais das representações.

Para Jodelet (2005), as representações sociais são elaboradas a partir das dimensões simbólicas, afetivas, axiológicas e ideológicas dos seres humanos, de modo que influenciam a elaboração de condutas e se constituem em um processo de ligação entre as práticas sociais e a cognição social. Por sua vez, imprimem um conteúdo ideológico à cognição ao passo que se

constituem em um constructo a partir da interação social com toda a sua variabilidade social e histórica.

Jodelet (2009) propõe um esquema que delimita as representações sociais como que pertencendo a três universos: intersubjetivo, subjetivo e transubjetivo. O espaço subjetivo é o do sujeito em si, os processos de natureza cognitiva e emocional que estão assujeitados a uma experiência de vida, como sua pertença racial ou social. A intersubjetividade refere-se ao contexto da interação do sujeito a outros sujeitos, é o espaço da troca dialógica e das negociações onde se dá a construção do saber do senso comum. A esfera da transubjetividade refere-se ao que se compartilha entre os membros do grupo social, sendo algo comum a todos, que atravessa as duas outras esferas. Corresponde, por exemplo, às relações de poder que há no grupo ou ao sistema de normas e valores. A Figura 1, a seguir, detalha essas esferas de pertencimento.

Figura 1 – Esferas de pertencimento das representações sociais



Fonte: Jodelet (2009).

Usaremos o olhar proposto por Jodelet (2009) para compreender como o cotidiano pandêmico contribuiu para a formação das representações sociais dos trabalhadores de saúde acerca do trabalho que exerciam naquele período.

2.2 REVISÃO SISTEMÁTICA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO TRABALHO NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

No contexto do estudo multicêntrico citado na introdução desta Tese, ao qual esta pesquisa está circunscrita, pareceu válido enfatizar que o Grupo de Pesquisa Subjetividade e Trabalho (GPST) realizou revisões integrativas e sistemáticas sobre a temática acerca do trabalho no enfrentamento da covid-19 por trabalhadores da saúde (Torres *et al.*, 2021; Máximo *et al.*, 2022). Por isso, na intenção de compreender os principais achados e lacunas existentes no estudo da temática, buscou-se atualizar esse levantamento da literatura científica a partir de uma metassíntese qualitativa dos estudos encontrados pelas pesquisadoras do GPST, agregando estudos ainda mais atuais. Além disso, a perspectiva teórica da TRS foi somada à revisão sistemática da literatura, de modo a buscar compreender se o referido arcabouço teórico se situava entre as referências teóricas relacionadas aos estudos científicos encontrados nas revisões.

A revisão integrativa realizada (Torres *et al.*, 2021) utilizou análise documental composta por documentos institucionais provenientes de organizações, instituições de pesquisas e órgãos públicos de saúde, além de artigos científicos disponíveis nas bases de periódicos *Scielo* e *Google Scholar*, publicados em português, no período de março a outubro de 2020 (início da pandemia de covid-19 no Brasil). O material foi analisado por três juízes com base em critérios de inclusão e exclusão, e foi submetido a análises textuais com o auxílio de um software (IRaMuteQ). O *corpus* composto por 12 artigos selecionados e 27 documentos (publicações institucionais) também foi submetido à análise cientométrica, chegando aos seguintes resultados: estudos nacionais com pouca articulação entre áreas, instituições, pesquisadores e localidades. Desses estudos, nenhum artigo empírico foi identificado, apenas estudos teóricos (6), de revisão de literatura (2) e estudos documentais (4), demonstrando o ineditismo da temática sobre aquele momento.

Houve destaque para um dossiê especial intitulado “Covid-19 e saúde do trabalhador”, publicado na *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*⁵, que se apresentou na vanguarda das publicações nacionais. A formação dos autores variou entre medicina, enfermagem e direito e a localização das instituições de vínculo dos autores foi, em sua maioria, da região Sudeste (9).

⁵ Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/49244>. Acesso em: 7 out. 2023.

Os 12 artigos selecionados foram submetidos a análises textuais com utilização da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), com aproveitamento geral de 83,8% do *corpus* na análise. Houve destaque para a classe responsabilidade do Estado e direito dos trabalhadores, que se opôs a outras cinco classes da CHD (saúde mental dos trabalhadores, saúde e segurança no trabalho, infecção de profissionais de saúde, tomada de decisão e resposta à pandemia). Como principais resultados da revisão integrativa, Torres *et al.* (2021) indicam a necessidade de treinamento, em especial, voltado para a segurança no trabalho e a urgente identificação de transtornos mentais entre os trabalhadores da saúde.

A revisão sistemática e a análise cientométrica realizada com base em publicações internacionais (Máximo *et al.*, 2022) objetivou analisar artigos científicos publicados em inglês, em revistas internacionais, entre os meses de março e outubro de 2020, dessa vez, somente no *Google Scholar*, e novamente utilizando análises cientométricas e textuais. Depois da análise de juízes, 21 artigos foram selecionados, e apresentaram o seguinte perfil: estudos empíricos e teóricos (revisões de literatura), com ênfase em estudos do tipo *survey* e experimentais. Como nos estudos em português, não houve destaque para nenhuma autoria, apresentando diversidade de nacionalidades, instituições e grande quantidade de autores, com média de 5 autores por artigo. Os autores eram vinculados a diferentes áreas de saber, por exemplo: medicina, enfermagem, neurociências, psiquiatria, saúde ocupacional, psicologia, economia e engenharia, embora a medicina tenha se destacado. Os resultados dos 21 estudos indicaram: (a) necessidade de intervenções em saúde mental para trabalhadores da saúde que atuavam no enfrentamento da covid-19; (b) aumento de relatos de sofrimento mental, entre estes, de trabalhadores; (c) treinamentos para o uso de Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs); e (d) alto número de infecções e morte por covid-19 entre trabalhadores da saúde.

Os estudos selecionados indicaram a necessidade de considerar o contexto de atuação dos trabalhadores, pois trabalhar em ambulatório é diferente de trabalhar em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), assim como trabalhar em hospital é diferente de atuar em unidades de atendimento comunitárias, enfatizando a importância da avaliação dos riscos ocupacionais (Jain *et al.*, 2021). Os artigos foram unânimes a respeito da necessidade de cuidado com a saúde mental e apoio psicossocial aos trabalhadores da saúde, uma vez que estes estavam sendo submetidos a experiências sequenciadas de estresse pós-traumático (Robertson *et al.*, 2020) e ao que se convencionou chamar de “coronafobia” (Amin, 2020). De forma recorrente, os artigos indicavam a necessidade de acolhimento, prevenção e tratamento de transtornos mentais de trabalhadores da saúde. Um destaque foi para a estimativa, naquele momento da pandemia,

quando ainda não havia vacinação, de que 30% dos trabalhadores se infectaram com a covid-19.

Os profissionais de saúde são um grupo muito estudado no campo da TRS, no entanto, dentre os temas variados estudados acerca da RS para o grupo de profissionais da saúde, destacam-se as doenças (representações sociais do câncer, do HIV/Aids, diabetes, doenças crônicas, entre outras) ou os(as) usuários(as) dos serviços de saúde (pessoas idosas, crianças, pacientes com câncer, mulheres vítimas de violência, entre outros). Surpreendentemente, o fenômeno do trabalho desses profissionais não parece ter sido um tema de interesse nos estudos sobre representações sociais na última década no Brasil.

Na busca por compreender as representações sociais acerca do trabalho no enfrentamento da pandemia de covid-19 entre os trabalhadores da saúde, a revisão sistemática de literatura desta Tese foi norteada pela seguinte pergunta: quais as representações sociais sobre o trabalho no enfrentamento da pandemia entre os trabalhadores da saúde? Para responder a essa questão, buscamos estudos publicados desde 2020, no Brasil. Uma vez que as representações sociais dizem respeito a um grupo social e cultural, procuramos perfis de participantes similares, os quais foram usados na pesquisa da Tese que engloba o presente estudo.

Realizou-se uma pesquisa utilizando as palavras-chave “representações sociais”; “covid-19”; e “trabalho” em algumas das principais bases de dados científicas, quais sejam a *Plataforma Capes*, a *Scielo*, e o *Google Acadêmico*. Escolhemos esses indexadores porque neles se concentram artigos científicos qualificados.

Não estabelecemos critérios de exclusão, como recorte temporal ou área de concentração do periódico científico, uma vez que havia um número pequeno de artigos científicos que se propuseram a discutir a temática das representações sociais do trabalho na pandemia. Ainda assim, consideramos os artigos que não tratavam de representações sociais, mas abordavam o tema do trabalho na pandemia. Vale salientar que, ao longo da busca, nós nos deparamos com alguns Trabalhos de Conclusão de Curso ou dissertações circunscritas nesse tema, todavia, para manter o rigor da seleção, concentramo-nos apenas nos artigos indexados nas já referidas bases. No Quadro 1, a seguir, indicamos os trabalhos que foram discutidos.

Quadro 1 – Artigos científicos selecionados e analisados na revisão de literatura.

Nº	TÍTULO	ANO	PERIÓDICO/REVISTA	ÁREA DO PERIÓDICO
1	GÓIS, A. R. S.; BARBOSA, P. F. C. Representações sociais sobre a enfermagem durante a pandemia da covid-19.	2020	Artigo de Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	Enfermagem
2	COELHO, M. M. F.; VASCONCELOS, V. M.; CABRAL, R. L.; OLIVEIRA, R. M.; ARAÚJO, M. A. M.; GOMES, A. M. T. Análise estrutural das representações sociais sobre covid-19 entre enfermeiros assistenciais.	2021	Texto contexto Enfermagem	Enfermagem
3	SANCHES, L. C.; MOLIANI, M. M.; SANTOS, C. R. S. A.; SCHWYZER, I. Representações Sociais dos profissionais de saúde relativas ao trabalho no período de pandemia da covid-19.	2022	PLURAL, Revista do Programa de Pós -Graduação em Sociologia da USP	Enfermagem
4	CERCILIER, P. M. C.; OLIVEIRA, D. C.; STEFAISK, R. L. M.; DOMINGUES, J. P.; MACHADO, Y. Y. Autoproteção para enfermeiros na covid-19.	2024	Artigo de Pesquisa	Enfermagem

Fonte: autoria própria.

Considerando que o início da pandemia data, no Brasil, no começo de 2020, foi interessante identificar uma publicação sobre o tema ainda nesse mesmo ano. As demais publicações foram datadas entre 2021 e 2024. Ainda é válido pontuar que a área dos periódicos nos quais se encontravam esses textos foi da enfermagem. Acredita-se que isso se deve por ser a enfermagem a categoria que concentra o maior número de profissionais na assistência e por já adotar em suas pesquisas um amplo uso da Teoria das Representações Sociais.

O Artigo 1 não possui amostra de participantes composta por profissionais de saúde, mas a opção de incluí-lo nesta revisão foi por abordar as representações sociais geradas a partir das notícias veiculadas na mídia sobre o trabalho desses profissionais. Publicado em 2020, com o título “Representações sociais sobre a enfermagem durante a pandemia da covid-19” (Góis; Barbosa, 2020), o estudo, de autoria de pesquisadores da Universidade Federal de Pernambuco

(UFPE), foi publicado na *Revista Artigo de Pesquisa*, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e concentra-se na área de enfermagem. O referido estudo objetivou analisar as representações sociais elaboradas nos portais jornalísticos durante a pandemia (Góis; Barbosa, 2020). Consistiu em estudo documental, descritivo-exploratório, fundamentado pela Teoria das Representações Sociais. Foram observados três portais de notícias, os quais tiveram maiores médias de assinatura no período pandêmico. Os autores selecionaram 12 notícias do primeiro portal, 10 do segundo e 16 do terceiro. Optaram por notas que falassem especificamente dos profissionais de enfermagem.

Góis e Barbosa (2020) construíram um *corpus* com 38 textos, sendo estes submetidos à análise textual com auxílio de software (Iramuteq), estabelecendo uma classificação hierárquica descendente, gerando duas *subcorpora*. A primeira separou a classe 1 e a segunda abrangeu as classes 2 e 3. A classe 1 reuniu elementos referentes aos aspectos pessoais e humanos dos profissionais de enfermagem. Os resultados demonstraram que a imprensa coloca a mulher enfermeira em dualidade entre cuidar da sua família e o cuidado com os enfermos de covid-19. Ressaltaram os cuidados que os profissionais precisaram ter para não levar o vírus a suas residências e resgatou a figura das enfermeiras no *front* de guerras (Góis; Barbosa, 2020).

Na segunda *corpora*, a classe 2 trouxe elementos sobre o papel dos enfermeiros nos serviços de saúde e as condições de trabalho desses profissionais. Ficam representados os equipamentos de segurança e a troca de roupa ao chegar e ao sair para evitar contaminações (paramentação e desparamentação). A classe 3 enfatizou a importância do profissional de enfermagem na assistência e elaboração de políticas públicas. O estudo concluiu que os profissionais de enfermagem “são aqueles que cuidam de pessoas, aqueles que precisam de proteção e aqueles que são a maior força de trabalho nos sistemas de saúde” (Góis; Barbosa, 2020, p. 30).

O Artigo 2 data de 2021, intitulado “Análise estrutural das representações sociais sobre covid-19 entre enfermeiros assistenciais” (Coelho *et al.*, 2021). O artigo foi publicado na revista eletrônica *Texto contexto Enfermagem*, e teve autoria de profissionais da Universidade Federal do Ceará (UFC), Unifametro e Uerj. Embora aborde as representações sociais da covid-19 e não o trabalho na pandemia, consideramos que o estudo pode trazer pistas sobre a temática presente nesta Tese.

O artigo objetivou analisar a estrutura das representações sociais sobre a covid-19 entre enfermeiros assistenciais. Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na abordagem estrutural das representações sociais e fez uso da ferramenta *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (Coreq). A amostra foi constituída por conveniência, com 178

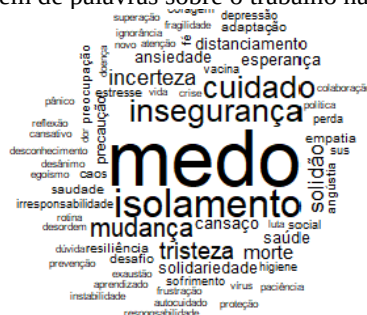
enfermeiros, sendo predominantemente de mulheres que trabalhavam em hospitais ou unidades de pronto atendimento, todas do estado do Ceará. A coleta de dados foi realizada por telefone, com utilização do teste de associação livre de palavras (Talp) (Coelho *et al.*, 2021).

O *corpus* gerado pelas evocações foi tratado com o uso dos softwares EVOC 2000® e Iramuteq® (Coelho *et al.*, 2021). Ficou demonstrado que os elementos do núcleo central das representações sociais de covid-19 entre os profissionais da enfermagem foi “medo” e “isolamento”. O elemento “morte” apareceu na primeira periferia e “tristeza”, “dor” e “insegurança” na segunda periferia. A análise de similitude mostrou “medo” como imagem central, ligando-se a elementos como morte, isolamento, ansiedade. Diante dos resultados apresentados, os autores destacaram os impactos emocionais e psicológicos que a pandemia de covid-19 causou a esses profissionais (Coelho *et al.*, 2021).

O Artigo 3 selecionado foi “Representações sociais dos profissionais de saúde relativas ao trabalho no período de pandemia da covid-19”, realizado por Sanches, Moliani, Santos e Schwyzer (2021), da Universidade Federal do Paraná e da Universidade de Campinas (Unicamp). Esse estudo procurou apreender as representações sociais dos profissionais de saúde sobre seus trabalhos e suas vivências durante o momento pandêmico. Teve como referencial teórico a abordagem estrutural das representações sociais.

Participaram da pesquisa de Sanches, Moliani, Santos e Schwyzer (2021) 197 profissionais de saúde que desempenhavam suas funções no cuidado direto com pacientes acometidos por covid-19. Os dados foram coletados pelo *Google forms* e analisados com a utilização do *software* Iramuteq. Foi utilizada a Técnica de Associação de Palavras (Talp) e uma questão discursiva. A partir da análise textual, os autores do artigo consideraram três palavras centrais, e com elas construíram uma nuvem de palavras e realizaram análise de similitude. A palavra central da nuvem, ou seja, a mais recorrente foi “medo”, seguida de “insegurança”, “isolamento”, “cuidado” e “mudança”, conforme Figura 2, a seguir.

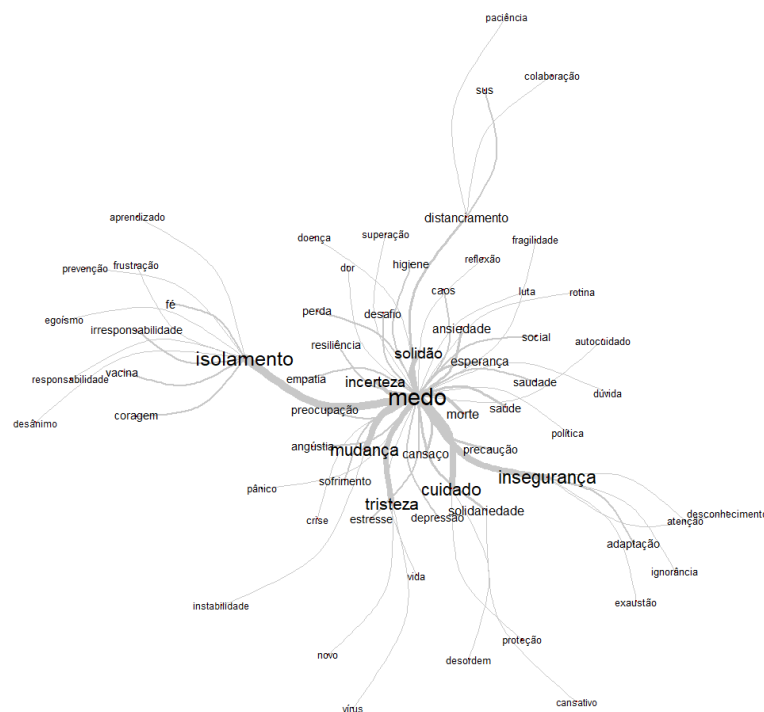
Figura 2 – Nuvem de palavras sobre o trabalho na pandemia



Fonte: Sanches, Moliani, Santos e Schwyzer (2021).

A rede da análise de similitude demonstrou a conexão entre as palavras, as quais se inter-relacionam por terem significados semelhantes. A palavra “medo” também aparece como elemento central, seguida por isolamento e insegurança. O medo, nesse caso, é o de contrair o vírus, ou contaminar um familiar, gerando estresse e mudança de hábitos. A insegurança é relativa à falta de conhecimento a respeito da doença e à inexistência de protocolos que guiassem as condutas. Já o isolamento social dos amigos e da família trouxe sofrimento psíquico aos profissionais. Os autores consideraram os elementos “medo”, “isolamento” e “insegurança” indissociáveis, como apresentado na Figura 3, a seguir.

Figura 3 – Análise de similitude sobre o trabalho na pandemia



Fonte: Sanches, Moliani, Santos e Schwyzer (2021).

Por fim, analisamos o Artigo 4 intitulado “Representações sociais da autoproteção profissional e pessoal para enfermeiros no contexto da covid-19” (Cercilier, Oliveira, Stefaisk, Domingues, Machado, 2024), de autoria de pesquisadores vinculados à Uerj. Esse estudo foi publicado na revista *Artigo de Pesquisa*, da própria universidade. Não trata exatamente do tema trabalho, mas como a autoproteção era necessária no cotidiano durante a pandemia de covid-19, decidimos incluí-lo nesta revisão.

O objetivo dos autores foi analisar as representações sociais da autoproteção profissional e pessoal dos enfermeiros no contexto da covid-19 (Cercilier; Oliveira; Stefaisk; Domingues; Machado, 2024). Consistiu em um estudo descritivo de delineamento

metodológico qualitativo baseado na abordagem processual das representações sociais, que analisa as representações a partir dos discursos, emoções, conteúdo cognitivo, cultura e relações entre os grupos (Jodelet, 2009).

A amostra foi constituída por 30 enfermeiros que atuavam no cuidado a pacientes com covid-19, na cidade do Rio de Janeiro, de forma não probabilística, a partir da técnica de *bola de neve* (quando um participante indica outros participantes). A amostra se caracterizou por ser de maioria feminina com idade entre 35 e 39 anos e com mais de 10 anos de experiência no trabalho de enfermagem. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas via plataforma *Meet*, com agendamento prévio e duração de 20 a 30 minutos. Os dados foram analisados por análise de conteúdo temática categorial (Cercilier; Oliveira; Stefaisk; Domingues; Machado, 2024).

Os autores identificaram quatro categorias temáticas. A categoria 1, “Representações sociais e práticas relativas à covid-19”, foi identificada quando o discurso era do autocuidado durante a atenção ao paciente e gerou a subcategoria “significados da covid-19 para os enfermeiros” e “atuação dos enfermeiros no enfrentamento à covid”. Na primeira subcategoria, a covid-19 é percebida como algo novo, que desperta medo, imprevisível e sem controle, o que demonstra um processo de representações sociais em assimilação de informações e construção de imagem. A segunda subcategoria expressa as mudanças de rotina e dos processos de trabalho impostos pela pandemia.

A categoria 2 diz respeito à autoproteção pessoal e profissional e gerou as subcategorias “Significados da proteção profissional e pessoal”, com práticas adotadas de autoproteção profissional e pessoal. A autoproteção profissional é significada com o uso dos EPIs e higienização das mãos. Essa segunda subcategoria evidencia as ações inseridas na sua rotina na volta para casa, onde novas práticas foram adotadas, como o cuidado com roupas e sapatos advindos do ambiente hospitalar (Cercilier; Oliveira; Stefaisk; Domingues; Machado, 2024).

A categoria 3 foi denominada “Desafios no enfrentamento da covid-19: autoproteção profissional e pessoal” e aborda os desafios enfrentados por esses profissionais. As subcategorias advindas delas foram “Desafios no enfrentamento da pandemia” e “Desafios relativos à autoproteção profissional e pessoal”. Na primeira subcategoria, o principal conteúdo foi o ambiente de incerteza gerado pela falta de conhecimento sobre o vírus. Já a segunda traz as indisponibilidades de EPIs como a principal dificuldade (Cercilier; Oliveira; Stefaisk; Domingues; Machado, 2024).

A categoria 4 refere-se à “Estrutura e fluxo de atendimento e sua relação com a autoproteção profissional”. Nesse item, descreve-se a avaliação dos enfermeiros sobre as estruturas, os fluxos de trabalho e atendimento criados pelas instituições no enfrentamento da covid-19 (Cercilier; Oliveira; Stefaisk; Domingues; Machado, 2024).

Os autores consideraram que as representações sociais acerca do autocuidado se referem à fragilidade dos protocolos de autoproteção associada ao desconhecimento sobre a covid-19 e sobre o SARS-CoV-2. Os participantes do estudo compreenderam autoproteção profissional como vinculada ao uso dos EPIs e autoproteção pessoal vinculada aos cuidados adotados com vestimentas na volta para casa, motivados pelo medo de contaminar os familiares.

O que se observa a partir da revisão desses estudos é que, exceto o primeiro artigo, que foi documental, todos os outros apresentam os elementos medo, isolamento e insegurança como mais presentes na representação social do trabalho na pandemia de covid-19. O primeiro artigo, que abordou veículos midiáticos, pode, de certa forma, confirmar essa tendência representacional quando suscita o profissional de enfermagem como aquele que cuida e necessita de proteção. Além disso, todos os estudos evidenciam o destaque para a imagem da enfermeira como protótipo simbólico dos profissionais de saúde que enfrentaram a pandemia de covid-19.

Em comum, as revisões da literatura (integrativa e sistemática) realizadas pelas pesquisadoras do GPST e esta revisão atualizada, com enfoque na TRS, apresentam o sentimento de medo vivenciado pelos trabalhadores da saúde durante a pandemia de covid-19, assim como as consequências à saúde mental desses trabalhadores. Nesse sentido, a lacuna evidenciada pelos estudos científicos aponta para a necessidade de estudar tanto as representações sociais do trabalho de enfrentamento da pandemia de covid-19 quanto as suas consequências à saúde dos trabalhadores que atuaram na pandemia.

2.3 SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DA SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA

De acordo com a Anistia Internacional, até setembro de 2020, 7.000 profissionais de saúde já haviam morrido de covid-19 em todo o mundo⁶. Mesmo representando em média 3% da população na maioria dos países, eles representaram 14% dos casos de covid-19 notificados

⁶ Disponível em: <https://anistia.org.br/informe/7-000-trabalhadores-de-saude-ja-morreram-de-covid-19-em-todo-o-mundo-aponta-anistia-internacional/>. Acesso em: 6 out. 2024.

à Organização Mundial de Saúde (OMS). Dados da Fiocruz (Machado *et al.*, 2023) demonstram que, até outubro de 2021, já haviam morrido no Brasil 893 médicos, 256 enfermeiros e 617 auxiliares técnicos. As outras classes não foram contabilizadas, mas esses números deixam claro como a morte esteve presente no cotidiano desses profissionais, seja dos pacientes, seja dos próprios colegas de trabalho.

A pandemia de covid-19 causou um grande impacto na vida de todos, mas, especialmente na vida dos trabalhadores de saúde em função do papel essencial que eles desempenharam para a sociedade, no cuidado aos doentes. Exatamente por isso eles tiveram um aumento considerável em suas cargas de trabalho e passaram a ser a categoria mais exposta ao contágio.

Rego e Palácios (2020) discorrem que toda carga de trabalho – seja física, seja cognitiva, seja psíquica, seja moral (no sentido de conflitos éticos) – vai impactar a saúde mental dos trabalhadores. No Brasil, além de lidarem com uma sobrecarga de trabalho abrangendo todas as suas dimensões, os trabalhadores tiveram de enfrentar situações de precarização que envolviam insuficiência de materiais de proteção individuais e equipamentos especiais, como respiradores e ventiladores pulmonares; inadequação de instalações físicas; escassez de insumos e até mesmo, em muitos hospitais, de oxigênio para atender a demanda. Evidentemente que tais fatores relacionados exigiram resiliência psicológica dos profissionais de saúde, mas muitos sucumbiram ao estresse desenvolvendo processos de somatização e adoecimento mental.

Bridgland e colaboradores (2021) referem que, embora a pandemia de covid-19 não se encaixe nos critérios diagnósticos para Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT), pesquisas já demonstram a presença desses sintomas tendo a pandemia como um estressor global que envolveu risco de morte. A pesquisa de Bridgland *et al.* (2021) foi realizada com a população em geral em cinco países (Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Austrália e Nova Zelândia) e 13,2% positivaram para o diagnóstico de TEPT. Não foi encontrado um estudo similar com a população brasileira, mas se for considerado que a pandemia entrou no critério diagnóstico como ameaça à vida, também incluiria a população brasileira, principalmente a classe de trabalhadores de saúde que esteve mais fortemente sob ameaça do contágio.

Importante mencionar que a covid-19 foi considerada doença ocupacional para profissionais de saúde pela legislação brasileira (Nota Técnica SEI nº 56.376/2020/ME), considerando que:

A Covid-19 pode ser reconhecida como doença ocupacional, aplicando-se na espécie o disposto no § 2º do artigo 20 da Lei nº 8.213, de 1991, quando a doença resulta das

condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente. Ela pode ainda constituir acidente de trabalho quando a doença resulta das condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente. Ela pode ainda constituir acidente de trabalho por doença equiparada, na hipótese em que a doença seja proveniente de contaminação acidental do empregado pelo vírus SARS-CoV-2, no exercício de sua atividade, nos termos do inciso III do artigo 21 da Lei nº 8.213, de 1991.

Uma revisão integrativa realizada por Coimbra (2021) sobre Fadiga de Compaixão⁷ em profissionais de saúde durante a pandemia de covid-19 demonstrou que, em todos os artigos analisados, a fadiga de compaixão levou os profissionais a desenvolverem problemas que afetaram a saúde mental, ética e ocupacional.

A crise sanitária instaurada pela pandemia de covid-19 evidenciou o trabalho dos profissionais de saúde de diversas categorias. Assim, o campo da saúde passou a ser valorizado e os trabalhadores que faziam parte desse segmento foram socialmente reconhecidos como heróis, pelo menos na difusão dos grandes aparelhos midiáticos.

Para Miassato (2022), as condições laborais precarizadas potencializaram as ameaças à biossegurança. Dessa forma, os profissionais ultrapassaram os limites dos seus deveres fazendo surgir na mídia um discurso de heroísmo. No entanto, o autor explica que a construção dessa narrativa de “herói” serviu para naturalizar problemas estruturais, econômicos e políticos do contexto, enfraquecendo e dando invisibilidade à categoria profissional.

O que se busca mostrar nesta Tese é que o discurso midiático de heroísmo não foi internalizado pelos trabalhadores, de modo que, em suas condições de humanos, apresentaram suas fragilidades desenvolvendo processos de adoecimentos e se deparando com a inexistência de políticas públicas de cuidado e acolhimento. Assim, defende-se a necessidade de formulação de políticas públicas efetivas que visem a assistir à saúde mental dos trabalhadores da saúde.

A perspectiva de “heroísmo” dos trabalhadores da saúde em nada contribuiu para a mudança da realidade de trabalho desses profissionais que, historicamente, no Brasil, lutam por mais valorização e melhores condições de trabalho (Ferreira, 2020). Pelo contrário, apenas evidenciou diversos problemas estruturais já existentes e mal solucionados.

Estudos realizados a respeito das condições de trabalho de profissionais de saúde que atuaram na pandemia no Brasil identificaram denúncias a respeito de condições inadequadas de trabalho, ausência e precariedade no acesso ao equipamento de proteção individual (EPI), longas jornadas de trabalho, adoecimentos e mortes de companheiros de profissão, dificuldades

⁷ Também denominada Estresse Traumático Secundário ou Traumatização Vicária, é uma condição na saúde mental e ocupacional dos profissionais de saúde caracterizada pela empatia e compaixão na vivência de sofrimento do outro.

de afastamento para tratamento de comorbidades e a necessidade de uma atualização rápida para o cuidado em saúde na nova realidade (Vedovato *et al.*, 2021).

O conceito de Condições de trabalho não é consensual. Para Borges, Falcão, Alves Filho e Cosa (2015), contempla desde o entorno e o conteúdo do trabalho até as circunstâncias de sua realização, compartilhados pelos trabalhadores e atravessados pelas relações de poder, atingindo, conseqüentemente a experiência e a qualidade de vida dos trabalhadores. Essa perspectiva contextual das condições de trabalho será utilizada como base para caracterizar a experiência laboral na pandemia de covid-19.

Durante a pandemia, não havia uma norma reconhecida que direcionasse o agir ou o se comportar diante de um novo vírus e, pelo menos até o início da crise sanitária, o SARS-CoV-2 ainda pouco conhecido. Assim, o constante aprimoramento dos conhecimentos até então produzidos se fez necessário para a manutenção da saúde e segurança dos trabalhadores(as), tendo em vista que, mesmo antes da pandemia, havia exposição a diversos riscos ocupacionais causados por agentes ergonômicos, físicos, químicos, biológicos e psicossociais (Oliveira *et al.*, 2017).

O conhecimento cientificamente embasado sobre as formas de prevenção de contágio durante a realização de atividades de trabalho foi fundamental. Ações de saúde e segurança foram adotadas de forma massiva e ampliadas nas instituições de saúde. A discussão sobre a utilização de Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs) e seu manejo se popularizou e trouxe consigo outras questões implicadas, como os custos desses materiais, sua distribuição efetiva no território brasileiro e seu uso adequado (Harvey, 2020).

No Brasil, o uso dos EPIs é regulamentado pela Norma Regulamentadora (NR) nº 32 dos Ministérios do Trabalho e Previdência Social, que esclarece as funções e os benefícios desses equipamentos para o exercício do trabalho, assim como explicita o uso individualizado e a necessidade de capacitação para a sua utilização. No entanto, as diretrizes de órgãos regulamentadores não são suficientes para garantir boas condições de uso, pois, em pesquisas recentes, profissionais da saúde afirmaram não terem recebido treinamentos e/ou orientações a respeito do seu uso (Martin-Delgado *et al.*, 2020). Além disso, o trabalho em contexto hospitalar é considerado essencialmente coletivo e cooperativo, uma vez que diferentes fatores determinam a variabilidade de situações em uma multiplicidade de locais por profissionais de diferentes áreas, diversos tipos de vínculo e turnos de trabalho (Lancman *et al.*, 2021). Todo esse contexto situa o campo da saúde do trabalhador como central para o enfrentamento dessas problemáticas.

Para a Psicodinâmica do Trabalho, a ação de trabalhar está relacionada inevitavelmente à confrontação com o real que se apresenta a partir de suas resistências à maestria do trabalhador em atividade, levando este a agir diferentemente do que estava prescrito pela organização de trabalho. Já de acordo com a Ergonomia francófona, o trabalho é uma ação coletiva, finalística e organizada, uma vez que implica diferentes atores voltados para um objetivo específico, sendo perpassado por regras e delimitadores próprios (Abrahão; Sznclwar; Silvino; Sarmet; Pinho, 2009).

O trabalho, na perspectiva francófona, apresenta diferentes características, com relações mútuas e recíprocas, compondo um sistema com três dimensões, a saber: condições de trabalho, resultado do trabalho e atividade de trabalho (Guérin; Kerguelen; Laville, 2001). Desse modo, os(as) trabalhadores(as) possuem características individuais que podem ter influência na dinâmica do ambiente de trabalho (dados antropométricos, fisiológicos, culturais, psicológicos, sociais etc.) e na organização da produção e do trabalho, que se refere à divisão das atividades, seus níveis hierárquicos, formas de comunicação, normas de produção, regras e procedimentos, critérios de qualidade e produtividade, organização dos tempos, ritmos e metas (Abrahão; Sznclwar; Silvino; Sarmet; Pinho, 2009).

Embora esta Tese se alicerce teoricamente na TRS, ao se considerar o trabalho na pandemia não apenas um objeto social mas também uma prática social, caminhamos ainda por conceitos da Psicologia do Trabalho, em especial, aqueles que perpassam a saúde do trabalhador. Considerando a perspectiva dinâmica proposta por Jodelet (2009), que parte de um sujeito ativo no processo de construção de RS, sempre de forma subjetiva, intersubjetiva e transobjetiva, pautamos a Tese na necessária caracterização do contexto de trabalho, uma vez que as RS não se constroem em um vácuo social, mas, sim, nas relações interpessoais e interações sociais, que são atravessadas pelo campo ideológico e perpassam as relações de poder. Essas relações também se materializam concretamente nas condições reais de pessoas e grupos, constituindo, explicando e justificando suas práticas sociais.

Diante do exposto, cabe apresentar os objetivos que desenvolvemos para contribuir com essa compreensão do fenômeno do trabalho na pandemia de covid-19 por trabalhadores da saúde do RN.

3 OBJETIVOS

Apresentaremos, a seguir, os objetivos deste estudo.

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as representações sociais do trabalho entre trabalhadores e trabalhadoras da saúde do estado do Rio Grande do Norte envolvidos no enfrentamento da covid-19, considerando as repercussões na saúde desses profissionais.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar o conteúdo e a dinâmica das representações sociais do trabalho no enfrentamento da covid-19 para trabalhadores da saúde.
2. Elencar aproximações e distanciamentos entre as representações sociais do trabalho no enfrentamento da covid-19 para trabalhadores da saúde e para difusão midiática.
3. Discutir a relação entre as representações sociais do trabalho de enfrentamento da covid-19 e processos de saúde-doença de trabalhadores e trabalhadoras.
4. Relacionar as representações sociais do trabalho de enfrentamento da covid-19 com as práticas sociais de trabalhadores e trabalhadoras da saúde, considerando o contexto histórico, social e político do RN.

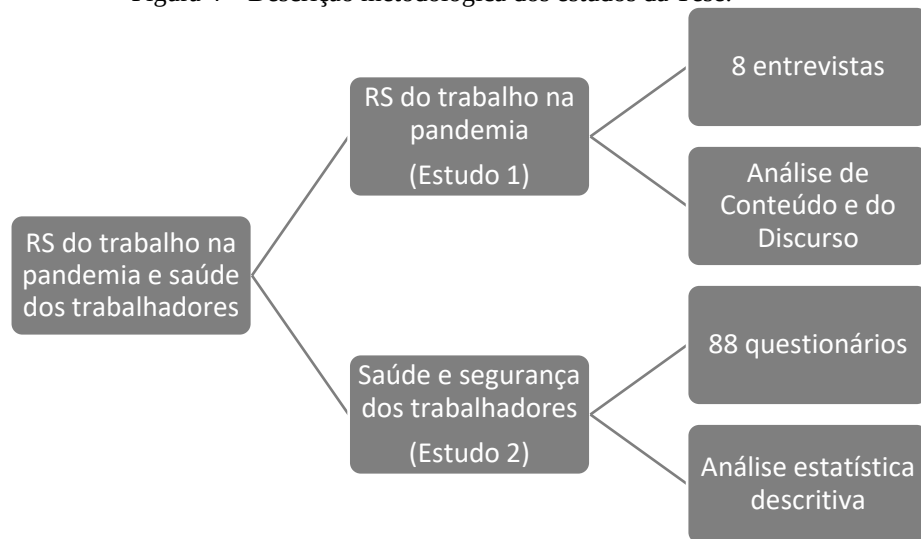
4 MÉTODO

Nesta seção, detalharemos a pesquisa realizada, a partir da apresentação dos participantes da pesquisa, da caracterização do lócus do estudo, da metodologia adotada, entre outros aspectos.

4.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

A presente pesquisa apresenta delineamento transversal, descritivo, multimétodo, de abordagem mista sequencial, realizada com base em dois estudos: o primeiro do tipo compreensivo e qualitativo; e o segundo do tipo levantamento de dados e quantitativo. A Figura 4, a seguir, faz a descrição metodológica desta pesquisa.

Figura 4 – Descrição metodológica dos estudos da Tese.



Fonte: autoria própria.

4.2 PARTICIPANTES

No que diz respeito aos colaboradores desta pesquisa, tanto no Estudo 1 quanto no Estudo 2, os participantes foram compostos por trabalhadores da saúde do estado do Rio Grande do Norte. No Estudo 1⁸, a amostra foi composta por conveniência, com a participação de 8 trabalhadores da saúde da atenção básica e especializada do Sistema Único de Saúde (SUS).

⁸ Ver roteiro da entrevista no Apêndice A.

No Estudo 2⁹, os 88 participantes compuseram uma amostra estratificada proporcional (adotando Erro amostral de 3%, nível de confiança de 95%, distribuição homogênea de 80%, e proporção de 10,5% em relação à população de 10.955 trabalhadores vinculados à Secretaria Estadual de Saúde Pública do RN. No momento do cálculo, a amostra mínima indicada foi de 72 pessoas.

Nomeamos de trabalhadores de saúde todos os que atuaram no contexto da saúde no momento da pandemia de covid-19, não apenas os profissionais de saúde da medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, mas também os do campo psicossocial (psicologia e serviço social), nível técnico (técnicos de enfermagem, radiologia, odontologia, agentes comunitários de saúde, agentes de endemias etc.) e nível de suporte (maqueiros, recepcionistas, agentes de limpeza e hotelaria). Os trabalhadores da saúde participantes da pesquisa atuavam da atenção básica à especializada em saúde, e todos no SUS.

4.3 LÓCUS DE PESQUISA

A pesquisa foi efetivada de forma on-line (questionários) e remota síncrona (entrevistas), no entanto, parte dos questionários foi aplicada presencial e individualmente em um hospital de referência para o atendimento aos casos de covid-19 no RN. As entrevistas foram realizadas entre julho e novembro de 2021 e os questionários entre agosto de 2021 e abril de 2022.

4.4 INSTRUMENTOS/TÉCNICAS DE PESQUISA

As entrevistas do Estudo 1 foram realizadas de modo remoto com duração de 40min a 1h30min, sendo a transcrição utilizada para a construção do *corpus* de análise. O roteiro da entrevista continha questões relativas aos dados sociodemográficos, história, sentido e significado do trabalho, cooperação em equipe, violências vivenciadas no contexto de trabalho, e reconhecimento no trabalho.

O roteiro da entrevista foi amplamente discutido pela equipe de pesquisa, sendo submetido a um pré-teste com duas pessoas com perfis semelhantes ao dos participantes da pesquisa para estimar o tempo previsto para a sua realização, ocasião em que foi analisado o entendimento das questões pelos entrevistados. Embora as entrevistas tenham ocorrido de

⁹ Ver questionário no Apêndice B.

forma remota, via plataforma de videoconferência ou videochamada, a maioria dos trabalhadores entrevistados encontrava-se em seu local de trabalho no momento da entrevista.

O questionário do Estudo 2 foi desenvolvido com o auxílio de uma profissional da estatística, tanto no cálculo amostral quanto na forma categorial como as questões foram elaboradas. O instrumento continha 26 questões de múltipla escolha, as quais abordaram o perfil sociodemográfico, as condições, a organização e as relações de trabalho, o relacionamento com os usuários e a satisfação no trabalho, além dos processos de saúde e adoecimento dos trabalhadores. O questionário foi aplicado por meio de uma plataforma de questionários on-line (*QuestionPro*).

4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DE COLETA DE DADOS

Os participantes do Estudo 1 e do Estudo 2 foram informados sobre os procedimentos éticos adotados e exigidos pela legislação vigente. Os participantes foram informados sobre o caráter confidencial da pesquisa. Uma vez que concordaram em participar, eles foram convidados a assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por meio de uma plataforma digital. No caso das entrevistas, os participantes também realizaram assentimento para a gravação de voz e/ou vídeo. A pesquisa foi submetida ao comitê de ética e pesquisa com seres humanos da Universidade Federal da Paraíba sob o parecer 4.827.082, CAAE 38746420.0.0000.5188 (Anexo A).

Não houve intenção de que os participantes do Estudo 1 e do Estudo 2 fossem os mesmos. Por isso, não houve controle dessa situação nos procedimentos de coleta de dados. As entrevistas foram realizadas a partir de divulgação em redes sociais e pela técnica da bola de neve – quando um participante indica outro participante. No Estudo 2, a amostra de 88 participantes do RN se constituiu no contexto da pesquisa multicêntrica, com a participação de mais de mil trabalhadores e trabalhadoras da saúde do Nordeste.

No RN, os questionários foram aplicados de forma on-line, mas também presencialmente, com aplicação individual e autoaplicada. A aplicação presencial aconteceu durante dois dias no hospital de referência para os atendimentos aos casos de covid-19, e foi realizada pela equipe de pesquisadoras vinculada à pesquisa multicêntrica, com a participação da doutoranda desta Tese.

4.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Para analisar as informações acessadas nas entrevistas, que constituem o *corpus* a ser analisado (Estudo 1), utilizamos a Análise de Conteúdo temática-categorial (Bardin, 2010) e o método arqueológico de Análise do Discurso (Foucault, 2008). O primeiro método de análise pressupõe como objeto de análise a “fala”, ou seja, a prática da língua, considerando a forma e a distribuição dos conteúdos (Bardin, 2010, p. 45). O segundo método prevê o discurso como uma “re-apresentação” do mundo social que se apoia nas relações de poder, muitas vezes disciplinares (Foucault, 2008, p. 122). O objetivo de utilizar as duas análises se baseia na perspectiva de alcançar o conteúdo e as significações das narrativas dos entrevistados, sem desconsiderar as relações de poder e o contexto em que essas “falas” aconteceram.

A análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2010) consiste em um conjunto de técnicas de caráter sistemático e quantitativos que descrevem o conteúdo do texto. Após a transcrição das oito entrevistas, os textos passaram pelas fases de: (a) pré-análise (leitura flutuante da pesquisadora, constituição do *corpus* de análise); (b) exploração do material (codificação e categorização); e (c) tratamento dos resultados (ocorrência e frequência de temas e categorias) (Bardin, 2010). Com o corpus definido, as categorias e os temas foram estabelecidos *a posteriori*, considerando as expressões significativas que organizaram o conteúdo da fala.

A análise do discurso arqueológica (Foucault, 2006) deve-se ao fato de que, para esse autor, o discurso não apenas consiste em uma expressão linguística e uma reunião de falas mas também registra a dimensão da realidade social na qual foi produzido. No discurso, compreende-se o lugar que o sujeito ocupa na teia social e a sua história, e a isso o autor denomina de **formação discursiva**. As frases, as palavras, ou as expressões que se referem a objetos ou a sujeitos e se relacionam entre si constituem a unidade de um discurso, denominando-se **enunciado**. Cada enunciado deve ser compreendido a partir da relação que estabelece com outros componentes presentes na construção do discurso. O conjunto de todos os enunciados que se entrelaçam é denominado de **arquivo**, que irá determinar o que pode ser dito ou não dito.

Para Foucault (2008), as condições de produção do discurso estão relacionadas com as instâncias sociais e históricas de poder do sujeito do discurso em seu específico ambiente. As relações de poder e o lugar de fala do sujeito, em face dos seus interlocutores, é que determinará a força, o grau de verdade e conseqüentemente, a aceitabilidade do discurso.

A exemplo de Passos (2019), fizemos uso livre da proposta foucaultiana do discurso como prática. Utilizamos a técnica de atenção flutuante aprendida na psicanálise e a condução foi a associação de ideias com base no que foi dito ou silenciado. Dessa forma, foram se identificando os enunciados e a formação discursiva deles.

No Estudo 2, os resultados foram analisados com estatística descritiva a partir de variáveis categoriais, utilizando também medidas de tendência central (média, mediana e desvio padrão) para variáveis numéricas. Na seção a seguir, apresentaremos a análise dos dados desta pesquisa.

5 RESULTADOS

Nesta seção, serão detalhados e analisados os dados construídos para o Estudo 1 e o Estudo 2.

5.1 ESTUDO 1 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O TRABALHO NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 PARA TRABALHADORES DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO NORTE

A seguir, procederemos à caracterização dos participantes do Estudo 1 e faremos a análise dos dados.

5.1.1 Caracterização dos participantes

As pessoas entrevistadas se destacaram pelo seguinte perfil: maioria de mulheres, pardas ou negras, com média de 5 (mas com variação de 1 até 20) salários-mínimos. A média de idade foi de aproximadamente 32 anos, com variação de 26 a 41 anos, demonstrando um grupo de adultos jovens e de meia idade. O nível de escolaridade da maioria foi de nível superior, com destaque para três pessoas entrevistadas que tinham nível médio de escolaridade. Entre as pessoas que identificaram seu estado civil, a maioria se declarou casada; três pessoas declararam não ter filhos; cinco declararam ter filhos, com média de aproximadamente um filho. O Quadro 2, a seguir, demonstra as informações dos participantes de forma mais pormenorizada.

Quadro 2 – Perfil dos trabalhadores e trabalhadoras participantes do Estudo 1

<i>P</i>	<i>Gênero</i>	<i>Idade</i>	<i>Cor/raça</i>	<i>Salário mínimo*</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Filho</i>	<i>Escolaridade</i>
1	M	41	Pardo	03	Casado	02	Médio
2	M	27	Pardo	02	Casado	00	Superior
3	F	38	Branca	04	Casada	02	Superior
4	F	26	Branca	02	Solteira	00	Superior
5	F	32	Negra	07	-	01	Superior
6	M	31	Branco	20	Solteiro	00	Superior
7	F	32	Parda	01	Casada	03	Médio
8	F	27	-	01	-	01	Médio

*quantidade de salários-mínimos

Fonte: autoria própria.

No que diz respeito às características laborais das pessoas participantes, observamos o seguinte perfil: metade é de técnicas de enfermagem, três são profissionais de Psicologia e apenas um médico foi entrevistado. No que diz respeito à experiência profissional, a média de tempo de trabalho foi de 4,6 anos; o que corresponde a um grupo com atuação relativamente recente no contexto de trabalho. Sobre a quantidade de vínculos de trabalho, a média foi de 1,3 vínculos empregatícios, e houve destaque para o nível de assistência à saúde de média complexidade, o que corresponderia aos profissionais que trabalham em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), hospitais e outras unidades de atendimento especializado. O Quadro 3 apresenta a descrição das características laborais das pessoas entrevistadas.

Quadro 3 – Perfil laboral dos trabalhadores e trabalhadoras participantes do estudo

P	Profissão	Tempo de trabalho (anos)	Vínculos de trabalho	Nível da assistência à saúde
1	Técnico de enfermagem	07	02	Alta
2	Psicólogo	01	01	Média
3	Psicóloga	12	01	Alta
4	Técnica de enfermagem	01	02	Média
5	Psicóloga	06	01	Média
6	Médico	02	02	Média e Básica
7	Técnica de enfermagem	03	01	Básica
8	Técnica de enfermagem	05	01	Média e Básica

Fonte: autoria própria.

Após a apresentação do perfil das pessoas participantes no estudo, apresentaremos os resultados das análises de conteúdo e do discurso, respectivamente. A análise de conteúdo nos mostrou que os sujeitos citaram quatro categorias temáticas: a primeira referente ao início do trabalho na pandemia, seguindo-se de relatos sobre a rotina e a vivência no trabalho e sobre a saúde do trabalhador.

5.1.2 Análise de Conteúdo Temática-Categorial

A seguir, detalharemos cada uma das categorias citadas pelos entrevistados.

5.1.2.1 Categoria 1: início do trabalho na pandemia

Na primeira categoria, os participantes da pesquisa citaram apenas em que momento iniciaram os seus trabalhos. Como resultado, cinco participantes mencionaram já trabalhar nas

suas instituições e três passaram a trabalhar depois que a pandemia se iniciou. Esse dado merece ser mencionado devido a poder mostrar o perfil menos experiente dos(as) trabalhadores(as) da saúde participantes da pesquisa. Observamos que a maioria ingressa na atenção especializada, muito provavelmente por causa da situação pandêmica, o que nos indica o contato recente com as novas e diferentes formas de trabalho que essa atuação pode solicitar dos trabalhadores da saúde.

5.1.2.2 Categoria 2: rotina de trabalho na pandemia

A segunda categoria aborda temas relativos ao cotidiano do trabalho onde dois participantes relataram que não havia profissionais suficientes para atender os pacientes e o espaço de trabalho era inadequado. Três sujeitos falaram sobre o excesso de pacientes, o grande número de óbitos, insuficiência de insumos e sobre um aspecto positivo que a pandemia trouxe que foi a necessidade de haver inovações no trabalho, como as tele consultas. Cinco citaram problemas com a equipe e sete relataram ausência de treinamento e falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). A Tabela 1, a seguir, apresenta os temas mencionados pelos participantes e a frequência, considerando as ocorrências dos temas por participante.

Tabela 1 – Temas sobre o cotidiano de trabalho durante a pandemia de covid-19

Temas	Número de participantes que mencionaram
excesso de pacientes	03
número elevado de mortes	03
problemas com a equipe	05
poucos profissionais	02
insuficiência de insumos	03
espaço inadequado	02
ausência de treinamento	07
falta de epi	07
inovações	03
falta de apoio da gestão	02

Fonte: autoria própria.

O cotidiano de trabalho no enfrentamento da pandemia, além de apresentar aspectos concretos limitantes do trabalho, trouxe ainda aspectos afetivos e emocionais, retratados na vivência dos trabalhadores.

5.1.2.3 Categoria 3: vivências do trabalho na pandemia de covid-19

A terceira categoria foi relativa às vivências emocionais dos profissionais durante o trabalho de enfrentamento da pandemia de covid-19. Os sujeitos falaram dos seus medos de se contagiar, de contagiar os familiares e a maior parte afirmou que sentiu exaustão no trabalho. O medo do contágio apareceu em praticamente todos os relatos dos participantes, seja de se contagiar seja de contagiar familiares, especialmente as pessoas idosas ou crianças de grupos de risco.

5.1.2.4 Categoria 4: saúde dos trabalhadores e trabalhadoras

A última categoria encontrada foi de temas relativos à saúde dos trabalhadores e trabalhadoras. Seis sujeitos falaram sobre a ausência de políticas públicas que efetivamente assistissem o trabalhador, uma vez que, para muitos deles, houve ausência da política de saúde do trabalhador durante da pandemia de covid-19, seja pelo poder público, seja por políticas institucionais.

Entre as pessoas entrevistadas, três exemplificaram a ausência dessas políticas a partir de seus próprios adoecimentos e adoecimentos dos colegas, sendo os sintomas mais comuns: ansiedade, insônia, compulsão alimentar e ingestão de álcool, transtorno de estresse pós-traumático e pânico. Ao relatarem as estratégias utilizadas para superar a ausência de ações em saúde do trabalhador, sete participantes relataram ter criado estratégias de enfrentamento sendo as mais citadas: o suporte da equipe de trabalho, as séries de TV, a psicoterapia, os laços de amizade e a busca por conhecimento fazendo cursos on-line. Nesse aspecto, cumpre enfatizar o quanto aparentemente as estratégias de enfrentamento dependeram apenas da iniciativa dos trabalhadores, não reverberando em ações coletivas que pudessem visar à prevenção do adoecimento, sobretudo do adoecimento mental dos trabalhadores. A Tabela 2, a seguir, apresenta os temas mencionados pelos participantes e a frequência com que foram referidos.

Tabela 2 – Temas sobre a saúde dos trabalhadores durante a pandemia de covid-19.

Temas	Número de participantes que mencionaram
AUSÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS	06
ADOECIMENTO INDIVIDUAL Ansiedade Isolamento Insônia Alcoolismo Compulsão Alimentar	03
ADOECIMENTO DOS COLEGAS Transtorno de estresse pós-traumático Transtorno de pânico Insônia	03
ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO Suporte da Equipe Séries de TV Psicoterapia Amizades Busca por Conhecimento	07

Fonte: autoria própria.

5.1.3 Análise do discurso

Os resultados da Análise do discurso foram definidos a partir das falas mais significativas das entrevistas, que serão destacadas a seguir. Para situar o leitor, lembramos que elas foram realizadas em meados de 2021, na segunda onda pandêmica. Os discursos foram analisados sujeito a sujeito, porque se considerou o lugar de fala de cada um. Os enunciados foram postos em quadros.

5.1.3.1 Sujeito 1

Homem branco, casado, 41 anos, pai de duas crianças, técnico de enfermagem, trabalha na região metropolitana de Natal. Esse primeiro exerce suas funções em um hospital de urgência e emergência na região metropolitana de Natal. Esse é o seu lugar de fala e sua posição na equipe.

Ele traz em seus enunciados termos como “estresse” causado pela “falta de insumos”, mostrando uma formação discursiva de precarização do trabalho quando menciona o excesso de pacientes; a falta de material, inclusive de oxigênio; “improviso” com o que há para estabelecer o cuidado. O texto a seguir traz um trecho da fala do Sujeito 1.

Então assim, é estressante, a **qualidade** do trabalho; às vezes falta material, aquela coisa que a gente vê na televisão; excesso de pacientes, mortandade muita alta, sem recurso, falta de oxigênio, então assim é uma situação estressante e a gente tenta se manter trabalhando do jeito que pode (grifo nosso).

Esses elementos mencionados pelo Sujeito 1 vão se acomodando em um enunciado de **inimigo, ataque, defesa** que faz emergir (conforme usado na análise de discurso foucaultiana) um **arquivo de guerra**. Ele acrescenta:

Hoje assim eu já tenho um conhecimento técnico de tudo que está acontecendo porque no começo a gente não sabia né que inimigo de onde estava vindo o ataque, como se defender.

Um enunciado que se repete é o da “falta de insumos”, além da “falta de instalações adequadas e profissionais” quando traz a expressão “não tem”. Ao mencionar o que não tinha, o Sujeito 1 expõe a precarização do serviço e do quanto a “qualidade de trabalho” é estressante a ponto de o participante desejar desistir e mudar para outra área profissional. Nesse caso, observamos que o estresse do trabalho está afetando todos os sistemas da vida do sujeito.

[...] não me vejo mais trabalhando em hospital, é tanto é que eu estou na administração e não me vejo se tiver uma boia de escape eu escapo. A situação é a **qualidade de trabalho**, é estressante, você não tem as ferramentas adequadas... você tem as ferramentas **não tem o local**, quando tem o local **não tem** os profissionais, tudo isso é agravado pela questão do vírus, né, e se intensifica no emocional.

Quando **não tem** enfermaria, inclusive eles ficam no corredor, como todo mundo sabe, então tem bastante pacientes no corredor também (grifo nosso).

Outro aspecto importante foi a dificuldade de se adaptar ao uso dos EPI, o que, anteriormente, não era necessário.

[...] dessa situação das máscaras por muito tempo, praticamente a gente tira a máscara vinte minutos para comer, põe ali.

Esse enunciado faz compreender que, na formação discursiva do Sujeito 1, não havia intervalo para descanso. No discurso, também aparece um enunciado de **sofrimento** quando fala que não se vê mais trabalhando em hospitais.

Ademais, podemos observar, com o enunciado a seguir, que os profissionais não tiveram nem material, nem treinamento adequado ofertados pela gestão e isso gerou mais insegurança.

A gente está falando de treinamento zero. Se a gente tivesse tido um também, né? Muito pouco durante esse período. Então, pegar a equipe, tratar com um a um a questão de o EPI completo que seria um avental, um TNT tem a especificações para isso, máscara, gorro, propé, óculos, *face shield* que se demandou no começo, então, isso deveria ter sido feito.

O enunciado a seguir traz a menção sobre o **medo**. Havia bastante **ansiedade** pelo medo do contágio. Assim, o sujeito estava sempre alerta para não se contaminar, o que gerou muita pressão psicológica. As incertezas da pandemia se somaram à ideia de um **inimigo invisível**.

O que houve foi essa questão de se proteger com a proteção máxima para se precaver porque você não sabia quem era o **inimigo** e de **onde ele estava indo**, né? Eu lavava tanto a mão que a mão começava a ressecar e descamar de tanto lavar a mão. Então, não há essa necessidade toda exagerada assim; lavando a mão com água e sabão, saindo com o seu álcool para usar fora de casa (grifo nosso).

Em relação à percepção do entrevistado a respeito do adoecimento mental dos colegas, é dito que há preconceito das pessoas com o adoecimento mental.

Eu acho que o pior de tudo é essa aceitação do profissional em se perceber **adoentado** numa questão **psicológica**... um autopreconceito (grifo nosso).

Tal aspecto começa a evidenciar os impactos que uma visão estereotipada dos trabalhadores – como heróis da pandemia – pode ter reverberado na saúde mental desses profissionais, enaltecendo o estigma de que eles eram máquinas, pessoas que não podiam parar!

Quando indagado se sentia reconhecido como profissional de saúde, aparece um enunciado de envolvimento dos profissionais, mas o não reconhecimento disso, gerando o enunciado de **desvalorização**, ao falar da sua insatisfação.

Acho que o envolvimento do complexo, dos profissionais, no contexto, mas esse reconhecimento realmente a gente **não vê**, esse **reconhecimento** de dentro para com a gente. Isso é também um **motivo de insatisfação** (grifo nosso).

Outro enunciado que aparece reforçando o compromisso do profissional em prestar assistência ao paciente é o de **improviso** diante da insuficiência de insumos e treinamento para a nova demanda.

[...] mas é improviso. Então se falta uma coisa a gente não pode deixar de dar assistência, a gente tem que improvisar dentro daquilo que a gente pode fazer, com o material que a gente tem, mas a gente não pode dizer que a gente não vai cuidar do paciente. Tem que cuidar dele. Então hoje é um desafio, por tudo aquilo que a gente já conversou, né? A questão salarial, a questão de insumos, a questão de profissionais, quantidade de profissionais adequada.

5.1.3.2 Sujeito 2

Homem pardo, 27 anos, casado, psicólogo, trabalha em um hospital de média complexidade e que, até pouco tempo, era apenas “manicômio psiquiátrico”, mas, recentemente, está abrindo enfermarias de clínica médica. Na pandemia, foi o hospital de referência para pacientes com covid-19 advindos do interior do Estado do RN.

Ele inicia a sua fala se referindo ao setor de pacientes acometidos por covid-19 de “covidário”. Esse termo era usado informalmente pelos trabalhadores da saúde na cidade de Natal. Lembrando que as entrevistas foram realizadas na segunda onda da pandemia, quando os hospitais não eram mais exclusivamente designados a pacientes com covid-19.

[...] eu entro lá para o setor que a gente chama de **covidário**, que é onde estão os pacientes (grifo nosso).

Desse modo, o enunciado é de **delimitação de espaço, segregação**. Há, portanto, uma diferenciação entre os trabalhadores: os que atuam com as doenças “normais e comuns” e aqueles que atuam com a “covid-19”.

Outro enunciado presente na fala dele é o da **morte** e do **sofrimento** pela perda. O sujeito em questão é psicólogo, logo, é o profissional designado a acolher o sofrimento da família que perdeu seu ente querido. Nesse caso, ele nos fala do desgaste e da vivência dele de sofrimento ao acolher muitas pessoas que estavam vivendo a dor da perda e do luto.

[...] um dia intenso é um dia que acontece muitos óbitos. [...] a pior parte do trabalho de longe. [...] acho que uma coisa que tem marcado muito assim são as pessoas que recebem a notícia do óbito dos familiares né e querem desesperadamente ver o familiar.

O Sujeito 2 traz na sua formação discursiva a precarização do trabalho e faz uma associação disso com o nível de estresse ao falar de um enunciado sobre a necessidade de se ter mais de um vínculo.

Eu acho que tá um pouco complicado também assim, nível de **estresse**, uma das coisas é a dificuldade de você se manter apenas com um vínculo, isso faz com que você tenha que ter dois ou mais vínculos [de trabalho]. E aí isso com certeza vai elevar o nível de **estresse e ansiedade** que se é submetido (grifo nosso).

A precarização também é evidenciada na **ausência de treinamento**, e faz aparecer um enunciado de abandono ao dizer que os trabalhadores estão sob “sua própria conta e risco”.

No início, a gente teve vários documentos de orientação. Além disso, também alguns cursos rápidos, coisa de um dia, **era por sua conta e risco**, você tinha que procurar, acho que esse foi o principal. E outra coisa também é na **prática**, né?, no dia a dia e **adaptando a prática** (grifo nosso).

Apesar do cenário apresentado, há um enunciado positivo: a construção de novas rotinas de trabalho. No caso da Psicologia, as chamadas de vídeos possibilitaram diminuir a distância entre os pacientes e suas famílias através da visita virtual.

5.1.3.3 Sujeito 3

Mulher, branca, 38 anos, psicóloga, casada, mãe de duas crianças. Trabalha no hospital de urgência e emergência de referência para o oeste potiguar. É um hospital de alta complexidade, sendo o segundo maior do Estado do RN. Os primeiros enunciados que surgem são de **medo**, **adoecimento** dos profissionais e construção de **novas rotinas** de trabalho.

A gente está vivendo de forma quase que comum à **cronologia do medo**. O medo primeiramente **do desconhecido**, o medo de **ser contaminado** e de **morrer**, o medo de **contaminar um ente querido** [...] E aí aquele medo foi se acomodando e a gente enfrentando (grifo nosso).

No início da pandemia, houve uma recomendação do Estado e do Conselho Federal de Psicologia para que os psicólogos não entrassem em contato direto com os pacientes. A atuação on-line foi possibilitada e ainda recomendada (Resolução CFP nº 04/2020). Apenas após a primeira dose da vacina é que os profissionais de Psicologia voltaram a fazer atendimentos nos leitos hospitalares.

O que a entrevistada nos diz é que, inicialmente, houve uma crescente demanda dos profissionais de saúde aos serviços de Psicologia dos hospitais. Os profissionais se encontravam com o nível de **ansiedade** muito alto em função do **medo** de se contaminar ou contaminar um ente querido. Na sua função de psicóloga, o Sujeito 3 precisou criar um serviço de acolhimento aos trabalhadores e mostra o enunciado de **adoecimento** dos colegas.

[...] a gente começou a elaborar um projeto online de **atendimento ao funcionário** [...] vejo que aumentou, nesse contexto de pandemia, queixas muito relacionadas a transtornos ansiosos, no processo de adoecimento da covid, no pós-covid [...] Então trouxeram essas sequelas mais voltadas pros transtornos ansiosos, certo? Muito, muito, muito. Tanto estresse pós-traumático, como também algo muito relacionado a pânico, transtorno do pânico, muito mesmo (grifo nosso).

Observamos, a partir da narrativa da trabalhadora, como, na prática, os campos da Psicologia do Trabalho e da Psicologia Hospitalar se misturaram. Em alguns equipamentos de saúde, a atuação do psicólogo do trabalho não foi considerado essencial. Tal situação de

afastamento desses profissionais (gestão de pessoas, saúde e segurança no trabalho, por exemplo) pode ter gerado conflitos entre profissionais da Psicologia Hospitalar e da Psicologia do Trabalho, pois, estes últimos “não estavam lá!”.

A seguir, aparece a formação discursiva da **precarização do trabalho** ao falar do “espaço inadequado”, da “ausência de treinamento” e da “falta de EPIs”.

Porque realmente aqui a gente trabalha em **condições muito precárias**, a gente não tem uma quantidade digna pra o serviço, ou seja, eu estou sozinha hoje para duzentos leitos, então é muita gente pra dar conta. Então não tem como, senão eu enlouqueço, **se eu quiser dar conta de tudo eu não vou ficar bem**, então eu vou de acordo com o que vão me pedindo (grifo nosso).

As condições precarizadas de trabalho evidenciam a intensidade e a sobrecarga do trabalho durante a pandemia, mesmo para profissionais da Psicologia, que atuaram com a assistência psicossocial de usuários dos serviços de saúde. Como é possível perceber na narrativa da profissional de Psicologia, tais profissionais atenderam não apenas os usuários como ainda os colegas trabalhadores.

A precarização do trabalho também aparece no enunciado, uma vez que os profissionais passaram a atuar na pandemia de forma inadequada, “sem treinamento” e muitas vezes “sem que o Estado fornecesse EPIs”.

Não houve treinamento não, não houve essa preocupação não [...] A gente **tem avaliação de desempenho anual**, eu sempre solicito. **Solicito** um ambiente adequado, **solicito** treinamentos específicos na área, **mas nunca vem não**. Realmente a sensação é de **abandono constante** [...] **quanto aos EPIs**, a gente tem aqui. Atualmente é controlado, mas não tá faltando, teve uma época que faltou. No início não faltou porque teve muitas doações, **a gente recebeu muita doação da sociedade** (grifo nosso).

O sentimento verbalizado pela trabalhadora é de abandono constante, o que parece contraditório, uma vez que as avaliações de desempenho continuaram. Ao que parece, o Estado mantinha as exigências do trabalho por desempenho, sem **atender as solicitações** dos trabalhadores.

O próximo enunciado revela o sentimento de utilidade como motivação para enfrentar o cansaço gerado pelo trabalho.

Mas hoje em dia o que me cansa mais é esse final de dia quando eu vou pra UTI covid atender, porque são **pacientes** que **demandam**, mas são **pacientes** que **nos fortalecem** também, a **cada atendimento eu saio mais fortalecida**, que eu vejo que eu **fui útil**, quando eu vejo que eu consegui fazer com que aquela esposa daquele paciente conseguisse dormir um pouco melhor, quando ela me relata isso, quando ela manda mensagem (grifo nosso).

Percebe-se, assim, o sentimento de trabalhar e ser reconhecido pela sua atividade laboral pelos usuários do seu trabalho. Essa entrevistada também traz um enunciado de **desvalorização** por parte da gestão, embora se sentisse “reconhecida” pelos colegas e pacientes. O **reconhecimento** para a entrevistada revela a **luta** e a **indignação** diante das **condições insalubres de trabalho** durante a pandemia de covid-19.

[...] a gente não tem um **reconhecimento** mesmo, apesar da gente **lutar**, da gente **pedir**. Por exemplo, a gente não tem uma sala digna sabe, pra gente, é uma sala bem insalubre. [...]. Me sinto (reconhecida) pelos pacientes, pelos acompanhantes, pelos colegas, **não me sinto reconhecida pela gestão**. Não há um trabalho, como eu disse a você, participativo (grifo nosso).

A trabalhadora parece contrapor o reconhecimento à falta de dignidade do trabalho, do mesmo jeito que contrapõe a falta de reconhecimento da gestão ao reconhecimento dos pacientes e seus colegas de trabalho. No seu discurso sobre o sentido do trabalho na pandemia, aparece um enunciado de “processo de guerra e de luta”.

Primeiramente é desafiador, é uma mistura de sensações, onde a gente realmente lida com a gente teve que lidar, eu tive que lidar com os meus instintos bem primitivos. No **sentido de defesa**, no sentido de proteção, né? Ali como se eu tivesse num **processo de guerra e de luta** [...] (grifo nosso).

5.1.3.4 Sujeito 4

Mulher branca, 26 anos, solteira, técnica de enfermagem, representante da categoria junto à gestão e junto ao sindicato, é formada em Psicologia. Trabalha em um hospital do Estado de média complexidade e até pouco tempo era apenas manicômio psiquiátrico, recentemente está abrindo enfermarias de clínica médica. Na pandemia, foi o hospital de referência para pacientes com covid-19 advindos do interior do Estado.

Inicia a sua narrativa falando da **luta** com a gestão, tem uma formação discursiva de luta sindical e precarização do trabalho, ao trazer enunciados de questões estruturais, novos fluxos e condições de trabalho.

[...] no início teve muita **luta** com a gestão do hospital porque tinha que **reorganizar fluxos** tinha [...] questões estruturais [...] arquitetônicas, então a gente, **já era precarizado** [...] **o sindicato veio para o hospital**, né?, veio com força mesmo ...em busca de EPI, né?, em busca de **condições de trabalho**...A gente não tinha nem um **repouso digno**. A gente não tinha um **banheiro digno**, ...eram muitas **questões estruturais que já vinham rolando por muitos anos** ... com a pandemia a gente teve que mudar muitas coisas [...]. A própria precarização do trabalho né?, que era tamanha, então, no início, a gente sofreu por isso, né (grifo nosso)?

Novamente, assim como nos enunciados do Sujeito 3, a **precarização do trabalho** na saúde se torna evidente, inclusive como algo que antecede a pandemia de covid-19. O Sujeito 4 traz o discurso sindicalista pelo lugar que ocupa, de líder sindical. Reforça o enunciado anterior quando fala da “luta pelo trabalho digno” e por “treinamento” e ao dizer que “aprendeu no cru” mostra um enunciado de **improvisação**.

[...] então **muita gente que nunca tinha atuado**, começou a atuar aí foi outro problema porque teve gente que nunca tinha trabalhado, de repente você faz um processo seletivo e vai atuar numa UTI [...] a formação continuada foi outra coisa que **a gente brigou** muito [...] precisava compreender questões mais específicas dos cuidados da enfermagem [...] foi outra **briga**, pra gente ter um **curso de pronção** [...] no início foi muito difícil porque muita gente ficou sem essas formações né, aí assim foi **aprendendo no cru**, foi assim bem complicado para quem nunca atuou sabe (grifo nosso)?

Na formação discursiva do Sujeito 4, aparecem as muitas contratações de profissionais inexperientes para suprir um quantitativo mínimo necessário para o funcionamento do serviço, remetendo novamente à precarização do trabalho. A narrativa apresenta a necessidade constante de **brigar**, de **lutar** pelo mínimo: dignidade, salubridade, treinamento.

A precarização também apareceu como **sobrecarga de trabalho** quando o enunciado de “restrição” se refere aos **horários de descanso**. Além disso, havia restrição de roupas e reutilização de máscaras.

[...] tinha **restrição de roupa**, tinha **restrição de horário de descanso**, tinha restrição, deixa eu ver mais, é, **tinha restrição de tudo**, tudo foi restrito era muito difícil a gente conseguir, tinha EPI, tinha mais, muita coisa tinha que ser reutilizada. A N95 a gente reutilizava até hoje (grifo nosso).

No que se refere às questões emocionais, é possível ver enunciado de **medo**, **sofrimento**, **isolamento** e **preconceito** das pessoas para com ela, quando fala que precisou sair de casa e ficar isolada em um hotel para não contaminar nenhum familiar.

[...] o Estado disponibilizou um hotel para que a gente saísse de casa [...]. Aí no finalzinho de junho eu fui, aí fiquei finalzinho de junho, agosto e setembro no hotel. Eu não voltei para casa, eu fiquei em isolamento lá. De vez em quando que eu ia ver mainha, mas, em espaço aberto, entendeu.

Também aparece o enunciado **medo** decorrente da formação discursiva de uma rotina de muitas intercorrências e muitos óbitos.

[...] no início, era muita intercorrência, porque a covid no início os pacientes já chegavam gravíssimos e eram muito idosos né no início. Então assim, era muita intercorrência, muita. **Tinha dia de ter três, quatro paradas, óbito [...]** o estresse psicológico que foi intenso, **o medo de morrer, o medo da família se infectar [...]** estresse, a ansiedade, a ansiedade afeta muito a gente, afeta muito o paciente, afeta muito a equipe, então, a gente tinha paciente de saturar porque estava ansioso com medo de ser entubado e a gente ficava ali sabe tentando administrar também a nossa ansiedade (grifo nosso).

O ineditismo da situação, a falta de experiência de muitos trabalhadores, a falta de condições de trabalho e a precarização do trabalho se somaram à ansiedade dos pacientes. Isso gerou uma situação quase constante de ansiedade para todos.

Ao ser interpelada sobre sentir-se reconhecida, aparece novamente um discurso sindical quando diz que ser vista como herói não é reconhecimento e gostaria que a PL do piso da enfermagem fosse aprovada no congresso – fato que posteriormente veio a se confirmar¹⁰.

[...] assim eu fico pensando qual é o tipo de reconhecimento que eu quero porque **se for um reconhecimento de herói, eu não quero, eu quero um reconhecimento** na prática, por exemplo, eu quero a aprovação **da PL**, que estabeleça nosso **piso**, então eu acho que isso é um reconhecimento efetivo, um reconhecimento que a sociedade pode trazer e pode dar diretamente a todos que trabalham na saúde, que fazem enfermagem, entendeu (grifo nosso)?

Nesse enunciado, fica evidente a distância entre o discurso veiculado nas mídias (heroísmo) e o discurso da trabalhadora (salário), representante da classe de trabalhadoras da Enfermagem, deixando claro que o reconhecimento desejado diz respeito às condições de um trabalho digno, de um salário condizente com a sua carga de trabalho e responsabilidades assumidas. Por fim, quanto ao sentido da pandemia, traz um enunciado de **morte, isolamento e sofrimento**, em uma formação discursiva de vivência de luto. Os sentimentos de solidão e de tristeza estavam presentes no cotidiano de trabalho da entrevistada!

A pandemia para mim **representa a morte**, assim, muita morte [...] eu perdi o meu pai, não para a covid, eu perdi meu pai em 2019, ele morreu de infarto, mas misturou os lutos sabe, foi muito intenso assim esse dia para mim, esse dia da parada de seu Renato [...] e aí **eu não sabia por que eu estava chorando**, se era por seu Renato, se era pelo meu pai, **se era por tudo que eu tava vivendo**, pelo **isolamento, pelo distanciamento da minha família, pelo distanciamento dos meus amigos**, foi, foi muito intenso nesse dia, aí eu cheguei em casa, cheguei em casa não né? na verdade o hotel era nossa casa, né? então eu cheguei e a gente tinha uma varanda de frente para o mar, aí eu cheguei, sentei, fiquei assim, meu Deus do céu. Eu só fazia chorar, chorar, chorei, chorei, eu acho que eu nunca chorei tanto como chorei naquele dia (grifo nosso)!

¹⁰ Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/897828-CAMARA-APROVA-PEC-DO-PISO-SALARIAL-DA-ENFERMAGEM-EM-2%C2%BA-TURNO#:~:text=De%20acordo%20com%20o%20PL,%2C%20R%24%202.375%2C00>. Acesso em: 5 out. 2024.

5.1.3.5 Sujeito 5

Mulher, negra, 32 anos, psicóloga organizacional, mãe de uma criança e pertencente ao grupo de risco por ter asma. A entrevistada trabalha em um hospital universitário federal localizado no interior do Estado sendo referência materno-infantil para as regiões do Trairi e Potengi. Exerce suas funções atendendo os trabalhadores da instituição.

Inicia o discurso com um enunciado de **medo, ansiedade, solidão e isolamento**. Ao falar que se isolou da família, sentiu ansiedade e medo de morrer. Os sentimentos de medo se somaram às experiências de luto, à ansiedade que a situação de trabalho e de isolamento social geravam. Isso demonstra indícios de sofrimento mental intenso dos trabalhadores.

[...] de início o sentimento foi muito de **medo**, acho que o sentimento foi esse. Eu sempre estava **muito ansiosa** e pelo fato de eu ter asma, então eu sempre achava que eu ter a doença, eu ia complicar, ia agravar, [...] medo de pegar doença ou de contagiar alguém, que eu realmente **fiquei só** na cidade. Minha família mora em Natal e eu não ia para lá (grifo nosso).

A especificidade da função de psicólogo levou a profissional a acolher muitas pessoas enlutadas. Há um enunciado de **sofrimento** dela ao acolher o sofrimento das pessoas.

Recentemente teve a **morte de uma mãe**, que teve covid, o bebezinho nasceu, com poucos dias, acho que dois dias que ele nasceu, essa mãe morreu, isso também foi bem tenso, ver o agravamento e a morte. Saber que essa criança ficou sem mãe foi bem pesado. E foi a primeira vez que morreu uma pessoa aqui, então **ir pra dentro da ala covid, pra dar o suporte à equipe que tinha perdido essa paciente**, foi muito forte. Eu acho que é mais isso, justamente essa **escuta, escutar o sofrimento das pessoas**, gente que perdeu mãe, quem perdeu tio, primo, então acho que essa **escuta da dor das pessoas** tem sido bem pesada (grifo nosso).

No enunciado da trabalhadora, novamente transparece a relação próxima entre a Psicologia Hospitalar e a Psicologia do Trabalho, derrubando as fronteiras disciplinares aparentes. Mas, dessa vez, diferentemente da situação trazida pelo Sujeito 3, a psicóloga do trabalho se aproxima dos trabalhadores e efetivamente se coloca na linha de frente para poder apoiar psicologicamente a equipe de trabalhadores da saúde.

O enunciado de **medo** aparece revestido de **desconhecido** e **insegurança** quando fala que, no início, era difícil porque era tudo desconhecido e precisou passar segurança aos profissionais.

[...] nesse início foi mais complicado porque **era tudo muito desconhecido**, né?, então a gente teve um trabalho muito voltado com os profissionais nesse sentido de **buscar passar segurança**, de informação, oferecer treinamento nesses usos de EPI (grifo nosso).

A insegurança dos trabalhadores foi atenuada com informação e treinamento, aspectos que envolvem o campo de saber da Saúde do Trabalhador e Segurança do Trabalho. Além disso, a profissional ofertou suporte para os colegas. Essa já era sua função na instituição, mas não foi ofertado pela gestão um suporte para ela. Precisou buscar por conta própria uma psicoterapia.

[...] eu comecei a fazer terapia no final de outubro, em decorrência disso tudo. Eu tive covid no final de setembro e no final de outubro eu comecei a fazer terapia.

A perspectiva do cuidado de si como algo individual apareceu em várias narrativas elencadas nesta análise. Ao que parece, “estar por conta própria” foi algo presente na prática cotidiana de muitos dos sujeitos entrevistados.

Essa entrevistada também traz o enunciado de “ser útil”, sentir-se ajudando a equipe a passar por esse momento.

[...] já que estou aqui o que eu posso fazer **para ser útil** durante essa pandemia? Então acho que ter conseguido prover informação, esse conhecimento, dar esse suporte de capacitação realmente foi importante (grifo nosso).

O sentimento de utilidade funcionou como a sua motivação para continuar trabalhando. Para ela, a sua utilidade estava vinculada à transmissão de informação e apoio para capacitação. Mesmo sendo um hospital universitário, para o Sujeito 5, o treinamento realizado foi incipiente. Ao que parece, a entrevistada relata que, embora tenham acontecido treinamentos e capacitações, eles não foram considerados suficientes para a demanda atendida.

A gente teve um treinamento... na verdade, uma capacitação de atendimento de psicologia de urgências e emergências que foi pra rede e também esses de EPIs.

A chegada da segunda onda epidemiológica, em 2021, fez emergir um enunciado de **desesperança**. A aposta na vacinação era o que alimentava a esperança dos trabalhadores da saúde. Eles acreditavam que, depois da vacinação, em pouco tempo, a intensidade e a demanda de trabalho diminuiriam, no entanto, o que aconteceu foi um aumento na infecção, inclusive entre trabalhadores da saúde.

[...] chega uma hora que vai decaindo porque é tanta ansiedade, tanta tensão, assim de você [...] chega uma hora que você não vê luz no fim do túnel. Você acha que a luz no fim do túnel é a vacina. Então, chega a vacina, mas **você continua vendo o número de mortes subir** (grifo nosso)!

Por ser profissional de Psicologia, a entrevistada revela como positivo o enunciado das inovações tecnológicas para a rotina de trabalho, indicando, inclusive, que sua atividade profissional, pautada na Psicologia do Trabalho, não acontecia de modo presencial, mas remotamente. Ou seja, embora acompanhasse as situações-limite vivenciadas pelos trabalhadores da saúde, de fato, ela não fez parte do **front da guerra**! Isso foi avaliado pela entrevistada como algo positivo.

[...] o que mais mudou foi essa questão da **inserção dessa parte digital**, porque a gente fazia tudo presencial, reunião era presencial, capacitação, e passou a ser tudo online, então a gente passou a fazer muita gravação de aula pra disponibilizar, youtube, em plataforma online, reuniões por meet, por Teams, então mudou muito (grifo nosso).

Os enunciados que aparecem no discurso geral sobre a pandemia foram de **desafio, medo e superação**.

[...] a palavra é desafio realmente, de **superar o medo** e de não deixar se acomodar com o contexto que está vivenciando (grifo nosso).

5.1.3.6 Sujeito 6

Homem, branco, 31 anos, solteiro, médico em uma Unidade Básica do Programa de Saúde da família (PSF) no interior do Estado e em Natal. Atuou no nível central da Secretaria Municipal de Saúde no início da pandemia. No momento da entrevista, estava apenas na assistência e não mais na gestão.

Inicia o discurso de forma mais técnica e disciplinar, pautado na medicina, apresentando o discurso da **difficuldade de atender a doença**. Nesse caso, aparece um distanciamento do médico em relação ao paciente, na medida em que a preocupação era atender a doença e não o paciente adoecido pelo diagnóstico de covid-19. O enunciado adotado é de **desconhecimento técnico**. Ainda nesse lugar de médico, traz o enunciado de **insegurança exposição ao vírus** pela **insuficiência de EPIs e insumos**, como testes para pacientes e ainda, a ausência de protocolos estabelecidos.

[...] Na assistência **a dificuldade foi atender a própria doença**, a organização do serviço sobre como iria atender, fazer triagem, **o que fazer ou não, insumos, EPIs** que quando tinha para mim, não tinha para o resto da equipe e o atendimento às pessoas, a gente tinha muita **insegurança** de diagnóstico, tinha poucos testes e eram de **difícil acesso**, eu trabalhava numa zona rural bem remota, então essa **dificuldade era ainda mais potencializada** onde tinham pessoas de baixa renda. No início da pandemia, a gente **atendia sem a máscara N-95**, então a gente só usava máscara cirúrgica, então era uma exposição porque eu atendia muita gente sintomática [...] (grifo nosso).

Expressa-se também uma formação discursiva de precarização do trabalho, aspecto que foi compartilhado por outros trabalhadores da saúde. Revela a dificuldade de se estabelecer uma norma na assistência aos pacientes, além da falta de insumos e da “disputa” pelos EPIs, muitas vezes inadequados, além de revelar o quanto a pandemia de covid-19 foi ainda mais dramática para as pessoas em situação socioeconômica mais vulnerável. Ele aponta como a precarização no trabalho da saúde atingiu todos os níveis de atenção e assistência, inclusive a atenção básica em saúde.

Remetendo ao tempo em que esteve na gestão, permanece no discurso técnico ao falar da organização dos serviços, mas também demonstra uma formação discursiva permeada das **tensões políticas** presentes na gestão do SUS no RN à época, revelando os conflitos políticos

em meio ao enfrentamento da pandemia, aspecto que evidenciou uma **política de morte e extermínio** para as pessoas mais vulneráveis, consequência do conflito ideológico que transformou a pandemia em palco de disputas partidárias. Nesse ponto, a fala expressa um sentido de denúncia e de um não dito, porque não revela explicitamente o porquê da decisão de saída da gestão. No entanto, ao mencionar a implementação de políticas não embasadas cientificamente, inferimos o uso de medicações e tratamentos não comprovados pelos estudos científicos.

[...] Na gestão os problemas eram esses também, mas num nível maior, porque a gente teve que pensar em como organizar as equipes em uma grande cidade [...] **pressão de gestores para implementar determinadas políticas que não são cientificamente comprovadas** [...] então eu decidi sair da gestão e fiquei só na assistência. [...]. Não pode dissociar saúde e política, no momento estamos lidando com uma política de morte e extermínio, muita situação de pobreza, atendi muitas pessoas que não tinham o que comer naquele dia e isso é muito angustiante (grifo nosso).

Ainda nesse lugar de médico, o entrevistado sentiu-se responsável pela equipe e, **na ausência de treinamentos oferecidos pela gestão**, buscou capacitar-se e capacitar a sua equipe. De um lado, isso evidencia a centralidade do médico na equipe; de outro, a responsabilização desse profissional pelo treinamento de sua equipe, quando esta seria uma responsabilidade dos setores de gestão em saúde. Novamente, a precarização do trabalho se apresenta nas narrativas. Além disso, a fala do médico também transpõe indícios de um coletivo de trabalho que pensava e agia sobre o seu trabalho.

Os treinamentos que teve quem deu fui eu. Como eu era professor, na época eu já estava fazendo a seleção, eu **me capacitei externamente**, não foi algo ofertado pela gestão. **Para equipe fui eu que treinei**, teve momentos de discussão sobre a utilização de EPI, como se devesse atender ou não [...] (grifo nosso).

Diante da precariedade do serviço de saúde, aparece o enunciado de **angústia, desespero** em ver pacientes desassistidos, sendo preciso **improvisar** estratégias de atendimento. A fala do médico evidencia o sentimento de impotência diante de **saber o que tem de ser feito, mas não ter como fazer**.

É uma **situação angustiante** porque é **desesperador**, **você sabe o que tem que ser feito, mas não tem como fazer ou prestar a assistência adequada**. Na unidade eu tinha dois oxímetros, cheguei a emprestar para os pacientes irem me falando como estavam as suas saturações já que no hospital não tinha vagas (grifo nosso).

Em relação aos próprios sentimentos, o Sujeito 6 traz um enunciado de **isolamento e solidão**, conseqüentemente, de **sofrimento** ao dizer que passou 8 meses sem ver ninguém da sua família.

Para mim, teve uma demanda particular, porque eu estava na capital e meus pais estavam bem no interior do estado. Eu passei 8 meses sem visitar ninguém da minha família.

Sentiu-se **acolhido por sua equipe** e isso o ajudou na vivência do cotidiano. Nessa equipe, os trabalhadores se apoiaram, o que evidencia a existência de um trabalho compartilhado, baseado no afeto entre as pessoas, na cooperação e no cuidado mútuo.

No **nível coletivo**, a equipe era muito pequena e tivemos muito **apoio um do outro**, éramos muito de **conversar**, trazer **as angústias**, tinham muitas conversas e **compartilhamento** das angústias. A gente já era bem próximo, por ser zona rural, todo mundo ia no mesmo carro, tinham um **cuidado** maior por eu não ser do estado (grifo nosso).

Contudo, esse apoio não foi suficiente para protegê-lo dos processos de adoecimentos, os quais apareceram em seu discurso sobre seus mecanismos **escapistas**, revelando as defesas individuais encontradas para lidar com o sofrimento psíquico gerado pelo trabalho na pandemia de covid-19. O Sujeito 6 evidencia um enunciado de ansiedade que o levou a **sintomas compulsivos**.

A **nível individual** foi o **álcool**, por toda a questão do distanciamento, acabei descontando na comida, cheguei a engordar 10 quilos. Tentar conversar sobre outros assuntos, assistir séries que nunca na minha vida me imaginei fazendo isso, foi uma coisa bem **escapista** (grifo nosso).

O Sujeitos 6 segue falando das consequências desses sintomas para a sua saúde física e mental, trazendo, inclusive, um discurso que revela consciência do que os sintomas e sinais significam: uma fuga, na perspectiva do entrevistado. Todos esses sintomas e sinais foram atribuídos ao trabalho e ao contexto da pandemia.

[saúde] física, eu estou com **sobrepeso, obesidade** grau 1 já. Ganhei bastante peso no ano, mas estou com glicérido e colesterol um pouco elevado, mas não é algo que me incapacite de certa forma [...] no ano passado, foi bem complicado, tendo **insônia, exagerando no álcool e comida** como uma fuga (grifo nosso).

Esse entrevistado traz ainda a questão das **fake News**. Sendo médico, teve dificuldade de convencer os pacientes sobre as condutas a ser adotadas. Esse aspecto da fala do médico revela outro trabalho, não tão evidente, dos trabalhadores da saúde: combater as desinformações. Não bastasse o trabalho exaustivo na assistência à saúde de pessoas infectadas com o coronavírus, o médico afirma a necessidade de um trabalho intenso para desmentir informações erradas.

Foi e continua sendo bem desafiador. O desafio maior não é de ler os protocolos, é lutar contra a **desinformação dos pacientes** por culpa de uma construção de coisas que são erradas e mentirosas. Você acaba perdendo muito tempo de convencimento e explicação que não deveríamos perder se não existisse essas disseminações de mentiras. **O trabalho poderia fluir bem melhor** (grifo nosso).

A desinformação da população levou a um enunciado de **preconceito** para com os profissionais, muito distante do discurso de herói que se pronunciou nas grandes mídias e que não se revelou nas falas dos entrevistados.

Até no grupo do condomínio falaram que tinham profissionais da saúde no prédio, então, **tinha que ter cuidado**, coisas assim que eu acho até certo tipo de **preconceito**, porque obviamente eu não iria colocar ninguém em risco (grifo nosso).

A narrativa do trabalhador revela que, em oposição ao reconhecimento atribuído ao herói, os profissionais de saúde foram vítimas de exclusão e preconceito. Eles foram

discriminados por serem trabalhadores da saúde e representarem, para algumas pessoas, o símbolo da doença, um risco iminente, a doença “encarnada”.

As falas do Sujeito 6 retratam a segunda onda pandêmica. Seu discurso sobre os sentidos da pandemia traz os enunciados **desafio**, **tristeza**, **desgaste** e **desesperança** ao dizer que se está **rodando em ciclos**, revelando sentimento de impotência e limitação no agir do trabalho.

Tem vários sentidos. O primeiro sentido é que é **desafiante**, o segundo que é **triste**, não vejo nada de positivo, eu não cresci como pessoa, pelo contrário. Eu acho que é **desgastante**, **a gente tá rodando em ciclo** que não tem mais fim e é uma coisa que eu não pretendo viver novamente, representa mais coisas ruins do que coisas boas (grifo nosso).

Neste ponto da análise, parece importante relembrar o contexto histórico que vai se revelando entre as falas dos entrevistados: (a) embate e discordância política com o tema da pandemia como centro de disputa; (b) adoção de práticas de atendimento, tratamento e prevenção divergentes; (c) ausência de normas e de uma gestão pautada no cuidado e proximidade dos trabalhadores; (d) sentimento de solidão, isolamento e impotência, resultando em sofrimento, defesas individuais, adoecimento mental de um lado; e resistência, cooperação e aprendizagem nos coletivos de trabalho, de outro.

5.1.3.7 Sujeito 7

Mulher, parda, 32 anos, técnica de enfermagem, casada, mãe de uma criança. Tem vínculo de trabalho por contrato temporário. Atua no interior do Estado em uma unidade básica de saúde (UBS), onde exerce suas funções na sala de vacina. Inicia seu discurso com um enunciado de **medo** do contágio e de contaminar a sua família.

Eu trabalho na sala de vacina em uma UBS da cidade de XX no interior, logo no início foi muito receio e **medo** pela minha família [...] **medo**, transtorno, pânico e pavor do desconhecido e começando a ver mortos, depois vimos que gente novo também era afetado e não só com comorbidade (grifo nosso).

Em seguida, aparece **sobrecarga** do trabalho ao falar que vacinava até 60 pessoas por dia quando se iniciou a vacinação contra covid-19 em 2021. A vacinação representou, de um lado, alívio e esperança; de outro, sobrecarga de trabalho, especialmente para as técnicas de enfermagem.

Um dia tranquilo é um dia que eu atendo só 20 pessoas na sala de vacina e um dia bem estressante foi um dia que atendemos pessoas sem comorbidades que **atendi 60 pessoas** só na minha UBS (grifo nosso).

Há uma conformidade com a sobrecarga de trabalho, justificada pelo enunciado de **guerreiros**, no qual se evidencia o arquivo de **guerra** e **coletividade**. É importante observar que essa entrevistada está em uma formação discursiva a partir de um vínculo precarizado pelo contrato temporário de trabalho.

Somos **guerreiros**, é uma **luta contínua**, é estressante sim, **o objetivo maior é o pensamento de todos** (grifo nosso).

Ao ser perguntada sobre o reconhecimento pelo seu trabalho, o Sujeito 7 tem um discurso de dedicação e reconhecimento. “Ser útil” é a motivação para o seu trabalho. Sente-se reconhecida, mas é importante lembrar que ela tem um contrato temporário por indicação política, portanto, o vínculo é frágil e vinculado ao poder de decisão dos políticos. Mesmo “passando do horário” e possivelmente sem o recebimento de horas-extras, o retorno vem da enfermeira e do secretário de saúde, cargos e funções hierarquicamente superiores.

Quando a gente tá na saúde, acabamos nos **dedicando** muito ao outro até mesmo do que as pessoas de casa, então o **retorno dos pacientes** em me agradecer é **gratificante** pela aquela ação que **eu fiz** naquele momento. Me sinto demais porque o pessoal toma vacina e quando a **gente faz o trabalho que passa do horário**, as enfermeiras e o secretário dá o retorno positivo para a gente, eu fico muito feliz (grifo nosso).

5.1.3.8 Sujeito 8

Mulher, 27 anos, técnica de enfermagem, mãe de uma criança. A entrevistada trabalha no interior do Estado em uma unidade básica de saúde (UBS), onde exerce suas funções na sala de vacina e, quando demandada, dá plantões no hospital da região.

O primeiro enunciado do seu discurso é o de **medo**, **medo de morrer** ou contaminar a sua mãe. O enunciado **morte** e a motivação financeira para permanecer no emprego também estão presentes no discurso. Interessante como o medo se alinha não apenas à doença mas também ao desemprego.

Foi muito difícil para mim porque quando iniciou a pandemia eu tinha muito medo de trazer o vírus para dentro da minha casa, mas eu também tinha muito **medo de abandonar o meu emprego**. Porque é dele que eu precisava, né?! Pra mim, pra minha carreira [...] eu via gente querendo viver e não tinha como e eu tinha medo de eu **ser a culpada** por minha mãe ou até mesmo eu morrer e deixar um filho, né? [...] é uma situação complicada, covid não tem uma razão. **É um surto de medo** (grifo nosso).

Segue falando da sua **angústia** em não conseguir fazer os pacientes melhorarem. O sentimento de impotência novamente fica evidente na fala da entrevistada.

[...] é muito difícil. É horrível. **É muito ruim você ver alguém querendo ter uma coisa e você não poder ofertar**, entendeu? **A gente fazia de tudo**, nesse dia, a minha equipe estava completa, era eu mais outro técnico, a enfermeira e um médico e **a gente colocou o paciente no 02, colocou nas 7 libras e ele não tinha nenhum resultado** (grifo nosso).

Evidencia-se assim uma rotina exaustiva causada pela **sobrecarga de trabalho**. A fragilidade do vínculo de trabalho não estável faz o Sujeito 8 dar o expediente de trabalho onde é convocada, o que expõe uma formação discursiva a partir desse lugar de **trabalho precarizado**. A fala da entrevistada revela mudança nos processos e até no local de trabalho cotidianamente, de modo que a trabalhadora não sabia ao certo onde iria trabalhar no dia seguinte. Essa situação revela precarização do trabalho, risco iminente de acidentes e adoecimento, uma vez que sempre estava diante de novos processos de trabalho e em um

contexto de epidemia. Parecem evidentes a sobrecarga, o aumento na intensidade do trabalho e a fragilização dos vínculos laborais da entrevistada.

Eu chegava [...] Eu só tinha horas de sono, praticamente, e no outro dia eu tinha que lidar com tudo isso [...] porque chegou no tempo um **surto muito grande** de covid, entendeu? Era muito alto, o número, na gestão passada, ano passado, era muito alta. **Foi uma coisa** muito **séria**, aí eles ficavam revezando. A Secretária dizia, era essa situação que eu falei, **vai hoje para UBS não, vai hoje pro hospital. Amanhã retorna para a UBS, entendeu?** Era isso [...] Aqui [na UBS] também é um mutirão. Eu trabalho na UBS e ainda vou para as escolas, os dois ao mesmo tempo (grifo nosso).

No que diz respeito ao processo de trabalho, a entrevistada traz um enunciado de **novas rotinas** que causaram estresse por trazer muitas mudanças. O trabalho foi se complexificando, sendo atreladas novas responsabilidades diante de normas que mudavam quase que diariamente, exigindo um processo de adaptação contínuo da trabalhadora.

[...] depois da vacina da covid piorou, porque é **sistema para alimentar**, é um sistema que **muda todos os dias**, é uma situação [...] a vacina era com 30 dias, a segunda dose [...] e lá vem pessoas reclamando, vem familiar. E o sistema [...] e infelizmente é uma loucura [...] é muita mudança e tudo muito rápido, você tem que se adequar a tudo (grifo nosso).

A angústia de lidar com a inadequação dos serviços aparece na fala sobre as **instalações da UBS**, quando a falta de estrutura se torna ainda mais insustentável, insalubre, revelando um tom de denúncia sobre as péssimas condições de trabalho na fala da trabalhadora.

[...] **meu ambiente de trabalho é péssimo** porque é uma casa alugada, minha sala é péssima porque as paredes estão caindo. O ar-condicionado estava muito sujo, eu tenho rinite, sinusite alérgica, passei 15 dias com crise até chegar um dia que eu disse que eu não iria atender mais na minha sala a minha diretora enquanto não mandasse ajeitar o ar-condicionado (grifo nosso).

Enunciados de **culpa** e **angústia** também são notados quando a entrevistada fala sobre vacinar tantas pessoas e não poder vacinar a sua mãe, porque ainda não havia chegado a

categoria na qual ela se encaixava. Essa situação revela o choque de valores e sobrecarga moral aos quais os trabalhadores foram submetidos. Quem “merecia” ser imunizado?

Foi daí que começou a vacina, que começou **o peso maior na minha cabeça**, porque eu via os frascos na minha mão e eu **não podia vacinar a minha mãe**, porque ela não estava no grupo prioritário, e eu ficava: “meu Deus, se minha mãe morrer amanhã sem vacina?” (grifo nosso).

A sobrecarga de trabalho associada ao medo levou a profissional a um processo de adoecimento, apresentando sintomas físicos e psicológicos.

Só que chegou uma hora que **eu não conseguia mais**, porque eu sentia muita **dor no corpo, dor de cabeça**, eu **não** dormia [...] não conseguia ter sentido, porque eu tinha muito **medo**, não era de eu ter, eu nunca tive medo da covid, de minha pessoa, eu tinha sempre medo de passar para alguém, entendeu (grifo nosso)?

Sobre sentir-se reconhecida pelo seu trabalho, há um enunciado de **desvalorização** e de **vínculo precarizado**. Novamente, a desvalorização e a falta de reconhecimento associadas à gestão se somam ao atravessamento político que a pandemia teve no RN. Lado a lado, o “medo” aparece nas falas junto à “luta” e à “briga”, sendo que esse embate não era somente contra a doença mas também contra os interesses políticos que dificultaram ainda mais a atividade de trabalho.

[...] há uma **raiva** da equipe gestora por não conhecer a gente, **não reconhecer o total merecimento que a gente tem**, dá um incentivo porque dinheiro não é tudo, mas às vezes incentiva, sim, a você trabalhar com mais amor. [...] abstrair e fingir demência. Eu não posso brigar. Eu sou contratada, é município, é política e eu tenho a consciência que não vai dar em nada [...] (grifo nosso).

Ainda em relação à questão de reconhecimento, o Sujeito 8 traz um enunciado de **preconceito** da população em relação a ela. Novamente, é possível observar a contradição, pois a discriminação e o preconceito da sociedade vivenciados pela trabalhadora se contrapõem à narrativa de herói, tão difundida nos aparelhos midiáticos.

Eu fui um dia entrar numa padaria aqui e eu percebi que [...], mas realmente, eu acho que eu errei porque eu passei lá na hora que eu vinha da UBS. Eu não tinha nem tive nenhum contato com alguém de covid, né?, mas eu percebi que **eles não gostaram da minha entrada no local** (grifo nosso).

Curiosamente, a própria entrevistada traz a narrativa de herói. O enunciado herói aparece em sua fala, mas em um discurso de enfrentamento de uma rotina de incertezas, exposição ao contágio e por preterir sua família a um estranho. A entrevistada parece autoatribuir o valor de heroísmo a partir dos riscos a que se submete no trabalho, da imprevisibilidade, do risco de morte. Para ela, ser heroína não é algo bom, é uma infelicidade.

Sabe aquela questão dos profissionais como heróis, os profissionais de saúde? [...] **somos nós, infelizmente**. Eu digo que é verdade, porque você sai de casa, **você não sabe se você vai voltar**. Você vai numa ambulância com o paciente e não sabe como vai ser aquilo. **Você não sabe se vai voltar positivo e vai passar para alguém. É a hora que você é um herói**, você deixa todo mundo de sua casa, de sua família, para ir **salvar** um amor de alguém que você não conhece, entendeu (grifo nosso)?

Ao falar sobre estratégias de suporte, o Sujeito 8 diz que sente apoio na equipe, trazendo o enunciado de **apoio da equipe**. Novamente, a equipe aparece como um suporte e um cuidado, como um equipamento coletivo de proteção para os trabalhadores.

[...] só minhas amigas, é o que fazem com que a gente **consiga trabalhar todos os dias**, é o ciclo porque, a **minha equipe**, é, é o que motiva. [...]. É isso o que eu estou dizendo. A minha equipe de trabalho é toda da forma que eu estou conversando com você. Se eu não for você não vai, não vá, não faça isso [...] que **um sustente o outro** (grifo nosso).

A entrevistada completa ainda que as políticas de saúde foram falhas e **não ofertaram treinamento**. Com isso, faz aparecer a inexistência de políticas efetivas para o trabalhador, convocando os órgãos de classe profissional a assumirem a posição de construção de normas e diretrizes de atuação no trabalho. Ao convocar o COREN, a entrevistada também coloca no cenário de forças políticas os órgãos de representação e de luta pelos direitos dos trabalhadores.

[...] eu acho, que as políticas de saúde e o SUS eles foram fracos agora em pandemia. Era para ter sido, sim, “aulões” para todos os profissionais que são seguidos em cada conselho, nós, que somos técnico de enfermagem, somos inscritos no COREN. Era para ter tido um mutirão.

5.2 ESTUDO 2 – SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO NORTE: IMPACTOS DA PANDEMIA DE COVID-19

A seguir, procederemos à caracterização dos participantes do Estudo 2 e faremos a análise dos dados.

5.2.1 Caracterização sociodemográfica e laboral dos participantes

O Estudo 2 foi realizado com 88 participantes. Todos já haviam sido vacinados para covid-19 no momento da aplicação do questionário (2022), desses, 43 já haviam contraído a doença, ao passo que 45 não tinham adoecido. A Tabela 3, a seguir, ilustra a caracterização da amostra.

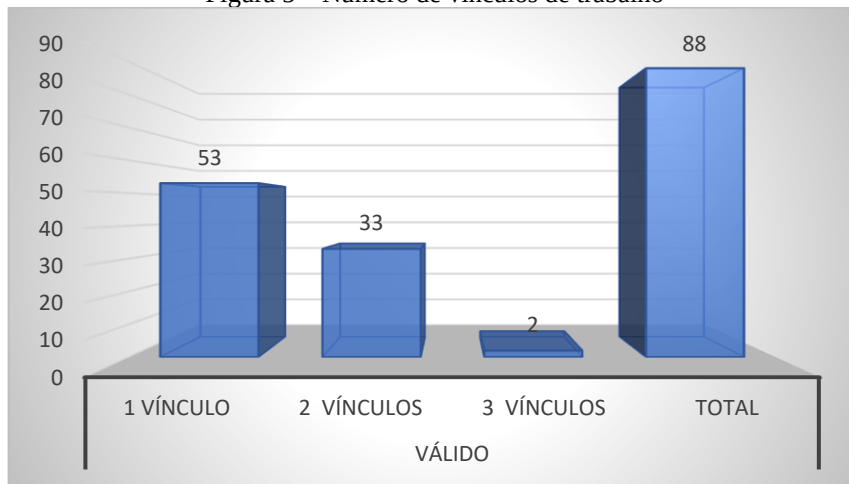
Tabela 3 – Caracterização da amostra do Estudo 2

Raça	Frequência	Porcentual	Porcentagem acumulativa
Amarela	3	3,4	3,4
Branca	36	40,9	44,3
Preta ou Parda	49	55,7	100,0
Total	88	100,0	
Nível de escolaridade	Frequência	Porcentual	Porcentagem acumulativa
Ensino Fundamental	2	2,3	2,3
Ensino Médio	13	14,8	17,0
Curso técnico	9	10,2	27,3
Ensino Superior	24	27,3	54,5
Pós-Graduação	40	45,5	100,0
Total	88	100,0	
Função ou cargo principal	Frequência	Porcentual	Porcentagem acumulativa
Médico(a)	5	5,7	5,7
Enfermeiro(a)	17	19,3	25,0
Técnico(a)/Auxiliar de enfermagem	18	20,5	45,5
Fisioterapeuta	6	6,8	52,3
Odontólogo(a)	3	3,4	55,7
Psicólogo(a)	6	6,8	62,5
Agente comunitário de saúde	8	9,1	71,6
Auxiliar de saúde	4	4,5	76,1
Assistente social	5	5,7	81,8
Nutricionista	2	2,3	84,1
Farmacêutico/a	4	4,5	88,6
Serviços gerais	3	3,4	92,0
Recepcionista	4	4,5	96,6
Maquero/a	3	3,4	100,0
Total	88	100,0	

Fonte: autoria própria

A pergunta inicial do questionário foi a respeito do número de vínculos que cada trabalhador tinha no exercício de suas funções. Dos 88 participantes, 53 apresentavam apenas um vínculo de trabalho (60,2%), 33 possuíam dois vínculos de trabalho (37,5%) e 2 participantes tinham 3 vínculos (2,3%), como pode ser observado na Figura 5, a seguir.

Figura 5 – Número de vínculos de trabalho



Fonte: autoria própria

A segunda questão diz respeito ao tipo de vínculo da atividade principal (Figura 6).

Figura 6 – Tipo do vínculo principal

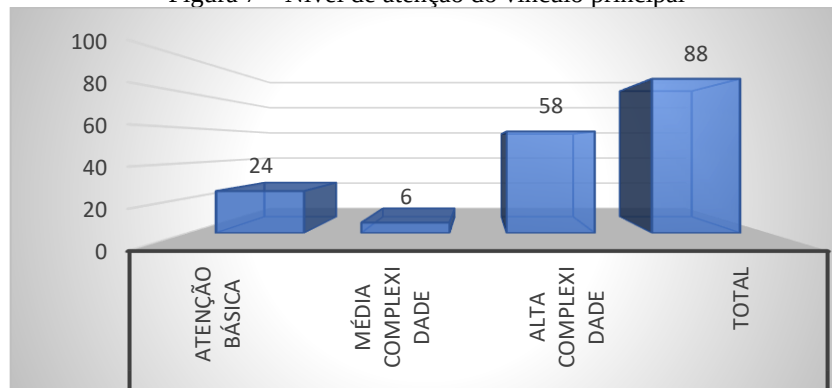


Fonte: autoria própria

Entre os participantes, 62 têm por atividade principal um vínculo público (70,5%), 14 respondentes têm o vínculo celetista como principal (15,9%), completando a amostra com 9 pessoas contratadas por tempo determinado (10,2%), 1 prestador de serviço (1,1 %) e 2 autônomos (2,3%).

A Figura 7, a seguir, mostra o nível de atenção no qual os respondentes atuam. Dos 88 entrevistados, 58 trabalham na alta complexidade (65,9%), 24 na atenção básica (27,3%) e 6 participantes atuam na média complexidade (6,8%).

Figura 7 – Nível de atenção do vínculo principal



Fonte: autoria própria

A Figura 8 apresenta a faixa salarial dos entrevistados, que variou de 2 a mais de 7 salários-mínimos¹¹. Nesse caso, 30 participantes ganhavam até 2 salários-mínimos (34,1%), 29 ganhavam de 2 a 5 salários-mínimos (33,0%), 16 recebiam entre 5 e 7 salários-mínimos (18,2%) e 13 participantes ganhavam mais de 7 salários-mínimos, correspondendo a 14,8% do total.

Figura 8 – Faixa Salarial

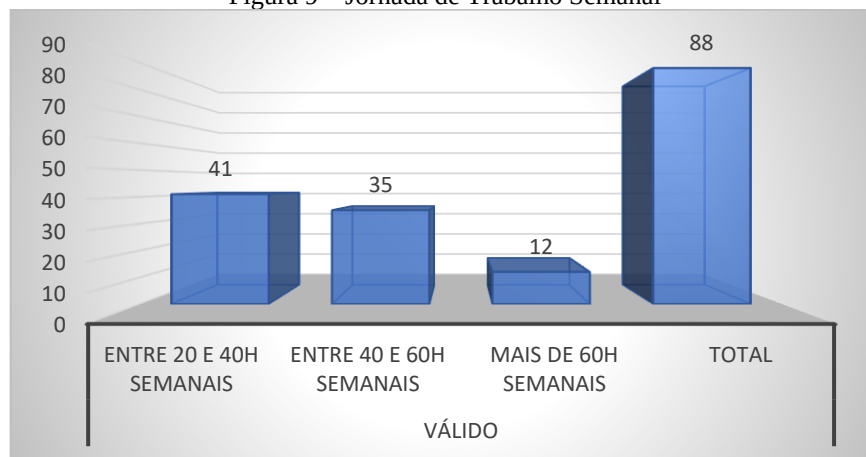


Fonte: autoria própria

No que se refere à jornada de trabalho, foi optado por analisar todos os vínculos, uma vez que o objetivo foi avaliar a sobrecarga de trabalho. A Figura 9 mostra que 41 entrevistados possuíam jornada entre 20 e 40h semanais (46,6%), 35 tinham jornada entre 40 e 60h (39,8%), 12 pessoas trabalhavam mais de 60h semanais (13,6%).

¹¹ O salário-mínimo correspondia a R\$1.100,00 no período de aplicação do questionário.

Figura 9 – Jornada de Trabalho Semanal



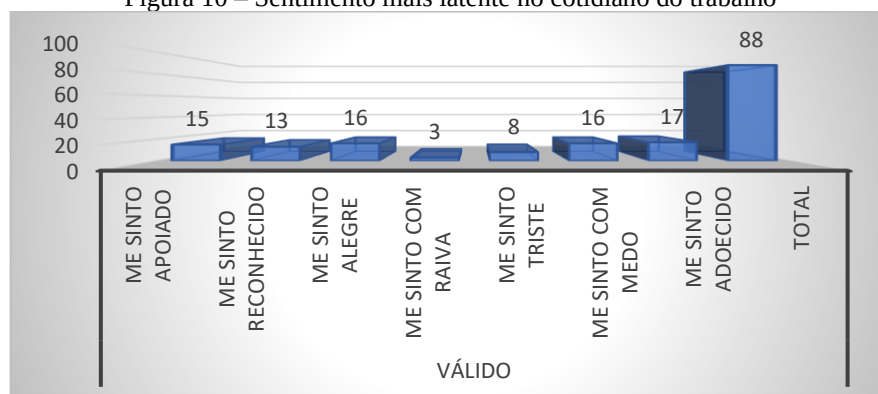
Fonte: autoria própria

Interessante perceber que, somando os trabalhadores com mais de 40 horas de jornada de trabalho, mais da metade da amostra se encontra nessa situação.

5.2.2 Sentimentos e organização do trabalho

Para entender como os entrevistados se sentiam no contexto de trabalho, foi perguntado sobre o sentimento mais prevalente¹², conforme Figura 10.

Figura 10 – Sentimento mais latente no cotidiano do trabalho



Fonte: autoria própria

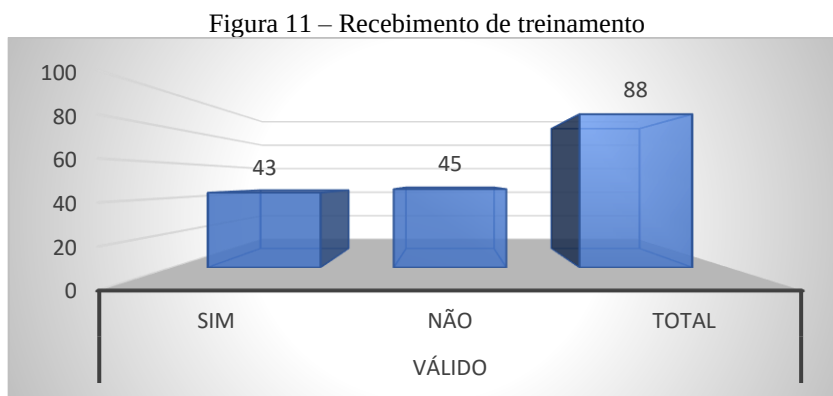
Dos entrevistados, 15 participantes se sentem apoiados (17%), 13 se sentiam reconhecidos (14,8%), 16 sentiam-se alegres (18,2%), 3 sentiam raiva (3,4%), 8 sentiam-se tristes (9,1%), 16 sentiam medo (18,2%) e 17 sentiam-se adoecidos (19,3%). As respostas

¹² As respostas não eram autoexcludentes, portanto, um participante poderia escolher mais de uma alternativa.

evidenciam contradição, uma vez que, ao mesmo tempo que se sentiam apoiados e reconhecidos, também sentiam medo e adoecidos.

Com o intuito de adentrar o trabalho real, foram estabelecidas categorias que hipoteticamente expressassem o fazer diário. Assim, buscando representar a organização do trabalho, foram criadas as seguintes categorias: “Necessito trabalhar em ritmo intenso, o que impede a realização de pausas”, 11 sujeitos escolheram essa opção (12,5%); “preciso fazer várias coisas ao mesmo tempo”, escolhida por 15 trabalhadores (17%); “preciso lidar com muitas situações imprevistas”, preenchida por 19 sujeitos (21,6%); “atuar a partir da demanda/necessidade do público/clientes/usuários(as)” com 26 respostas (29,5%); “adaptar-me a mudanças de métodos e/ou instrumentos”, escolhido por 3 participantes (3,4%); “Estar disponível permanentemente através da internet, celular etc.”, escolha de 5 pessoas (5,7%); e “o número de trabalhadores(as) é compatível com as tarefas a realizar”, sendo a opção de 9 entrevistados (10,2%).

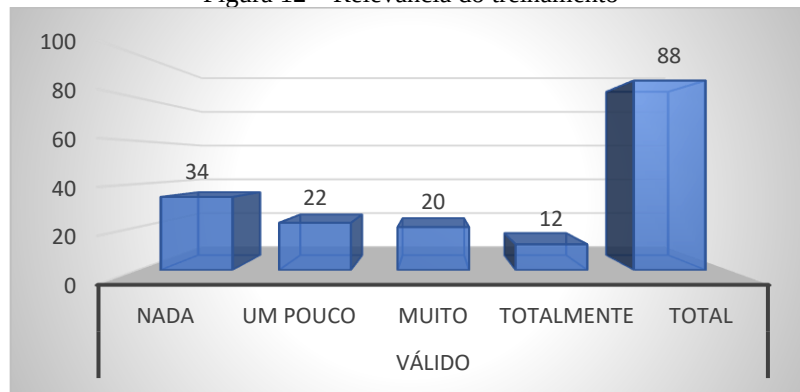
No que diz respeito ao treinamento, a Figura 11, a seguir, apresenta os resultados.



Fonte: autoria própria

A Figura 11 mostra que 43 respondentes disseram que sim (48,9%) e 45 disseram que não haviam sido treinados (51,1%). Quanto aos que confirmaram ter recebido treinamento, a Figura 12 apresenta a opinião dos respondentes sobre se o(s) treinamento(s) contribuiu(íram) para a prática diária.

Figura 12 – Relevância do treinamento



Fonte: autoria própria

A Figura 12 mostra que 34 pessoas disseram que não haviam contribuído, representando 38,6%; 22 explicam que pouco contribuiu, sendo 25%; 20 acharam válido, com 22,7%; e 12 totalmente válido, sendo 13,6% do total.

No que se refere ao processo de trabalho, foram criadas cinco categorias: “preciso lidar com falta de guias, protocolos e manuais, ou mesmo com instruções contraditórias”, 18 sujeitos marcaram essa opção (20,5%); “Disponho de guias, protocolos ou manuais de orientação nos quais posso me basear” foi escolhido por 13 pessoas (14,8%); “disponho dos recursos técnicos necessários” foi opção para 10 participantes (11,4%); “Eu e meus colegas trocamos experiências e macetes para conseguirmos realizar as atividades na pandemia”, representa a escolha de 32 participantes, sendo 36,4% da amostra; e “Não recebi orientação técnica vinda da gestão para atuar na pandemia, busquei outras fontes” representa 15 respondentes e constitui 17% do total da amostra.

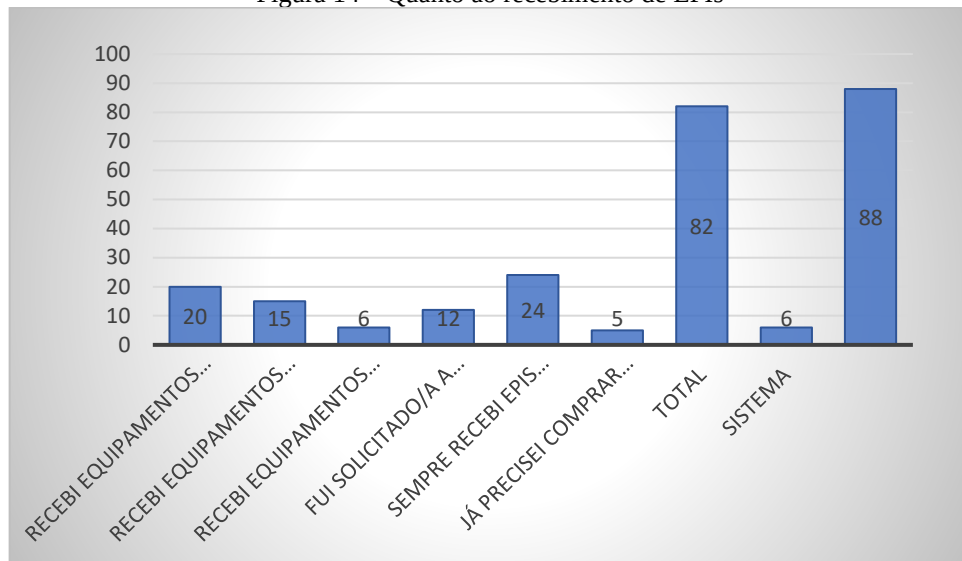
Figura 13 – Relativo ao processo de trabalho



Fonte: autoria própria

Em relação aos equipamentos de proteção individual (EPI), 93,2% dos entrevistados relataram os ter recebido, ao passo que 6,8% não receberam, conforme Figura 14, a seguir.

Figura 14 – Quanto ao recebimento de EPIs

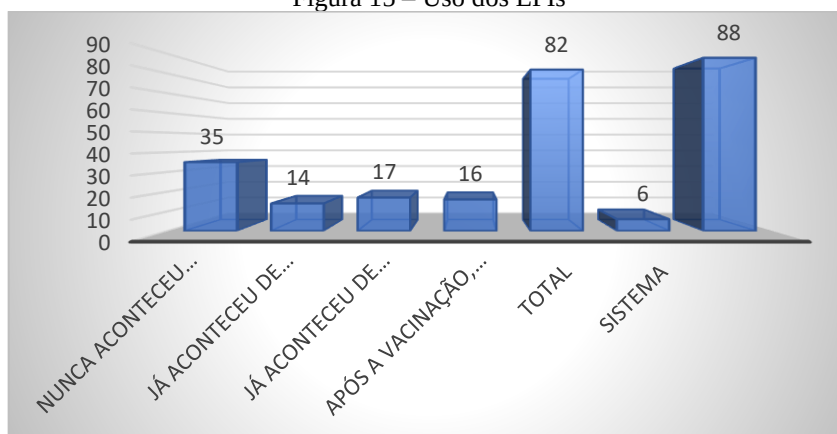


Fonte: autoria própria

A Figura 14 mostra, ainda, que 20 trabalhadores (22,7%) relataram ter recebido menos EPIs do que era necessário; 15 disseram que os EPIs não eram de boa qualidade, equivalente a 17%; 6 profissionais disseram se encaixar em ambas as situações, 6,8%; 12 foram solicitados a economizar os EPIs, equivalente a 13,6%; 24 disseram sempre ter recebido EPIs de boa qualidade e suficientes, correspondendo a 27,6%; 5 respondentes disseram já ter precisado comprar EPIs, sendo 5,7%; 6 participantes não escolheram categorias (6,8%).

Para verificar como se dava o uso dos EPIs no cotidiano, foram criadas as seguintes categorias: “Nunca aconteceu de realizar o meu trabalho sem estar completamente paramentado (usando todos os EPIs necessários)”, sendo marcada por 35 entrevistados, representando 39,8% da amostra; “já aconteceu de não usar algum dos EPIs durante o trabalho porque incomodam ou dificultam a realização do trabalho”, com 14 escolhas, sendo 15,9% da amostra; “Já aconteceu de não usar algum dos EPIs porque a instituição não ofereceu”, com 17 marcações, configurando 9,3%; e “Após a vacinação, fiquei menos rigoroso(a) com o uso dos EPIs”, com 16 confirmações, representando 18,2% da amostra, como mostrado na Figura 15, a seguir.

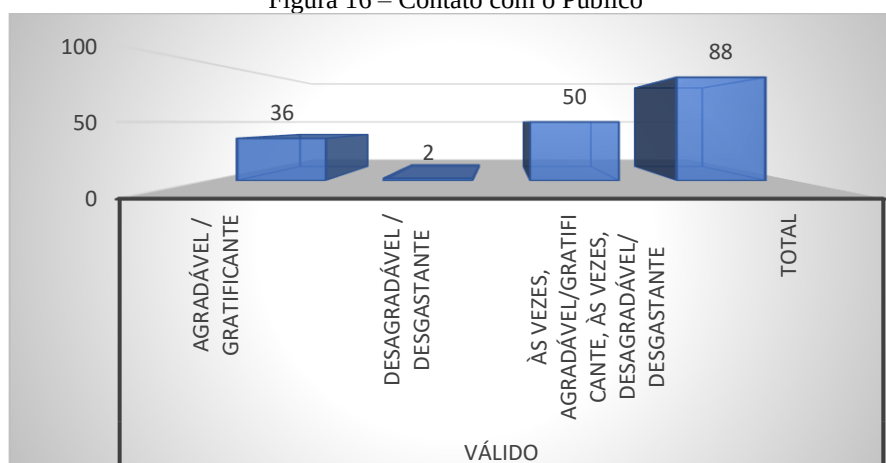
Figura 15 – Uso dos EPIs



Fonte: autoria própria

Buscando entender como os trabalhadores se sentiam em contato com o público foi disponibilizada a categoria “acho agradável”, cujos resultados são apresentados na Figura 16, a seguir.

Figura 16 – Contato com o Público



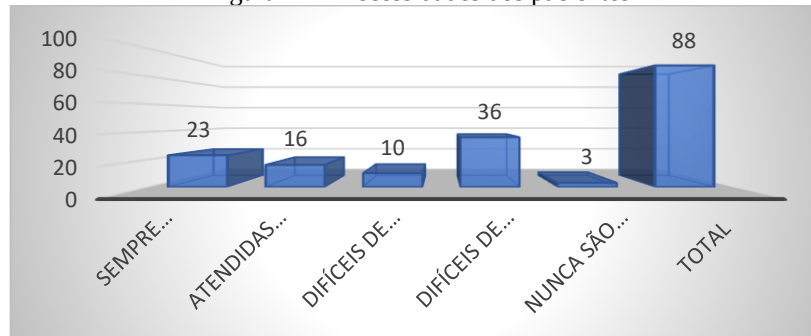
Fonte: autoria própria

Conforme Figura 16, 36 entrevistados consideraram ser agradável/gratificante o contato com público, representando 40,9% da amostra; “acho desagradável”, foi marcado por 2 entrevistados, sendo 2,3% da amostra; e “às vezes agradável, às vezes desagradável” foi a escolha de 50 entrevistados, sendo 56,8% da amostra.

Para saber como os entrevistados lidavam com as necessidades dos pacientes (Figura 17), foram criadas as seguintes categorias: “as necessidades sempre eram atendidas”, com 23 escolhas, sendo 26,1% da amostra; “atendidas somente com muito esforço ou por meio de soluções improvisadas”, com 16 respostas, representando 18,2%; “Difíceis de atender por falta de recursos”, com 10 elementos, consistindo em 11,4%; “difíceis de atender, porque a solução

não depende diretamente de mim ou está além das minhas atribuições”, com 36 respostas, configurando 40,9%; e “nunca são atendidas devidamente”, 3 respostas, sendo 3,4% da amostra.

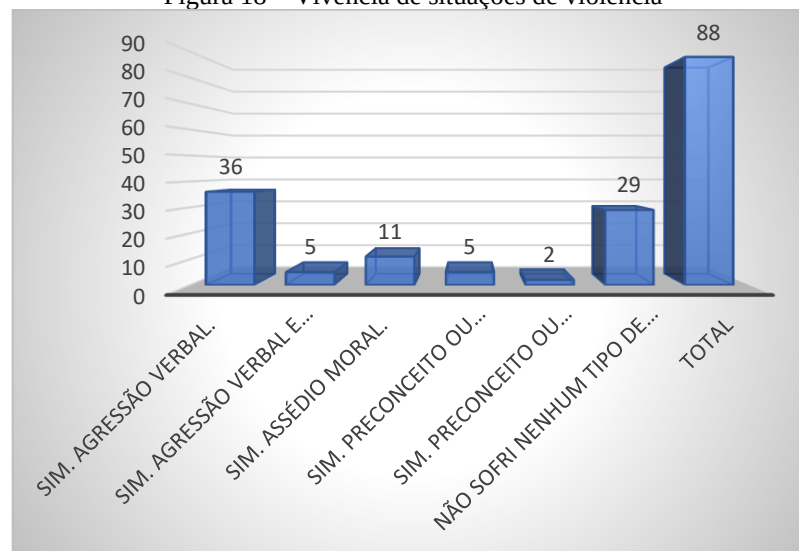
Figura 17 – Necessidades dos pacientes



Fonte: autoria própria

Na investigação sobre o ambiente de trabalho, foi indagado se os participantes já haviam presenciado alguma situação de violência. As respostas estão na Figura 18.

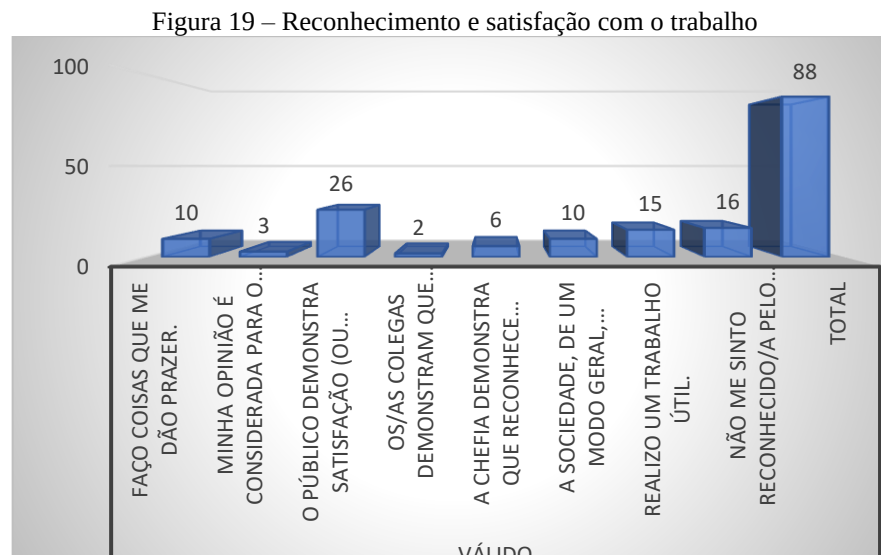
Figura 18 – Vivência de situações de violência



Fonte: autoria própria

De acordo com a Figura 18, 36 responderam que presenciaram agressões verbais, correspondendo a 40,9% da amostra; 5 informaram ter sofrido agressões verbais e físicas, correspondendo a 5,7%; 11 sofreram assédio moral, sendo 12,5%; 5 sofreram preconceito e discriminação por ser profissionais da saúde trabalhando com covid-19, sendo 5,7% da amostra; 2 pessoas sofreram outro tipo de preconceito (2,3%); e 29 respondentes não sofreram violência, sendo 33% dos respondentes.

Para compreender sobre reconhecimento e satisfação do sujeito com o seu trabalho (Figura 19), foram elaboradas as seguintes categorias: “Faço coisas que me dão prazer”, com escolha de 10 sujeitos (11,4%); “Minha opinião é considerada para o funcionamento do serviço”, 3 pessoas se enquadraram, sendo 3,4% da amostra; “O público demonstra satisfação (ou gratidão) com o que faço”, com 26 optantes, correspondendo a 29,5%; “Os/as colegas demonstram que admiram o modo como desenvolvo as atividades”, com 2 marcações, sendo 2,3% do total; “A chefia demonstra que reconhece minha dedicação” com 6, sendo 6,8%; “A sociedade, de um modo geral, valoriza o que faço”, com 10 marcações, sendo 11,4% dos respondentes; “Realizo um trabalho útil”, com 15 participantes, sendo 17,0%; e “Não me sinto reconhecido(a) pelo trabalho que realizo”, com escolha de 16 respondentes, representando 18,2% da amostra.

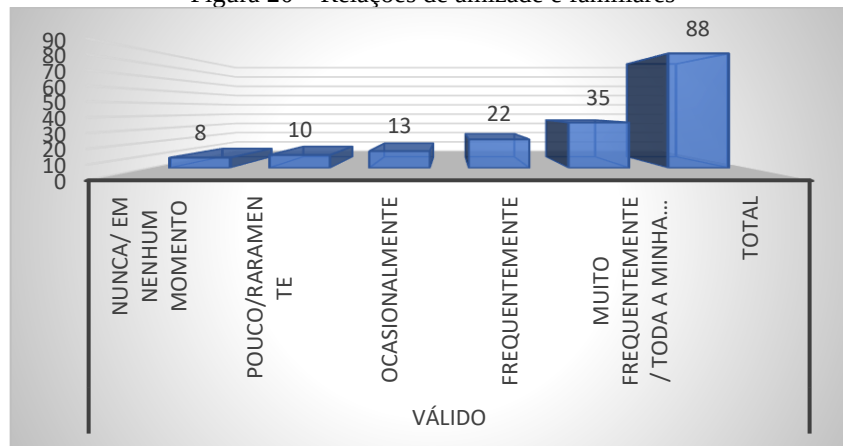


Fonte: autoria própria

Para entendermos como estava a saúde mental e outros aspectos da vida dos sujeitos, eles foram questionados se havia assistência de saúde mental para os funcionários disponibilizada pela instituição. Como resultado, 37 sujeitos disseram que sim (42%) e 51 que não havia assistência (58%).

Também foi apresentada a questão “Durante a pandemia, com que frequência a sua relação com amigos e familiares foi afetada pelo seu trabalho com a covid-19?”. A Figura 20, a seguir, apresenta as respostas.

Figura 20 – Relações de amizade e familiares

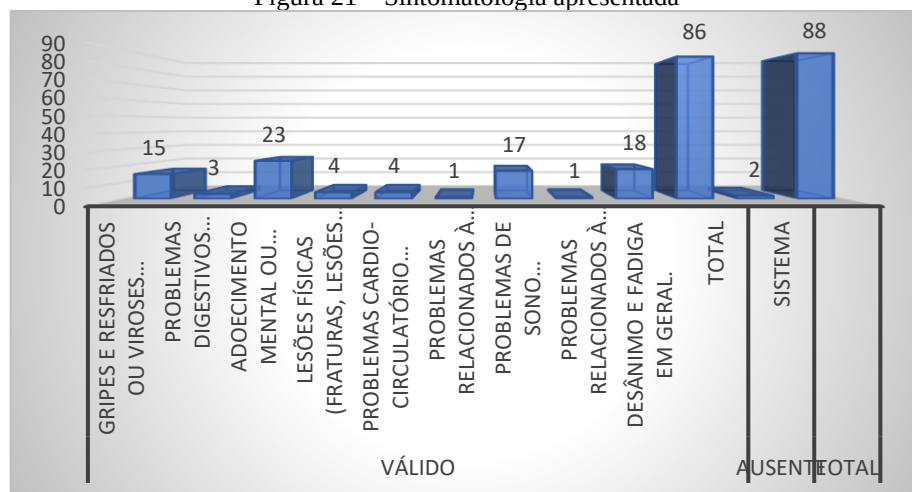


Fonte: autoria própria

Nesse sentido, as seguintes categorias foram consideradas respostas possíveis: “Nunca/em nenhum momento”, que conteve 8 respostas, com 9,1%; “Pouco/raramente”, representada com 10 respostas, sendo 11,4% do total; “Ocasionalmente” com 13, sendo 14,8% da amostra; “Frequentemente”, com 22 marcações, sendo 25% dos respondentes; e “Muito frequentemente/toda a minha rotina foi alterada”, com 35 marcações, ou seja, 39,8% do total.

Para investigar processos de adoecimento, foram criadas categorias com sintomatologias. As respostas estão apresentadas na Figura 21 a seguir.

Figura 21 – Sintomatologia apresentada

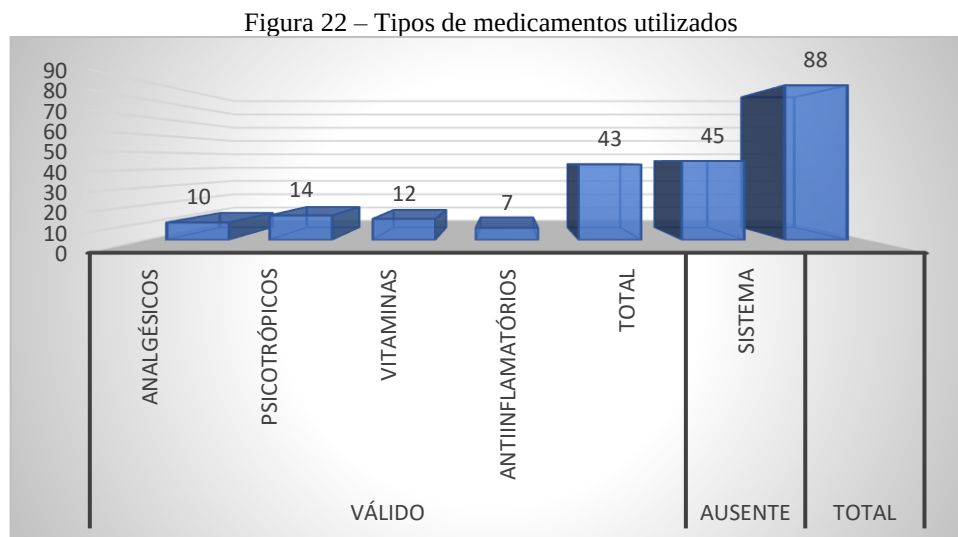


Fonte: autoria própria

As respostas dos colaboradores da pesquisa, conforme Figura 21, deram origem às seguintes categorias: “Gripes e resfriados ou viroses constantes”, contendo 15 escolhas, sendo 17% da amostra; “Problemas digestivos (vômitos, dores de barriga, diarreia etc.)”, com 3 respostas, sendo 3,4% do total; “Adoecimento mental ou estresse”, com 23 marcações, sendo

26,1% dos respondentes; “Lesões físicas (fraturas, lesões por esforço repetitivo, DORT etc.)” e “Problemas cardiocirculatório (hipertensão, infarto no miocárdio, angina etc.)”, com 4 escolhas, sendo 4,5% em cada categoria; “Problemas relacionados à dependência química (alcoolismo, tabagismo, uso de drogas)” e “Problemas relacionados à vida sexual”, com 1 escolha em cada, sendo 1,1% dos participantes; “Problemas relacionados ao sono”, com 17 respostas, representando 19,3% do grupo amostral; e “Desânimo e fadiga em geral”, com 18 respostas, sendo 20,5% da amostra. Dois participantes não responderam a essa questão.

Por fim, para analisar o aspecto da saúde do trabalhador, foi perguntado se, durante a pandemia, os trabalhadores haviam iniciado ou intensificado alguma medicação. O resultado está descrito na Figura 22.



Fonte: autoria própria

De acordo com a Figura 22, 43 sujeitos disseram que fazem uso de medicação, ao passo que 45 não necessitaram de medicação. As categorias foram formadas para que fosse possível identificar o tipo de medicação, nesse caso, 10 fizeram uso de analgésicos (11,4%); 14 usaram psicotrópicos (15,9%); 12 tomaram vitaminas (13,6%); 7 precisaram de anti-inflamatórios (8%).

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na discussão dos resultados, buscamos demonstrar como as representações sociais estão presentes a partir da análise dos enunciados, verificando como o discurso se apresentou, o discurso em si mesmo e os arquivos acessados para definir esse discurso. Além disso, articulamos os resultados do Estudo 1 e do Estudo 2, de modo a apresentar uma análise global da tese que teve como objetivo analisar as representações sociais do trabalho entre trabalhadores e trabalhadoras da saúde do estado do Rio Grande do Norte envolvidos no enfrentamento da covid-19, considerando as repercussões na saúde desses profissionais.

É dado que o perfil dos sujeitos foi de mulheres negras, mas se considerarmos que o maior número de trabalhadores da saúde são técnicos de enfermagem associamos esse perfil a questões que remontam a divisão sexual do trabalho. Os estudos franceses sobre a divisão sexual do trabalho, compreende que há uma modulação histórica e social na qual foi direcionado aos homens atividades produtivas e de maior valor social e as mulheres a atividades reprodutivas e destinadas ao cuidado. Isso explicaria o perfil feminino em profissionais de enfermagem, por exemplo. Já o fato de serem mulheres negras remonta a história social em nosso país aonde um racismo estrutural, em geral, condena os negros a trabalhos menos valorizados e de menor valor remuneratório.

Em *A ordem do discurso*, Foucault (2006) destaca procedimentos que são exercidos tanto no exterior quanto no interior dos discursos. No que diz respeito àqueles exercidos no exterior, há os procedimentos de exclusão que operam de três formas: (1) interdição (o que pode ser dito, em qual circunstância e quem pode dizer); (2) desejo e poder; e (3) separação e rejeição da verdade (Ferreira; Traversini, 2013).

Na análise dos discursos dos trabalhadores da saúde, evidencia-se a interdição entre aqueles que possuem vínculos precarizados de trabalho, como os contratados. Em mais de uma narrativa, a interdição também aparece nas falas das técnicas de enfermagem. Apenas àqueles com vínculo formal de servidor público, celetista ou concursado, é permitido ultrapassar a interdição, além disso, àqueles que representam a classe de trabalhadores, porque não falam apenas por si mas também em nome de uma classe, como é o caso da representante do sindicato de Enfermagem.

O que foi dito revelou, em vários dos trechos selecionados para a análise, um teor de denúncia; uma condição de trabalho precarizada, com vínculos laborais frágeis; intensa carga, muitos com mais de 60 horas de trabalho semanais. Mas, quem abordou o assunto? A quem foi possível denunciar? Denunciou como?

A denúncia foi feita pelo homem branco, médico, “responsável” por sua equipe (Sujeito 6), mas acolhido por essa mesma equipe no seu sofrimento. Trata-se de um sofrer narrado pelo trabalhador, diante de um trabalho duplo de atendimento aos pacientes e de difusão de informação científica, ambos igualmente extenuantes. O cansaço do uso dos EPIs e das longas jornadas de trabalho era acompanhado pela indignação diante da perversidade da categoria política, pela disseminação ideológica da desinformação e pela alienação da gestão que, distante de reconhecer o trabalho dos profissionais de saúde, ajudou a intensificar e sobrecarregar os trabalhadores, mantendo os índices de produtividade e desempenho.

A fala da técnica de enfermagem, representante do sindicato dessa classe profissional (Sujeito 4), também revelou a desesperança da categoria profissional, utilizando a pesquisa para ecoar a sua palavra de ordem: “o sindicato veio para o hospital para lutar!”. A fala da trabalhadora revela a necessidade de combater a precarização do trabalho, tanto quanto se combateu a covid-19.

Há os discursos que circulam pelas conversas de corredor, na viagem de ônibus, instruções técnicas, sem a necessidade de fixar alguém como sendo a sua fonte. O filósofo [Foucault] não propõe que ignoremos a figura do indivíduo real, mas entendê-lo como alguém que ocupa esse lugar na ordem do discurso pelo fato de cumprir as suas regras internas e externas (Ferreira; Traversini, 2013, p. 214).

No âmbito do desejo e do poder, na dualidade apresentada por Foucault (2006), também percebemos esse aspecto do discurso nas narrativas das pessoas entrevistadas. O desejo de fazer um bom trabalho, saber fazer ou fazer junto com quem sabe, aprender junto, uma vez que muitos trabalhadores eram inexperientes. Destaca-se neste estudo o poder do coletivo de trabalho, protegendo e sendo o recurso para a diminuição do sentimento de isolamento e solidão dos trabalhadores. Todos os participantes da pesquisa viveram o impedimento e o sentimento de impotência. Muitos passaram longos períodos longe de suas famílias, e com o medo de se infectar ou infectar um familiar. O poder de decidir esteve circunscrito à equipe de trabalho, com todas as nuances e os conflitos disciplinares gerados nessa relação social. Para Foucault (2006), as disciplinas se revelam nas relações de poder do discurso.

No contexto do RN, encontramos resultados semelhantes à pesquisa de contexto regional (Máximo *et al.*, 2022). Nas entrevistas, foi possível analisar, no interior do discurso, que o eixo central do coletivo dos trabalhadores foi a cooperação. O cenário de pandemia, a necessidade de reavaliação frente aos imprevistos e a velocidade com que se conhecia sobre a covid-19 atribuíram aos coletivos a importância que os profissionais de saúde relataram neste estudo. Os coletivos assumiram o papel de proporcionar aos seus membros atualizações sobre

o saber-fazer, sobre o vírus e a doença, sobre a adequada utilização dos equipamentos de proteção individuais, enfim, sobre a própria manutenção da atividade ao considerar o caráter inédito da pandemia para todos os trabalhadores entrevistados (Máximo *et al.*, 2022). Mas não somente, assumiram o papel de rede de suporte frente aos insucessos, aos erros e às cobranças da gestão. Por conseguinte, o coletivo pressupõe vínculos de confiança, necessários para que os trabalhadores possam mostrar uns aos outros como se trabalha (Dejours, 2013).

No coletivo, os trabalhadores encontraram um meio de enfrentar os problemas oriundos do relacionamento com a gestão, considerado complexo, pois se mostrava hierarquizado e com pouca demonstração de reconhecimento no trabalho (Máximo *et al.*, 2022). Alguns desses problemas eram cobranças por erros cometidos, falhas de comunicação e luta por melhores condições de trabalho, como ficou evidenciado nos discursos e enunciados apresentados neste estudo. Assim, distante do trabalho real e apenas com um prescrito que mudava a cada instante, ainda era a gestão que prescrevia a divisão de tarefas, o que é atribuído a um trabalhador e a outro, definindo as limitações de papéis e de funções. Esse talvez tenha sido o ponto crucial de afastamento entre a gestão e os trabalhadores: de fato, a gestão não estava lá! Por isso, foram justamente a gestão e os embates políticos que, nos discursos dos trabalhadores, sobrecarregaram um trabalho que já era exaustivo, tornando-o, para muitos, insuportável.

Ainda discutindo o tema a partir da proposição foucaultiana, a separação e a rejeição da verdade também foram passíveis de compreensão a partir das falas dos entrevistados. A verdade foi diversa, polissêmica e apresentada pelos trabalhadores de maneira atravessada pelo contexto de trabalho. Trabalhar na atenção básica evidenciou uma precarização interna do sistema de saúde, com uma perspectiva prioritária à atenção especializada em detrimento da atenção básica. Houve, portanto, uma separação da verdade, considerando a categoria profissional (quem fala?) e a atenção em saúde a que estava vinculado (de onde fala?).

Além disso, havia, no contexto do discurso, o atravessamento político nas falas dos trabalhadores (para quem fala?). A fala, na condição de verdade, mostrou-se na intenção da denúncia, na visibilidade do sofrimento e da sujeição aos “desígnios” políticos, de quem tem o poder de decidir onde, quando, como e com quem se vai trabalhar, como aconteceu com a técnica de enfermagem contratada (Sujeito 8) que, a critério da gestão e do “secretário de saúde”, atendia na unidade básica de saúde, no hospital ou fazia plantão na vacinação.

Para Foucault (2006), há, no discurso, regiões abertas e penetráveis; enquanto outras são altamente proibidas (Foucault, 2006) Para o autor, há “sociedades de discurso” em que os indivíduos que a elas pertençam acessam a determinadas partes dos discursos que não estão

disponíveis a todos (Ferreira; Traversini, 2013). Nesse sentido, existe a “[...] apropriação social dos discursos [...]” (Foucault 2006, p. 43), com processos que “ensinam” os discursos a determinada população. A mídia é um exemplo de tais sociedades de discurso, assim como a ideologia política que se materializa nas narrativas das pessoas, há também a educação que se materializa pela difusão científica. São verdades que divergem e se confrontam. Para Moscovici (2003), a mídia tem espaço privilegiado na difusão de informações, e, portanto, atua diretamente na construção das representações sociais.

No caso dos trabalhadores da saúde, estes não se viam como heróis e heroínas, recebendo tal concepção como uma “infelicidade”, ou como a oposição ao reconhecimento, enaltecido pela trabalhadora que pede a aprovação do piso salarial da categoria da enfermagem (Sujeito 4). Ferreira (2020) defende que a criação da figura do herói e heroína para profissionais de saúde possuiu um propósito ideológico e teve como consequência a desumanização dos profissionais de saúde, aspecto que reflete na subjetividade desses trabalhadores e, dessa forma, nos seus processos de saúde e doença.

A divulgação midiática da ideia do profissional da saúde como um herói contribui para produzir um tipo de subjetividade marcada por uma individualidade e um sentimento de autossuficiência o que, por sua vez, pode induzir a uma limitada abordagem uni profissional, no processo de saúde-doença, contrariando o que é preconizado pelo Sistema Único de Saúde. Desse modo, as instituições formadoras em saúde, apesar de serem atravessadas pelas construções sociais, precisam exercer seu papel de produtoras de subjetividade pautada em um cuidado integral em saúde, no trabalho em equipe multiprofissional e na política de humanização. A ideia do profissional da saúde enquanto herói no imaginário social atende ainda ao capital, que, ao fornecer tecnologias, não objetiva exclusivamente a melhoria da qualidade da assistência à saúde, mas também busca a obtenção de vantagens econômicas para setores industriais e comerciais que suprem as demandas tecnológicas geradas pela emergência sanitária. [...]. Por fim, o herói pode servir ainda para que governos, mídia e sociedade civil se desresponsabilizem frente às diversas medidas de controle do novo coronavírus, pois existe um salvador na linha de frente da batalha (Ferreira, 2020, p. 73).

A imagem do herói foi útil para a aprovação da Medida Provisória (MP) nº 927, de 22 de março de 2020, que dispôs sobre as medidas trabalhistas a ser adotadas durante a situação de emergência em saúde pública decorrente da covid-19. Essa MP permitia que os trabalhadores da saúde fizessem jornadas sem limites de horas com direito à compensação em até 18 meses, que as empresas suspendessem as normas relacionadas à saúde e segurança no trabalho, e, assim, a sobrecarga extenuante de trabalho poderia ser realizada pelos “heróis” (Brasil, 2020).

Nos discursos apresentados neste estudo, foi possível analisar como essa perspectiva de ser útil e de estar sempre disponível apareceu explicitamente nas falas dos entrevistados, o que se confirmou no Estudo 2, quando os trabalhadores revelaram cargas de trabalho acima de

60 horas semanais, vínculos de trabalho diferentes, isolamento em um hotel quando saíam do trabalho, sem poder voltar para casa. A construção subjetiva desse herói poderia ser totalmente introjetada pelos trabalhadores. Para alguns, isso pode ter realmente acontecido, mas não sem consequências à saúde.

Nesse ponto, acreditamos que seja válido retomar a TRS para discutir três aspectos da construção social perversa e ideológica dos trabalhadores como heróis: (1) as RS têm funções nas práticas sociais, e tais funções são diferentes, dependendo de quem constrói a representação, porque não existem RS “desencarnadas”, toda RS é de alguém e de algum grupo (Jodelet, 2009); (2) o paradigma proposto por Moscovici (1978/2012) revela um sujeito ativo, um sujeito que resiste e que modifica as representações, especialmente as que lhe são próximas e funcionais; (3) a construção subjetiva das RS afeta o sujeito enormemente, pois possui a função identitária, no entanto, embora a mídia tenha função essencial na construção de tais RS, pois consegue difundir uma mensagem em imagens que rapidamente podem ser objetificadas e ancoradas no pensamento social (Moscovici, 2003), esta não tem papel determinante. Marková (2017) demonstra o papel da dialogicidade na construção das RS, especialmente na mudança de RS hegemônicas. Para a referida autora, o conflito gerado na construção do pensamento consensual é a resistência necessária para a mudança das representações sociais, e, portanto, das práticas sociais. Assim, representações sociais, antes consolidadas, são questionadas e sofrem mudanças.

Dito isso, entendemos que, embora fosse conveniente criar e difundir representações sociais hegemônicas sobre o trabalho na pandemia, construindo um “protótipo”, símbolo do enfrentamento da pandemia de covid-19 na figura do “herói”, do trabalhador de saúde desumanizado (Ferreira, 2020), tal imagem não se configurou para o grupo de trabalhadores da saúde, que, no cotidiano, percebeu os danos que essa ideologia poderia trazer para si e sua saúde. Ao menos é o que podemos perceber na maior parte dos discursos que constituem o *corpus* desta Tese, pois quase ninguém se considerou herói.

A imposição dessa imagem do heroísmo foi combatida por uma ação conjunta entre a Federação Nacional dos Enfermeiros e a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde que reivindicou junto ao Supremo Tribunal Federal (STF) a inconstitucionalidade das regras trazidas pela MP nº 927/2020, que, segundo as entidades, afrontaram o princípio da igualdade e proporcionalidade, o direito à saúde e à dignidade humana, protegidos constitucionalmente.

Ao tomar os profissionais da saúde como heróis, incansáveis, fortes e infalíveis, mesmo diante de longas horas de trabalho estressante, perigoso e desafiador, reduzimos o cuidado direcionado para essas pessoas e aumentamos a possibilidade de

erros na assistência à saúde, autoinoculação e absenteísmo por doença (Ferreira, 2020, p. 66).

O trabalho de enfrentamento da covid-19, distante do heroísmo enaltecido nas mídias, dos interesses políticos e da ideologia capitalista neoliberal, foi representado pelos trabalhadores da saúde como “luta” e “guerra”. Também foi representado como um espaço de “medo” e “sofrimento”, combatido pelo “aprender junto”, uma vez que os trabalhadores não estavam sozinhos, mesmo muitas vezes estando isolados da família. Ademais, foram vítimas de discriminação e preconceito: por serem trabalhadores e trabalhadoras da saúde, muitos se sentiram como o “vírus encarnado” (Azevedo; Torres; Máximo, [2024]). Lutando em uma guerra, mais se assemelhavam a soldados do que a heróis.

Os enunciados “medo” e “sofrimento” foram citados por sete dos oito entrevistados. O único sujeito que não trouxe o enunciado medo foi um psicólogo (Sujeito 2), homem jovem que já iniciou seu trabalho depois da vacinação. O “medo” apareceu, tanto da contaminação quanto de contaminar um familiar. Na análise de conteúdo, o “medo” representou a vivência mais significativa do trabalho na pandemia. Já nos dados do Estudo 2, apenas 16 trabalhadores disseram sentir medo, o que pode revelar uma mudança nos sentimentos relacionados ao trabalho na pandemia, considerando o momento em que o Estudo 2 foi realizado (2022).

Parece válido lembrar que, no momento da pandemia em que as entrevistas aconteceram, entre julho e novembro de 2021, a vacinação ainda estava em processo de disseminação. As informações sobre a covid-19 eram desencontradas, a “verdade” sobre a doença ainda era uma grande incógnita. No RN, a vacinação havia começado no início de 2021, ou seja, ainda era muito recente. Quando o Estudo 2 foi realizado, o isolamento social começou a ser flexibilizado e a vacinação já alcançava uma cobertura populacional mais ampla.

O enunciado “sofrimento” é relacionado ao estresse, ao elevado número de óbitos, à solidão e ao isolamento social. As expressões solidão e isolamento aparecem explicitamente no discurso de quatro entrevistados, o que corrobora o Estudo 2, quando aproximadamente 40% dos participantes afirmaram que a rotina junto aos familiares e amigos foi muito afetada pelo trabalho durante a pandemia de covid-19.

O isolamento social não foi uma realidade para a maioria dos trabalhadores da saúde, mas, em Natal/RN, houve uma ação do Estado que disponibilizou um hotel para que os trabalhadores não voltassem para as suas casas; então, eles trabalhavam 24h, 48h seguidas em seus plantões e, depois, muitos dormiam no hotel. Trata-se de um hotel litorâneo, aparentemente muito confortável, embora nenhum dos trabalhadores tenha relatado nos discursos nada sobre esse local.

Quanto aos relatos de exclusão, estes foram explícitos nos discursos. Por exemplo, quando a técnica de enfermagem sente que seria expulsa de uma padaria (Sujeito 8) ou quando o médico (Sujeito 6) explica que, no seu condomínio, os moradores se afastavam de quem era trabalhador da saúde

. Longe dos prêmios, elogios e agradecimentos típicos dos heróis, os trabalhadores da saúde vivenciaram um processo de exclusão, sendo vítimas de violências psicológicas dentro e fora do trabalho, por pertencerem a essa categoria (Azevedo; Torres; Máximo, [2024]) ou por pertencerem à “ala do covidário” (Sujeito 2).

Um enunciado trazido por todos os entrevistados foi a ausência de treinamento ou treinamento incipiente, que foi representado no Estudo 2 por mais da metade da amostra (Figuras 11 e 12). Dos que foram treinados, mais de um terço informou que o treinamento pouco contribuiu para a prática diária (Figura 12). Isso se confirma na questão sobre processo de trabalho que indica a troca de experiências e macetes entre os trabalhadores para conseguirem realizar as atividades laborais na pandemia. As entrevistas também confirmam esse aspecto dos questionários, pois diante da dificuldade de acessar e entender as normas, especialmente diante da difusão de informações errôneas sobre o tratamento, os trabalhadores se uniram para construir juntos as regras, difundido conhecimento científico entre eles, desenvolvendo uma aprendizagem coletiva pelas práticas.

A subprescrição – entendida como insuficiência de protocolos, prescrições e treinamentos – além de ser fonte de sofrimento psíquico (Doppler, 2007), demanda a autoprescrição de forma individual por parte dos profissionais, da responsabilidade de buscar, a partir de meios espontâneos e dispersos, informações sobre como proceder mediante as demandas postas pelo ambiente de trabalho. A subprescrição se evidenciou na situação do médico (Sujeito 6) que decide realizar o treinamento da própria equipe e da psicóloga hospitalar (Sujeito 5) que precisa fazer a escuta dos seus colegas de trabalho, ambos implicados e comprometidos com o seu trabalho, ultrapassam a prescrição ou mesmo reconstroem as regras para conseguir viabilizar o seu fazer profissional diante do real do trabalho, que a norma, naquele momento, não conseguiu apropriar.

O enunciado de “morte” e “adoecimento” foi apresentado por seis sujeitos. Apenas a trabalhadora que atuava em unidade básica de saúde (Sujeito 7) e não atendia pacientes de maior complexidade e o médico (Sujeito 6), também da atenção básica, não trouxeram o enunciado de morte no trabalho. O termo “morte” descreve o impacto dos profissionais pelo elevado número de óbitos ou pela sensação de ameaça de morte ou de perdas de familiares; aparece de forma explícita na fala de seis entrevistados, e, de forma implícita, na fala de todos os

entrevistados, uma vez que o medo do contágio, é, por extensão, medo da morte. A ameaça de morte iminente se configurou na realidade dos trabalhadores, com isso, o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-traumático se apresentou como sequela para muitos trabalhadores da saúde (Bridgland *et al.*, 2021).

O enunciado “adoecimento” refere-se ao próprio adoecimento do sujeito ou dos colegas pela presença de sentimentos de ansiedade e angústia que elevaram os níveis de estresse. Na análise de conteúdo, pode-se observar que três sujeitos falaram do seu próprio adoecimento e outros três trabalhadores do adoecimento dos colegas.

No artigo de Coelho *et al.* (2021) sobre a covid-19 entre profissionais de saúde, os elementos “medo” e “isolamento” constituíram o núcleo central, estando a “morte” na primeira periferia. Já a pesquisa de Sanches *et al.* (2021) identificou o termo “medo” como palavra central, tanto na nuvem de palavras quanto na análise de similitude, seguido dos termos “isolamento” e “insegurança”. O “medo” esteve presente na maioria dos discursos desta Tese, também nos questionários, inclusive quando o medo constante e o sentimento de insegurança contribuíram para o adoecimento dos trabalhadores, especialmente o adoecimento mental.

Além do adoecimento psíquico, ocorreu o relacionado à infecção de covid-19, uma vez que 48,8% dos participantes do Estudo 2 se infectaram com a covid-19 em decorrência do trabalho. Tal aspecto nos chama a atenção, uma vez que, segundo os estudos de revisão sistemática internacional realizados sobre a temática, aproximadamente 30% de todos os profissionais de saúde se infectaram com covid-19, ou seja, o nosso recorte amostral evidenciou um número maior do que a média internacional.

No segundo estudo, 17 entrevistados disseram sentir-se adoecidos, representando 19,3% do total. No Estudo 2, a questão que trata sobre a sintomatologia apresentada pelos trabalhadores teve como categorias mais relevantes “Adoecimento mental ou estresse”, com 26,1%; “Desânimo e fadiga em geral”, com 20,5% da amostra; e “problemas com o sono” (sonolência ou insônia) com 19,3% (Figura 21). Na investigação sobre o uso de medicamentos (Figura 22), aproximadamente 50% disseram ter usado algum tipo de medicamento que não utilizavam anteriormente; desse grupo, 22% precisaram usar psicotrópicos, demonstrando um adoecimento mental dos trabalhadores.

O estresse foi creditado às situações de improviso causadas pela falta de insumos, falta de pessoal, falta de EPIs, incertezas de protocolos e pela ausência de uma política efetiva de assistência à saúde dos trabalhadores participantes da pesquisa. No questionário, 29,5% dos colaboradores informaram que precisavam atuar a partir da demanda e 21,6% que precisavam lidar com muitas situações imprevistas. Todo esse contexto corroborou um estado constante de

sofrimento psíquico, por isso, as consequências da covid-19 para os trabalhadores da saúde (*Burnout*; patologias de sobrecarga, como estresse; síndromes depressivas; distúrbios da memória e pensamento) devem ser consideradas na interpretação e na transformação da situação de trabalho, além de serem previstas para ações futuras com os profissionais que enfrentaram a covid-19 em diferentes equipamentos de saúde (Máximo *et al.*, 2022; Bridgland *et al.*, 2021).

A atividade de trabalho da psicologia foi modificada durante a pandemia de covid-19. As inovações tecnológicas estiveram presentes nos enunciados dos três profissionais de psicologia: os atendimentos e visitas virtuais foram amplamente utilizados pela categoria de psicólogos hospitalares para aproximar pacientes de familiares. A mudança ocorreu não apenas na atuação de psicólogos hospitalares, mas também na dos psicólogos do trabalho que, longe dos trabalhadores, tiveram de buscar meios de desenvolver treinamentos, orientações, atuar com a saúde e a segurança no trabalho.

Interessante pontuar como os campos de atuação da psicologia se misturaram, convocando os profissionais dessa área a ampliarem seus escopos de atuação por causa da demanda iminente: os trabalhadores também precisaram de escuta, não eram apenas os pacientes e seus familiares. Para suprir essa demanda, apenas os psicólogos e psicólogas hospitalares estavam no interior dos equipamentos de saúde, especificamente dos hospitais, e foram esses profissionais que precisaram acolher os trabalhadores. Uma das psicólogas entrevistadas (Sujeito 5) revelou como teve de acolher e apoiar uma equipe de profissionais que se desestabilizou diante da morte por covid-19 de uma mãe puérpera. Foram muitas as situações dramáticas vivenciadas pelos trabalhadores, e, diante da elaboração de tantas perdas e tantos lutos, a psicologia surgiu como possibilidade de acolhimento. Entendemos, no entanto, que foi principalmente o coletivo de trabalhadores o principal recurso de manutenção da saúde mental.

Todos os discursos foram permeados por uma **formação discursiva** de precarização do trabalho, seja pelos vínculos frágeis, seja pelas instalações inadequadas, seja pela sobrecarga física, cognitiva, psicológica e moral. O conjunto de enunciados acessa um **arquivo** de guerra no sentido de luta com inimigo, de caos, de improviso no atendimento e, por fim, de muitas mortes. A luta se deu contra a pandemia de covid-19, mas também contra a precarização do trabalho, contra a desinformação, contra a gestão opressora e conflituosa, contra as contradições dos governantes.

Diante do exposto, podemos dizer que os elementos presentes nas representações sociais acerca do trabalho no enfrentamento da pandemia de covid-19 são morte, medo, sofrimento, isolamento, estresse, precarização do trabalho, adoecimento do trabalhador e foram

ancorados em categorias relativas à “guerra” e à “luta”. Objetificando os trabalhadores como guerreiros, soldados no *front*, não é de surpreender que se convencionou chamar a atividade como “trabalho na linha de frente”. Essa imagem faz lembrar a figura de enfermeiras no *front* de guerras, como foi citado por Góis e Barbosa (2020) em seu artigo sobre as representações sociais da enfermagem durante a pandemia em portais jornalísticos.

Nos achados desta Tese, o termo “morte” aparece como expressão mais citada, com “medo” logo seguida e pode-se dizer que elas estão associadas, porque o medo é o de morrer ou de ver um familiar morrer. Também foi encontrado o elemento isolamento, mas associado ao sofrimento. Porém, aparecem elementos da especificidade do objeto de estudo “trabalho”, que foram estresse, precarização do trabalho, adoecimento do trabalhador. Um achado importante foi encontrar a ancoragem desses elementos na categoria guerra e objetivação dos trabalhadores como soldados no *front*.

O conteúdo midiático de heroísmo não apareceu nas narrativas dos entrevistados, indicando descompasso entre as imagens midiáticas difundidas acerca dos trabalhadores da saúde e aquela vivenciada por eles, revelando um abismo representacional entre as representações sociais compartilhadas pelo grupo de trabalhadores acerca do enfrentamento da covid-19 e as representações sociais difundidas pela mídia. Isso revela o teor ideológico do discurso midiático, apropriado pelos gestores e governantes, mas ao qual os trabalhadores da saúde participantes desta Tese não se assujeitaram. Pelo contrário, eles foram ativos e reconstruíram a RS do seu trabalho.

A representação social construída pelos trabalhadores foi mais funcional, auxiliando-os a compreender a realidade que eles estavam vivendo, atuando como base para a construção de conhecimentos compartilhados que visaram a lidar com o sofrimento e a morte, resistindo à ideia de que eram heróis, resistindo e lutando para que seu trabalho fosse bem-feito, para que suas vidas e a de seus pacientes fossem preservadas, mas conscientes de que, sozinhos, não conseguiriam continuar trabalhando, por isso, precisaram uns dos outros para compreender esse novo fenômeno que foi a pandemia de covid-19.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os dois estudos realizados e os objetivos traçados para cada um deles, é possível constatar que estes foram atingidos. O objetivo mais amplo foi analisar as representações sociais do trabalho entre trabalhadores e trabalhadoras da saúde do estado do Rio Grande do Norte envolvidos no enfrentamento da covid-19, considerando as repercussões na saúde desses profissionais.

As representações sociais do trabalho na pandemia se pautaram no “medo”, na “morte”, na “luta” e na “guerra”. As RS se revelaram mais funcionais e menos normativas e funcionaram como base para “re-apresentar” uma nova perspectiva para uma ideia que se apregoeou de que os trabalhadores da saúde eram heróis, e que, portanto, poderiam superar toda e qualquer adversidade em prol da humanidade.

Mesmo construindo RS que resistiram às RS hegemônicas simbolizadas pela figura do herói, os trabalhadores da saúde representaram a pandemia como uma guerra e o seu trabalho como de um soldado do *front*. As implicações dessas representações para as práticas sociais desses trabalhadores foram importantes, isso porque, se, de um lado, demonstraram a fragilidade e a precarização do trabalho, de outro, indicaram o potencial dos coletivos de trabalho, sejam eles organizados e formalizados, como no caso dos sindicatos, sejam como equipes cotidianas de trabalho. Como consequência, o adoecimento dos trabalhadores aconteceu e continua acontecendo, especialmente o mental. Muitos desses trabalhadores continuam sofrendo em virtude desse trabalho tão intenso, exaustivo, desregulado pelo qual passaram – e ainda passam –, uma vez que o SUS continua sendo um espaço de luta e de garantia de direitos.

A pandemia de covid-19 trouxe para a nossa realidade uma vivência inédita. Quando imaginávamos que um dia precisaríamos ficar todos em *lockdown* por medo de um vírus que se espalhava deixando muitos mortos? Esse momento histórico de crise sanitária atingiu todas as pessoas, em menor ou maior intensidade. Tal realidade nos colocou diante da fragilidade do que é ser humano. Para ultrapassar esse período, foi necessária muita resiliência. Para nós, trabalhadores da saúde, não foi fácil e não foi fácil para esta pesquisadora revisitar esse tempo por meio desta escrita. Em muitos momentos das leituras, eu me vi mobilizada.

Antes da pandemia, dizia-se: “hoje o plantão foi pesado, teve um óbito”. Durante a pandemia, passou-se a dizer: “hoje o plantão foi leve, teve apenas um óbito”, isso porque era comum o acolhimento a três, quatro e até seis famílias por plantão para assistir a uma comunicação difícil, sempre feita pelo médico. Como dizer para filhos, esposas, maridos que

seus queridos não voltariam porque morrer faz parte do viver? Quisera eu que as mortes tivessem sido apenas por essa razão, mas, como psicóloga, trabalhadora da saúde há 30 anos no SUS, e defensora desse sistema desde o seu princípio, é possível afirmar que a razão das perdas não era apenas por uma questão de adoecimento mas também por questões políticas e sociais.

Quando a pandemia chegou ao Brasil, mais especificamente ao RN, os hospitais não estavam prontos para receber a demanda, não havia respiradores, vagas em leitos de UTI, EPIs adequados, insumos, protocolos de atendimentos. Tudo precisou ser construído e comprado às pressas. Ocorre que essa foi uma tragédia anunciada: sabíamos que a pandemia chegaria rápido, mas nada foi feito. Não houve treinamento ofertado com antecedência aos trabalhadores, tudo foi feito às pressas e, muitas vezes, de forma incipiente.

Pode-se dizer que o que sustenta o SUS é o compromisso de seus profissionais devido a esta pesquisadora ser testemunha de diversas situações em que as ações foram concretizadas pela “força do ódio” da equipe: já houve casos em que médicos compraram medicações para pacientes internados porque estava faltando no hospital. A equipe psicossocial também contribuía com frequência, uma vez que praticamente toda a medicação era fornecida pelas amostras grátis que as psiquiatras traziam. Para quem vê o SUS de fora, não percebe essas nuances. A maior parte dos profissionais é muito comprometida em prestar a melhor assistência.

O cenário do início da pandemia foi de hospitais em reforma, trocando seus tanques de oxigênio por tanques maiores, com capacidade de atender a demanda; fila de espera para UTIs; pacientes sozinhos porque não era permitido acompanhantes, em sua maioria, idosos. Além disso, novas rotinas com processos de trabalhos foram construídas às pressas, havia desconhecimento sobre como tratar a doença, por isso, protocolos se modificavam na medida que os estudos científicos avançavam. Com isso, tem-se mesmo um cenário similar ao de uma guerra.

A prática dos profissionais os levou a buscar significações para suas vivências no que se imagina que é uma guerra. O vírus foi visto como o inimigo a ser combatido e era preciso ser guerreiro para enfrentá-lo. Foi preciso força e resiliência, qualidades que se exigem de um soldado no *front*. Mas a luta não foi apenas contra o vírus mas também com a gestão por instalações adequadas, por EPIs, por quantitativo de profissionais e até mesmo por número de leitos.

A exemplo da guerra, a iminência de morte esteve presente nesse período, tanto da própria morte quanto da daqueles que amamos. Dessa forma, a principal experiência vivida pelos profissionais foi o medo: medo diante do impacto de tantas mortes. Nunca havíamos perdido tantos pacientes. O medo de contaminar um familiar fez com que muitos trabalhadores

se isolassem, passando meses sem ver a família. A solidão, o medo, a sobrecarga de trabalho, toda essa somatória levou os profissionais a um sofrimento psíquico intenso.

Na ausência de políticas assistenciais preventivas para suporte dos trabalhadores, os serviços de psicologia dos hospitais se voltaram para o atendimento de seus próprios profissionais. Foram muitos os trabalhadores que passaram pelo serviço de psicologia. Um dos trabalhadores atendidos por esta pesquisadora chegou a dizer: “não consigo dormir porque fico lembrando dos gritos dos pacientes a me chamar”. Nesse atendimento, houve a expressão de uma vivência traumática. Essa trabalhadora foi afastada por motivo de adoecimento.

As sintomatologias mais comuns foram de insônia, ansiedade e depressão, o que não difere dos achados desta Tese. Nesse caso, considerando que essa prática e todos os sentimentos vivenciados foram responsáveis para a construção das RS dos trabalhadores acerca de seu trabalho na pandemia como um trabalho em que havia precarização, sobrecarga, sofrimento, medo e muitas mortes, foi essa vivência acima descrita que deu subsídio para a significação do trabalho. As significações midiáticas não foram internalizadas pelos profissionais. Em nenhuma das respostas dos participantes havia relatos de trabalhadores que se sentiram heróis, mas, sim, profissionais em sofrimento psíquico.

Em face do exposto, esperamos que esta Tese deixe dois legados: o primeiro que desperte para a necessidade de se repensar as políticas assistenciais para os trabalhadores da saúde a fim de que elas não sejam apenas curativas, como se vê muitas vezes nos Centros de Referência à Saúde do Trabalhador (CERST), mas que também observem os princípios do SUS, desenvolvendo estratégias de prevenção. O segundo diz respeito à sistematização da Teoria das Representações Sociais, de modo que possa inspirar pesquisas que busquem fortalecer a importância da vivência prática do cotidiano na construção das representações sociais.

Em relação ao que foi vivenciado em tempos de pandemia, é preciso dizer que “Nunca me esquecerei desse acontecimento na vida de minha retina tão fatigada. Nunca me esquecerei que no meio do caminho havia uma pandemia” (Drummond não negaria essa licença poética).

REFERÊNCIAS

7.000 TRABALHADORES de saúde já morreram de covid-19 em todo o mundo, aponta Anistia Internacional. **Anistia Internacional**, c2024. Disponível em: <https://anistia.org.br/informe/7-000-trabalhadores-de-saude-ja-morreram-de-covid-19-em-todo-o-mundo-aponta-anistia-internacional/>. Acesso em: 6 out. 2024.

ABRAHÃO, J.; SZNELWAR, L.; SILVINO, A.; SARMET, M.; PINHO, D. Situação de trabalho. In: ABRAHÃO, J.; SZNELWAR, L.; SILVINO, A.; SARMET, M.; PINHO, D. (org.). **Introdução à ergonomia**: da prática à teoria. São Paulo: Editora Blucher, 2009. p. 43-76.

ALMEIDA, A.; SANTOS, M. F. A Teoria das Representações Sociais. In: TORRES, C. V.; NEIVA, E. R. (org.). **Psicologia Social**: principais temas e vertentes. São Paulo: Artmed, 2011. p. 287-295.

ALMEIDA, R. M. F.; ANTUNES, L. M. S.; BARROS, F. M.; SILVA, R. C. Covid-19: um novo fenômeno de representações sociais. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, UERJ, n. 25, spe, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0118>. Acesso em: 6 out. 2024.

AMIN, S. The psychology of coronavirus fear: are healthcare professionals suffering from corona-phobia? **Int J Healthc Manag**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 249-256, 2020. Disponível em: <https://scholar.archive.org/work/3tx336euenejppywhjb22aghva/access/wayback/https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/20479700.2020.1765119?needAccess=true>. Acesso em: 6 out. 2024.

ANDRADE, C. D. **Uma pedra no meio do caminho**. Biografia de um poema. Rio de Janeiro: Editora do Autor, 1967.

AZEVEDO, P.; TORRES, T.; MÁXIMO, T. “**Sou O Vírus Encarnado**”: preconceito e discriminação vivenciados por trabalhadores da saúde durante a pandemia de covid-19. [2024]. No prelo.

BACKES, M. T. S.; HIGASHI, G. D. C.; DAMIANI, P. R.; MENDES, J. S.; SAMPAIO, L. S.; SOARES, G. L. Condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Rev Gaúcha Enferm.**, [s. l.], v. 42, esp., e20200339, 2021. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/1898/3100/3224>. Acesso em: 6 out. 2024.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BORGES, L. O.; FALCÃO, J. T. R.; ALVES FILHO, A.; COSTA, M. T. P. Condições de trabalho. In: BENDASSOLLI, P. F.; BORGES-ANDRADE, J. E. **Dicionário de Psicologia do Trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015. p. 227-236.

BRASIL. **Medida Provisória nº 927, de 22 de março de 2020.** Dispõe sobre as medidas trabalhistas para enfrentamento do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19), e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Mpv/mpv927.htm#:~:text=MPV%20927&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20medidas%20trabalhistas,%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias. Acesso em: 6 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Economia. Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. **Nota Técnica SEI nº 56.376, de 11 de dezembro de 2020.** Covid-19, nexos com o trabalho à luz da legislação previdenciária. Medida Provisória nº 927, de 2020. Disponível em: https://www.gov.br/economia/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2020/sei_me-12415081-nota-tecnica-covid-ocupacional.pdf. Acesso em: 6 out. 2024.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma regulamentadora nº 32, de 22 de outubro de 2020.** Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/norma-regulamentadora-no-32-nr-32#:~:text=A%20NR%2D32%20tem%20como,assist%C3%A2ncia%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20em%20geral>. Acesso em: 6 out. 2024.

BRIDGLAND, V. M. E. *et al.* Why the covid-19 pandemic is a traumatic stressor. **PLoS ONE**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. e0240146, jan. 2021.

CASTRO, B. S. M.; CAMACHO, K. G.; REIS, A. T.; ABRAMOV, D. M.; GOMES JUNIOR, S. C. S.; MOORE, D. C. B. C.; JUNQUEIRA-MARINHO, M. F. Olha, você (não) está sozinho: a circulação da dívida e a saúde mental de profissionais de saúde durante a pandemia de covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 28, n. 10, p. 3.069-3.076, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.14152023>. Acesso em: 6 out. 2024.

CERCILIER, P. M. C.; OLIVEIRA, D. C.; STEFAISK, R. L. M.; DOMINGUES, J. P.; MACHADO, Y. Y. Autoproteção para enfermeiros na covid-19. **Rev. enferm.**, Rio de Janeiro, UERJ, v. 32, n. 1, e74342, 29 maio 2024. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/74342>. Acesso em: 6 out. 2024.

COELHO, M. M. F.; VASCONCELOS, V. M.; CABRAL, R. L.; OLIVEIRA, R. M.; ARAÚJO, M. A. M.; GOMES, A. M. T. Análise estrutural das representações sociais sobre covid-19 entre enfermeiros assistenciais. **Texto Contexto Enferm**, [s. l.], v. 30, e20200358, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/xCMtfcmgcPwQXZTYTYJ4YSZJ/?lang=pt>. Acesso em: 6 out. 2024.

COIMBRA, M.; IKEGAMI, E. M.; FERNANDES, A. P. F.; VIRTUOSO JUNIOR, J. S.; FERREIRA, L. A. Fadiga por compaixão em profissionais de saúde durante a pandemia da covid-19: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 7, e51610717028, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/352978911_Fadiga_por_compaixao_em_profissionais_de_saude_durante_a_pandemia_da_Covid-19_Revisao_integrativa. Acesso em: 6 out. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 4, de 26 de março de 2020**. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do covid-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0358>. Acesso em: 6 out. 2024.

COUTINHO, M.; OLIVEIRA, F. Algumas ferramentas teóricas para o estudo psicossocial do trabalho: práticas cotidianas, processos de significação e identidades (1918). In: COUTINHO, M.; BERNARDO, M.; SATO, L. (org.). **Psicologia Social do Trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2018. p. 94-120.

DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por covid-19. **Interface**, Botucatu, v. 25, e200203, 2021. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200203>. Acesso em: 6 out. 2024.

DEJOURS, C. A sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. **Revista Portuguesa de Psicanálise**, [s. l.], v. 33, n. 2, p. 9-28, 2013.

DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 2007.

DOPPLER, F. Trabalho e saúde. In: FALZON, P. (org.). **Ergonomia**. São Paulo: Blucher, 2007. p. 47-58.

FARR, R. M. **Raízes da Psicologia Social moderna**. Petrópolis: Vozes, 1998.

FARR, R. M. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (org.). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 31-62.

FERREIRA, M. S.; TRAVERSINI, C. S. A análise foucaultiana do discurso como ferramenta metodológica de pesquisa. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 207-226, jan./mar. 2013. Disponível em: http://www.ufrgs.br/edu_realidade. Acesso em: 6 out. 2024.

FERREIRA, S. C. Do perigo em se criar heróis: a desumanização dos profissionais da saúde em meio à pandemia. **Debates em Educação**, [s. l.], v. 12, n. 28, p. 63-76, 2020.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense-universitária, 2008.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 2006.

FREDERICO, L. Política y trabajo en salud: ¿la pandemia de covid-19 como acontecimiento. **Cad. Saúde Pública**, [s. l.], v. 37, n. 4, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00240120>. Acesso em: 6 out. 2024.

GERNET, I.; DEJOURS, C. Avaliação do trabalho e reconhecimento. In: BENDASSOLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. (org.). **Clínicas do Trabalho**: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011. p. 62-70.

GÓIS, A. R. S.; BARBOSA, P. F. C. Representações sociais sobre a enfermagem durante a pandemia da covid-19. **Av Enferm.**, [s. l.], n. 38, p. 21-31, 2020. Supl. 1. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/z6yg7>. Acesso em: 6 out. 2024.

GUARESCHI, P. Representações Sociais e Ideologia. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, EDUFSC, Edição Especial Temática, p. 33-46, 2000.

GUÉRIN, F.; KERGUÉLEN, A.; LAVILLE, A. Trabalho, tarefa e atividade. In: GUÉRIN, F.; KERGUÉLEN, A.; LAVILLE, A.; DANIELLOU, F.; DURAFFOURG, J. (org.). **Compreender o trabalho para transformá-lo**: a prática da ergonomia. São Paulo: Blucher, 2001. p. 11-46.

GUIMARÃES-TEIXEIRA, E.; MACHADO, A. V.; LOPES NETO, D.; COSTA, L. S.; GARRIDO, P. H. S.; AGUIAR FILHO, W.; SOARES, R. S.; SANTOS, B. R.; CRUZ, E. A.; CONTRERA, M. A.; DELGADO, P. G. G. Comorbidades e saúde mental dos trabalhadores da saúde no Brasil. O impacto da pandemia da covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 28, n. 10, p. 2.823-2.832, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kWrTKHyBhT6SYGgkkLyDL3y/>. Acesso em: 6 out. 2024.

HARVEY, J. Perspectives covid-19 and PPE in context: an interview with China. **Journal of Public Health**, [s. l.], v. 42, n. 3, p. 480-482, 2020.

HEALTH AND CARE Workers are owed a better future. **The Lancet**, Editorial, [s. l.], v. 347, n. 10272, p347, 30 jan. 2021. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00179-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00179-3/fulltext). Acesso em: 13 set. 2024.

HIRATA, H. KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, [s. l.], v. 37, n. 132, set./dez. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/cCztcWVvvtWGDvFqRmdsBWQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 dez. 2024.

JAIN, A.; HASSARD, J.; LEKA, S.; DI TECCO, C.; IAVICOLI, S. The role of occupational health services in psychosocial risk management and the promotion of mental health and well-being at work. **Int J Environ Res Public Health**, [s. l.], v. 18, n. 7, 2021.

JODELET, D. **Loucuras e Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

JODELET, D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das Representações Sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, DF, v. 24, n. 3, p. 679-712, 2009.

JODELET, D. Ponto de Vista: sobre o movimento das Representações Sociais na comunidade científica brasileira. **Temas em Psicologia**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 19-26, 2011.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 17-44.

LANCMAN, S.; VAN WIJK, L. B.; ROCHA, T. O.; SOUZA, N. B. M.; SILVA, T. N. R. Os trabalhadores do contexto hospitalar em tempos de pandemia: singularidades, travessias e potencialidades. **Interface**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 1-15, 2021.

MACHADO, M. H. *et al.* Condições de trabalho e biossegurança dos profissionais de saúde e trabalhadores invisíveis da saúde no contexto da covid-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 28, n. 10, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7GYcHBQ3mHLbKFY89VQsrHG/>. Acesso em: 6 out. 2024.

MARKOVÁ, I. A fabricação da teoria de representações sociais. **Cadernos de pesquisa**, [s. l.], v. 47, n. 163, p. 358-375, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/3VdRjVMytzZqPRjWPkPNKTG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 6 out. 2024.

MARTIN-DELGADO, J.; VITERI, E.; MULA, A.; SERPA, P.; PACHECO, G.; PRADA, D. Availability of personal protective equipment and diagnostic and treatment facilities for healthcare workers involved in covid-19 care: a cross-sectional study in Brazil, Colombia, and Ecuador. **PLoS One**, [s. l.], v. 15, n. 11, e0242185, 2020.

MASSIMI, M. Matrizes de Pensamentos em Psicologia Social na América Latina: história e perspectiva. In: CAMPOS, R.; GUARESCHI, P. **Paradigmas em Psicologia Social: a perspectiva latino-americana**. Petrópolis: Vozes, 2014. p. 32-58.

MÁXIMO, T.; MOURA, E.; TORRES, T.; ARAÚJO, A.; SOUZA, P. Z.; CRUZ, R. Uma análise sobre a saúde de trabalhadores que estão no enfrentamento à Pandemia. **Laboreal**, [s. l.], v. 18, n. 2, 2022. Disponível em: <http://journals.openedition.org/laboreal/19841>. Acesso em: 6 out. 2024.

MEDEIROS, R. T. O.; CARBOGIM, F. C.; SANTANA ALMEIDA, G. B.; ALVES, M. S.; PALASSON, R. R. Covid-19: a sobrecarga de trabalho na luta pela vida. Representações sociais de profissionais de enfermagem. **Nursing Edição Brasileira**, [s. l.], v. 26, n. 303, p. 9.831-9.835, 2023. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3110>. Acesso em: 3 set. 2024.

MESSIAS, J.; AMBIEL, R.; BARBI, K. Saúde mental de trabalhadores da saúde: o que aprendemos com a pandemia? **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s. l.], v. 72, n. 1, p. 2-3, 2023. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/vz85JkmRNj59rL3fWMQx9PH/?lang=pt>. Acesso em: 3 set. 2024.

MIASSATO, F. Sem heróis, sem heroínas: reflexões sobre o discurso heroico utilizado pela mídia sobre os profissionais de enfermagem na pandemia de covid-19. **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.**, Brasília, DF, v. 11, n. 2, 2022. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/881>. Acesso em: 3 set. 2024.

MOARES, M. M. (org.). **Os impactos da pandemia para o trabalhador e suas relações com o trabalho**. Porto Alegre: Artmed, 2020. (Coleção O trabalho e as medidas de contenção da covid-19: contribuições da Psicologia Organizacional e do Trabalho, 2).

MOSCOVICI, Serge. **A Psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: investigação em Psicologia Social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOURA, E. C.; CORTEZ-ESCALANTE, J.; CAVALCANTE, F. V.; BARRETO, I. C. H. C.; SANCHEZ, M. N.; SANTOS, L. M. P. Covid-19: temporal evolution and immunization in the three epidemiological waves, Brazil, 2020–2022. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 56, n. 105, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/798jKxCNGhB85QBJXdK6h9z/>. Acesso em: 3 set. 2024.

NÓBREGA, M. P.; MARCHETI, P. M.; ZERBETTO, S. R.; RÉZIO, L. A.; QUEIROZ, A. M.; SOUSA, A. R.; MOREIRA, W. C. Representações sociais dos profissionais de Enfermagem brasileiros sobre a covid-19 no contexto da saúde mental. **Investigação Qualitativa em Saúde: avanços e desafios**, [s. l.], v. 13, e667, 2022. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/711>. Acesso em: 3 set. 2024.

NOVAES, A. Uma trajetória da Teoria das Representações Sociais no Brasil. In: ORTEGA RUBÍ, M. E. (ed.). **Relatos Históricos da Teoria das Representações Sociais na América Latina**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2023. p. 116-144.

PASSOS, I. A Análise foucaultiana do discurso e sua utilização em pesquisa etnográfica. **Psicologia: teoria e pesquisa**, [s. l.], v. 35, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/TsLbK3z9wHWGmyrqR6yGpSz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 set. 2024.

REGO, S.; PALÁCIOS, M. Saúde mental dos trabalhadores de saúde em tempos de coronavírus. **Informe ENSP**, São Paulo, 30 mar. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/40659>. Acesso em: 3 set. 2024.

RIBEIRO, B.; GIONGO, C.; PEZEZ, K. “Não somos máquinas!”: saúde mental de trabalhadores de saúde no contexto da pandemia por covid-19. **Política e Sociedade**, [s. l.], v. 20, n. 48, 2021.

RIBEIRO, D. **Lugar de fala**. São Paulo. Editora Jandaíra, 2024.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Boletim Epidemiológico nº 386, de 1º de julho de 2021**. Informe epidemiológico coronavírus. Natal: SESAP-RN, 2021. Disponível em: <https://portalcovid19.saude.rn.gov.br/medidas/boletimsepidemiologicos/>. Acesso em: 3 set. 2024.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. **Boletim Epidemiológico nº 487, de 30 de novembro de 2021**. Informe epidemiológico coronavírus. Natal: SESAP-RN, 2021. Disponível em: <https://portalcovid19.saude.rn.gov.br/medidas/boletimsepidemiologicos/>. Acesso em: 3 set. 2024.

SÁ, C. **A construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SÁ, C. **Estudo de Psicologia Social: história, comportamento, representações e memória**. Rio de Janeiro: UERJ, 2015.

SÁ, C. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: ISPINK, M. (org.). **O Conhecimento no Cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-44.

SANCHES, L. C.; MOLIANI, M. M.; SANTOS, C. R. S. A.; SCHWYZER, I. Representações Sociais dos profissionais de saúde relativas ao trabalho no período de pandemia da covid-19. **Plural**, [s. l.], v. 29, n. 2, p. 14-29, 2022. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/plural/article/view/201265>. Acesso em: 3 set. 2024.

SHIMIZU, H. E.; SOUSA, Y. S. O.; APOSTOLIDIS, T. As Representações Sociais da covid-19 dos usuários dos serviços da Atenção Primária no contexto da Pandemia. **Cien Saude Colet**, [s. l.], nov. 2023. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/as-representacoes-sociais-da-covid19-dos-usuarios-dos-servicos-da-atencao-primaria-no-contexto-da-pandemia/18984?id=18984>. Acesso em: 3 set. 2024.

SIMONEAU, A. S.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais e meios de comunicação: produção do conhecimento científico em periódicos brasileiros. **Psicologia e Saber Social**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 281-300, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/psi-sabersocial/article/view/14478>. Acesso em: 13 set. 2024.

TORRES, T. L.; MÁXIMO, T. A. O.; GOMES, M. E. D.; LOPES, M. L. B. Trabalhadores da saúde e covid-19: uma revisão integrativa e metanálise qualitativa sobre saúde mental e segurança no trabalho. In: ABREU, E.; BARBOZA, M. **Psicologia na atualidade: contextos de formação e atuação**. João Pessoa: UFPB, 2021. *E-book*.

VALA, J. (org.). Representações Sociais – para uma psicologia social do pensamento social. *In*: VALA, J.; MONTEIRO, M. (org.). **Psicologia Social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993. p. 353-384.

VALA, J.; CASTRO, P. Pensamento Social e Representações Sociais. *In*: VALA, J.; MONTEIRO, M. (org.). **Psicologia Social**. 9. ed. rev. atual. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2013. p. 569-602.

VEDOVATO, T. G.; ANDRADE, C. B.; SANTOS, D. L.; BITENCOURT, S. M.; ALMEIDA, L. P. D.; SAMPAIO, J. F. D. S. Trabalhadores(as) da saúde e a covid-19: condições de trabalho à deriva? **Rev Bras Saúde Ocup**, [s. l.], n. 46, 2021.

VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

WERNECK, G.; CARVALHO, M. **A pandemia de covid-19 no Brasil**: crônica de uma crise sanitária acumulada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/7486/16591>. Acesso em: 13 set. 2024.

XAVIER, R. Representação social e ideologia: conceitos intercambiáveis? **Psicologia & Sociedade**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 18-47, jul./dez. 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ESTUDO 1

Roteiro de Entrevista - Projeto: A saúde dos trabalhadores da saúde no contexto da pandemia do Covid-19: prevenção e cuidado (UFPB/CNPq)

Dados Sociodemográficos:

1. Qual o seu nível de escolaridade?
 2. Qual a sua profissão?
 3. Gênero: ☐ Masculino ☐ Feminino
 4. Qual a sua idade?
 5. Como você se classifica com relação a sua cor ou raça?
☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Amarela
 6. Em qual(uais) estado(s) você atua ou atuou no enfrentamento a covid-19?
 7. Em qual região(ões) do estado você atua ou atuou no enfrentamento a covid-19?
☐ Região Metropolitana ☐ Região Interiorana
 8. Em média, quanto é o seu salário líquido?
 9. Você é o principal mantedor financeiro da sua casa?
 10. Você possui outra atividade de trabalho remunerada?
 11. Com quem você reside?
 12. Você possui filhos? Se sim, quantos?
 13. Alguma(s) das pessoas que reside(m) com você faz(em) parte do grupo de risco da covid-19?
-
1. Gostaria de saber um pouco da sua história de trabalho nesse contexto de pandemia. Por favor, me conte como você começou a trabalhar e como foi esse percurso até hoje.
 - 1.1 Você poderia comentar se teve a opção ou não de atuar na linha de frente? Você tem conhecimento de como ocorreu essa designação de profissionais?
 2. Poderia me contar sobre a sua rotina desde o momento que você sai de casa até o final do dia de trabalho.
 - 2.1 Como é um dia típico de trabalho? E como é um dia intenso?
 - 2.2 Houve alterações na sua rotina de trabalho após a pandemia? Se sim, você poderia comentar sobre elas?
 3. Você poderia me contar alguma situação vivenciada no seu trabalho que para você representa esse momento de pandemia?
 4. Quais vivências de prazer que você tem/teve no seu trabalho?
 5. Quais vivências de sofrimento que você tem/teve no seu trabalho?

5.1 Quais as estratégias que você utiliza para lidar com esse sofrimento?(Individual ou Coletivamente).

6. Como você avalia suas relações de trabalho,

6.1 Com colegas?

6.2 Com a gestão?

6.3 Com os pacientes?

6.4 Com familiares dos pacientes?

7. Como você avalia as suas condições de trabalho?

7.1 Acesso, utilização, gestão de EPI

7.2 Treinamento

8. Como você aprendeu a realizar suas atividades de trabalho nesse contexto de pandemia e em relação a doença da Covid-19? (obj.7) – cooperação, colaboração, competição.

9. Como você avalia as políticas de saúde e segurança no trabalho para os trabalhadores da saúde que estão atuando com covid-19 (assistência, cuidado, protocolos).

10. O que você pensa a respeito da saúde dos trabalhadores da saúde? (obj.5)

10.1 Como você avalia a sua saúde enquanto trabalhador/trabalhadora da saúde? (obj.5)

11. Nesse período de pandemia você presenciou alguma situação de risco ou de acidente de trabalho? Se sim, poderia relatar como tudo aconteceu.

12. Você se sente reconhecido no seu trabalho? De que maneira? Você acredita que esse reconhecimento mudou depois da pandemia? (Observar preconceito, relações de poder)

13. Você já percebeu, sofreu ou presenciou situações de preconceito por ser profissional da saúde durante a pandemia? Se sim, você poderia relatar como aconteceu.

14. Como você avalia o início da vacinação para os profissionais da saúde de linha de frente? Você acha que a vacinação provocou alguma mudança nas relações do processo de trabalho e com a sociedade? Se sim, de que forma isso aconteceu.

15. O que significa trabalhar na pandemia para você?

16. Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa que não foi contemplada anteriormente ou teria alguma sugestão a respeito da entrevista?

17. Como você se sente após a realização dessa entrevista?

APÊNDICE B – ESTUDO 2

QUESTIONÁRIO

Introdução do questionário:

Este questionário objetiva compreender as relações entre saúde e trabalho para trabalhadores que estão atuando no enfrentamento à Pandemia, portanto, pedimos que respondam às questões tomando como base suas vivências de trabalho durante este período. Por favor, leia atentamente as questões. Sua participação é muito importante para nós, tendo em vista que esta pesquisa poderá dar visibilidade à complexidade do trabalho no SUS nesse contexto, subsidiando decisões em termos de políticas públicas.

REGIME E RELAÇÕES DE TRABALHO

1.Quantos vínculos de trabalho você tem:

1 vínculo

2 vínculos

3 vínculos

Mais de 3 vínculos

2.O meu vínculo na atividade principal de trabalho é:

Servidor(a) público(a)

Celetista

Contrato por tempo determinado

Prestador(a) de serviços eventuais

Autônomo(a) ou cooperativa

Contrato verbal

3. Tipo de instituição em que trabalho no meu vínculo principal

Hospital privado

Hospital público

Hospital de campanha

Hospital filantrópico

UPA (Unidade de Pronto-Atendimento)

SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)

APS (Centro de Saúde/UBS/USF/UBSF/Unidades mistas)

Policlínica ou clínica/centro especializadas

Atendimento remoto

4. Minha remuneração mensal (líquida) na minha atividade principal é:

Até 2 salários-mínimos (Até R\$ 2.200,00)

De 2 até 5 salários-mínimos (Acima de R\$ 2.200,00 até R\$ 5.500,00)

De 5 até 7 salários-mínimos (De R\$ 5.500,00 até R\$ 7.700,00)

Mais de 7 salários-mínimos (Acima de R\$ 7.700,00)

5. Minha jornada de trabalho, por semana, considerando todos os meus vínculos empregatícios, é de:

☐ Até 20h

☐ Entre 20 e 40h

☐ Entre 40 e 60hs

☐ Mais de 60hs

CONDIÇÕES E CARACTERÍSTICAS DO MEU TRABALHO

6. Qual sentimento é mais latente no seu dia a dia de trabalho?

Me sinto apoiado

Me sinto reconhecido

Me sinto alegre

Me sinto com raiva

Me sinto triste

Me sinto com medo

Me sinto adoecido

7. Marque a afirmativa que melhor caracteriza o seu dia a dia de trabalho:

☐ Necessito trabalhar em ritmo intenso, que impede a realização de pausas

☐ Fazer várias coisas ao mesmo tempo

☐ Lidar com muitas situações imprevistas

☐ Atuar a partir da demanda/necessidade do público/ clientes/ usuários(a).

☐ Adaptar-me a mudanças de métodos e/ou instrumentos

☐ Estar disponível permanentemente através da internet, celular, etc.

☐ O número de trabalhadores/as é compatível com as tarefas a realizar

FORMAÇÃO, RECURSOS E ORGANIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO MEU TRABALHO

8. Recebi treinamento para atuar no combate à covid-19?

SIM (redirecionar automaticamente para as específicas)

NÃO (pular automaticamente para as seguintes)

9. (SE SIM) Esse(s) treinamento(s) contribuiu para a minha atuação frente à covid-19:

Escala flutuante: Nada - Um pouco - Muito - Totalmente 10.

Com relação às orientações e condições de trabalho, marque a opção que melhor caracteriza sua atividade:

☐ Preciso lidar com instruções contraditórias ou mesmo falta de guias, protocolos e manuais.

☐ Disponho de guias, protocolos ou manuais de orientação nos quais posso me basear[S9]

☐ Disponho dos recursos técnicos necessários (materiais, instrumentos, equipamentos, equipamentos de proteção individuais)

☐ Eu e meus colegas trocamos experiências e macetes para conseguir realizar as atividades de trabalho durante a pandemia

☐ Não recebi nenhuma orientação técnica vinda da gestão para atuar na pandemia, precisando buscar conhecimentos para tal de outras fontes.

10. Recebi EPIS para meu trabalho no combate à pandemia de COVID-19?

SIM (redirecionar automaticamente para as específicas)

NÃO (pular automaticamente para as seguintes)

11. Em relação a esses EPIS, marque a opção que melhor representa a realidade:

() Recebo equipamentos em quantidade inferior ao necessário

() Recebo equipamentos de qualidade inferior ao que seria necessário

- ☐ Recebo equipamentos em qualidade e quantidade inferior ao necessário
- ☐ Sou solicitado a economizar os equipamentos
- ☐ Sempre recebi EPIs suficientes, em qualidade e quantidade, para realizar o meu trabalho
- ☐ Já precisei comprar ou improvisar EPIs para levar pro trabalho.

12. Marque a afirmativa que mais representa o seu uso de EPIs no trabalho:

- ☐ Nunca aconteceu de realizar o meu trabalho sem estar completamente paramentado (usando todos os EPIs necessários).
- ☐ Já aconteceu de não usar algum dos EPIs durante o trabalho porque incomodam ou dificultam a realização do trabalho (ou por qualquer outro motivo).
- ☐ Já aconteceu de não usar algum dos EPIs porque a instituição não ofereceu.
- ☐ Após a vacinação, fiquei menos rigoroso(a) com o uso dos EPIs.

RELAÇÕES COM O PÚBLICO (CLIENTES/USUÁRIOS/AS)

13. Para [13] mim, ter contato com os usuários/ pacientes é:

- ☐ Agradável / gratificante
- ☐ Desagradável / desgastante
- ☐ Às vezes agradável/gratificante, às vezes desagradável/ desgastante

14. As necessidades dos usuários/ pacientes são (Marque a opção que melhor representa para você):

- ☐ Sempre atendidas
- ☐ Atendidas somente com muito esforço ou através de soluções improvisadas
- ☐ Difíceis de atender por falta de recursos
- ☐ Difíceis de atender porque a solução não depende diretamente de mim ou está além das minhas atribuições
- ☐ Nunca são atendidas devidamente

15. No meu trabalho, eu já vivenciei algum tipo de violência?

(Marque a que mais representa seu trabalho).

- ☐ Sim. Agressão verbal

- ☐ Sim. Agressão física
- ☐ Sim. Assédio sexual.
- ☐ Sim. Assédio Moral.
- ☐ Sim. Preconceito ou discriminação por ser trabalhador da saúde atuando com Covid-19.
- ☐ Sim. Preconceito ou discriminação por outros motivos
- ☐ Não sofri nenhum tipo de violência no trabalho.

RECONHECIMENTO E SATISFAÇÃO NO TRABALHO

16. Sobre o reconhecimento e a satisfação em meu trabalho, marque a opção que melhor representa para você:

- ☐ Faço coisas que me dão prazer
- ☐ Minha opinião é considerada para o funcionamento do serviço
- ☐ O público demonstra satisfação (ou gratidão) com o que faço
- ☐ Os/as colegas demonstram que admiram o modo como desenvolvo as atividades ☐ A chefia demonstra que reconhece minha dedicação
- ☐ A sociedade de um modo geral valoriza o que faço
- ☐ Realizo um trabalho útil
- ☐ Não me sinto reconhecido(a) pelo trabalho que realizo.

17. A instituição onde trabalho ofereceu ações de saúde mental para seus trabalhadores durante a pandemia:

- ☐ sim
- ☐ não (redirecionar automaticamente para “Durante a pandemia...”)

18. Como você avalia as ações oferecidas em saúde mental para sua saúde, enquanto trabalhador:

- ☐ Elas foram importantes para mim, para que eu conseguisse lidar com as dificuldades do meu trabalho.
- ☐ Elas foram pontuais, e não me ajudaram a realizar meu trabalho durante a Pandemia.
- ☐ Deveriam ser feitas de forma mais sistemática.
- ☐ Elas foram insuficientes, pois não contribuíram para manutenção da minha saúde enquanto trabalhador

20. Durante a pandemia, com que frequência a sua relação com amigos e familiares foi afetada pelo seu trabalho com a covid-19?

- ☐ Nunca/ em nenhum momento
- ☐ Pouco/Raramente
- ☐ Ocasionalmente
- ☐ Frequentemente
- ☐ Muito Frequentemente/Toda minha rotina foi alterada

21. Como você se sente, de forma geral, em relação ao seu trabalho durante a pandemia?

Muito Insatisfeito - Insatisfeito - Moderado - Satisfeito - Muito Satisfeito

MINHA SAÚDE Chegou a hora de falar sobre problemas de saúde, formas de proteção e cuidados SAÚDE E TRABALHO

22. O meu trabalho na pandemia, causou ou agravou algum desses sintomas abaixo (Marque a alternativa que mais se identifica):

Gripes e resfriados ou viroses constantes

Problemas digestivos (vômitos, dores de barriga, diarreia, etc)

Adoecimento mental ou estresse (pode destrinchar esse de acordo com as sugestões abaixo)

Lesões físicas (fraturas, lesões por esforço repetitivo, DORT, etc)

Problemas Cardio-circulatório (hipertensão, infarto no miocárdio, angina, etc)

Problemas relacionados à dependência química (alcoolismo, tabagismo, uso de drogas)

Problemas de sono (sonolência, insônia)

Problemas relacionados à vida sexual Desânimo e fadiga em geral

21. Comecei a fazer uso de algum medicamento durante a Pandemia?

- ☐ Sim
- ☐ Não (pular automaticamente a próxima)

22. Esses medicamentos, em sua maioria, foram:

- ☐ Analgésicos
- ☐ Antiinflamatórios
- ☐ Vitaminas

☐ Psicotrópicos

23. Pensando no meu trabalho durante a pandemia de covid-19, me identifico com as seguintes frases:

Escala: Discordo Totalmente;

Concordo;

Nem concordo nem discordo;

Concordo;

Concordo Totalmente.

Meu trabalho me identifica/ diz quem eu sou

Me sinto inseguro(a) em fazer meu trabalho por falta de experiência

Meu trabalho possui reconhecimento social

Meu trabalho me paralisa e me deixa impotente

Me sinto inseguro(a) em fazer meu trabalho por falta de formação

Meu Trabalho é arriscado e perigoso

Meu Trabalho é solitário e isolado sinto que

Meu Trabalho me faz sofrer preconceito e discriminação

Meu Trabalho possui reconhecimento da minha família

IDENTIFICAÇÃO GERAL - Para finalizar, responda abaixo as questões referentes ao seu perfil demográfico:

Sexo: ☐ Homem ☐ Mulher ☐ Outro ()

24. Idade: ☐ 18 |-- 30 anos ☐ 30 |-- 40 anos ☐ 40 |-- 50 anos ☐ 50 |-- 60 anos ☐ 60 anos ou mais[S21]

25. Principal Estado onde atua (Selecione): Barra de Seleção: Alagoas; Bahia; Ceará; Maranhão; Paraíba; Pernambuco; Piauí; Rio Grande do Norte; Sergipe.

26. Você foi diagnosticado com covid-19? SIM/ NÃO

27. Você se vacinou contra a covid-19? SIM/ NÃO

28. De acordo com a nomenclatura do IBGE, como você classifica sua raça ou cor:

☐ Amarela ☐ Branca ☐ Parda ☐ Preta ☐ Indígena

29. Nível de Escolaridade:

Ensino Fundamental

Ensino Médio

Curso técnico

Graduação

Pós-graduação

30. Função ou cargo

Médico(a)

Enfermeiro(a)

Técnico(a)/Auxiliar de enfermagem

Fisioterapeuta

Terapeuta ocupacional

Odontólogo(a)

Psicólogo(a)

Agente comunitário de saúde

Auxiliar de saúde

Assistente social

Nutricionista

Fonoaudiólogo(a)

Farmacêutico(a)

Serviços gerais

Recepcionista

Maqueiro(a)

Condutor(a) de ambulância/Socorrista

Agente de endemia

Auxiliar de cozinha

31. Tempo de trabalho neste local há:

Menos de 1 ano

Entre 1 e 3 anos

Entre 4 e 6 anos

Entre 7 e 10 anos

Mais de 10 anos

ANEXO

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: PREVENÇÃO E CUIDADO

Pesquisador: Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 38746420.0.0000.5188

Instituição Proponente: Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.827.082

Apresentação do Projeto:

Projeto de iniciação científica vinculado ao departamento de psicologia da UFPB, aprovado na Chamada Pública 07/2020 do CNPq, cujo pesquisador responsável solicita inclusão do professor Anísio José da Silva Araújo como membro e pesquisador da equipe de do projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a saúde e segurança no trabalho para trabalhadores da saúde que atuam no enfrentamento à Pandemia por covid-19 no Nordeste.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: envolvem o desconforto ao entrevistado diante dos conteúdos a serem tratados nas entrevistas estando o participante livre para em qualquer momento desistir de participar da mesma. A pesquisa poderá acarretar também um possível cansaço visual/e ou de outras funções em razão da duração da entrevista e/ou do conteúdo abordado. Haja vista a possibilidade de realização do Estudo 1 e 2 de modo presencial todas as medidas de prevenção serão tomadas. Em caso de entrevistas presenciais, as mesmas serão realizadas com o uso de máscaras de proteção, álcool gel e respeitando o limite mínimo de um metro e meio entre os participantes e pesquisadores.

Benefícios: contribuirá para se pensar mecanismos de formação em saúde e segurança no trabalho

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOÃO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 4.827.082

para gestores e profissionais da saúde; para identificar lacunas no uso dos EPI's tomando-se como referência, por um lado, o não fornecimento dos equipamentos, e por outro, a dificuldade de utilizá-los; para construir um aplicativo de coleta de dados para profissionais da saúde que seja ágil, objetivo e com resultados simultaneamente à coleta; dissemine estratégias de sucesso em saúde e segurança do trabalho no SUS e fomenta a produção de artigos científicos a serem encaminhados para publicação e de comunicações científicas para eventos regionais, nacionais e internacionais

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de amplitude regional que investiga a qualidade de saúde e segurança entre profissionais no front da pandemia por COVID-19

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A justificativa do pesquisador para não anexar a carta de anuência foi o fato de que a pesquisa não será realizada em uma instituição específica, podendo o participante pertencer a qualquer instituição de saúde, bem como o método envolver a busca ativa desses profissionais por meio da internet e redes sociais e o autorrelato do participant.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_176664_6_E1.pdf	04/06/2021 09:14:44		Aceito
Outros	Emenda.pdf	04/06/2021 09:12:52	Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/10/2020 17:19:28	Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativa_anuencia.pdf	26/10/2020 17:16:03	Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	30/09/2020	Thaís Augusta	Aceito

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB - 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 4.827.082

Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	21:41:58	Cunha de Oliveira Máximo	Aceito
Outros	Instrumento_01.pdf	30/09/2020 21:41:04	Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo	Aceito
Outros	Questionario_sociodemografico_occupacional.docx	11/09/2020 11:50:04	Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo	Aceito
Outros	carta_diretoria.pdf	11/09/2020 11:49:04	Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.docx	11/09/2020 11:46:43	Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo	Aceito
Declaração do Patrocinador	declaracao_patrocinador.pdf	11/09/2020 11:04:44	Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisadores.docx	11/09/2020 11:02:38	Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	11/09/2020 10:52:58	Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	11/09/2020 10:49:50	Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 05 de Julho de 2021

Assinado por:

**Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))**

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br