

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

CLÁUDIA HELENA DE OLIVEIRA SOUTO

**ENFRENTAMENTO DA COVID-19 POR TRABALHADORES DE SAÚDE DA ÁREA
HOSPITALAR: VIVÊNCIAS PROFISSIONAIS, PESSOAIS E FAMILIARES**

ALFENAS/MG

2023

CLÁUDIA HELENA DE OLIVEIRA SOUTO

**ENFRENTAMENTO DA COVID-19 POR TRABALHADORES DE SAÚDE DA ÁREA
HOSPITALAR: VIVÊNCIAS PROFISSIONAIS, PESSOAIS E FAMILIARES**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas.

Linha de pesquisa: Gestão em Serviços de Saúde e Educação.

Orientadora: Prof^a. Dra. Sueli de Carvalho Vilela.

ALFENAS /MG

2023

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Souto, Claudia Helena de Oliveira.

Enfrentamento da Covid-19 por trabalhadores de saúde da área hospitalar : vivências profissionais, pessoais e familiares / Claudia Helena de Oliveira Souto. - Alfenas, MG, 2023.
186 f. -

Orientador(a): Sueli de Carvalho Vilela.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2023.
Bibliografia.

1. Vivências dos trabalhadores em saúde. 2. Covid-19. 3. Psicodinâmica do trabalho. 4. Análise de conteúdo. I. Vilela, Sueli de Carvalho , orient. II. Título.

CLÁUDIA HELENA DE OLIVEIRA SOUTO

ENFRENTAMENTO DA COVID-19 POR TRABALHADORES DE SAÚDE DA ÁREA HOSPITALAR:
VIVÊNCIAS PROFISSIONAIS, PESSOAIS E FAMILIARES

A Banca examinadora abaixo-assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovada em: 28 de fevereiro de 2023

Profa. Dra. Sueli de Carvalho Vilela
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Iara Baldim Rabelo Gomes
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Roberta Seron Sanches
Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Sueli de Carvalho Vilela, Presidente**, em 28/02/2023, às 16:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Roberta Seron Sanches, Professor do Magistério Superior**, em 28/02/2023, às 16:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Iara Baldim Rabelo Gomes, Professor do Magistério Superior**, em 28/02/2023, às 16:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0917802** e o código CRC **AAA16EF5**.

Dedico este trabalho aos meus familiares e amigos que apoiaram e compartilharam comigo esta etapa de minha vida.

Dedico aos trabalhadores da área de saúde que trabalharam na linha de frente na batalha de combate à pandemia da Covid-19 que muitas vezes colocaram suas vidas em risco em prol de cuidar do próximo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me amparado durante meu percurso.

Ao meu marido, Nilton, que me incentiva todos os dias a buscar meus sonhos e não mediu esforços ao me acompanhar durante esse desafio, incentivando-me nas horas mais difíceis e comemorando minhas vitórias.

Aos meus filhos Marcus Vinicius e João Pedro, pela compreensão e apoio neste período de estudo.

Aos meus familiares, em especial a minha mãe, que acabou ficando sem toda a atenção que merece.

A minha orientadora, Dra. Sueli de Carvalho Vilela, pela paciência e pelo respeito com que me tratou em todos os momentos, pelos grandes ensinamentos e por não me deixar desistir.

Aos docentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem -PPGENF (UNIFAL), por tantos ensinamentos durante estes dois anos.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

A todos os trabalhadores que doaram seu tempo para contribuir com este estudo.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para esta pesquisa, minha eterna gratidão.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender a vivência dos trabalhadores em saúde de um hospital de pequeno porte, frente à situação da pandemia causada pela Covid-19, analisando os impactos ocorridos na vida profissional, familiar e pessoal. Adotou-se a metodologia de abordagem qualitativa e exploratória. Os participantes do estudo foram 47 trabalhadores de saúde hospitalar. A coleta de dados foi realizada de abril a agosto de 2022, por meio de preenchimento de um questionário e por entrevista semiestruturada, utilizando-se as questões norteadoras: Qual o impacto da pandemia em seu trabalho; qual o impacto da pandemia em sua vida pessoal; qual impacto da pandemia em seu contexto familiar. O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer: 5.032.026, CAAE: 52037021.4.0000.5142. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo e fundamentada na psicodinâmica do trabalho. Os resultados evidenciaram 03 categorias e treze subcategorias, as quais são: categoria I – Impacto da pandemia por Covid-19 no trabalho dos trabalhadores em saúde; subcategorias: organização do trabalho, condições de trabalho, relações socioprofissionais e aspectos psicológicos e cognitivos. Categoria II Impacto da pandemia por Covid-19 na vida pessoal dos trabalhadores em saúde, nas subcategorias: dimensão física, dimensão social, pós-covid e suas sequelas e impactos positivos da pandemia na vida dos trabalhadores de saúde. Categoria III Impacto da pandemia por Covid-19 na vida familiar dos trabalhadores em saúde, subcategorias: mudanças na rotina familiar, os filhos e o sistema educacional formal, o adoecer durante a pandemia por Covid-19, morte de familiares durante a pandemia por Covid-19. Considera-se que o impacto da pandemia por Covid-19 nos trabalhadores de saúde em diversas funções foi importante, abrangendo as três dimensões avaliadas. O sofrimento mental foi unânime e, com isso, evidencia-se que, diante de situações inusitadas como essa, é necessário que as instituições de saúde criem estratégias de enfrentamento e de ressignificação do processo de trabalho quanto à organização e às condições de trabalho, assim como às relações socioprofissionais. Pelo fato de serem trabalhadores em saúde, a situação pandemia pode ter agravado os impactos na vida pessoal e familiar dessas pessoas, aumentando o sofrimento e interferindo em diversas áreas. As três dimensões analisadas mostraram inter-relações, evidenciadas pelo medo, pela exposição ao vírus, pela possibilidade de serem veículos de transmissão, pelo distanciamento social.

Palavras-chave: Vivências dos trabalhadores em saúde; Covid-19; Psicodinâmica do trabalho; Análise de conteúdo.

ABSTRACT

This study aimed to understand the experience of health workers from a small hospital, facing the situation of the pandemic caused by Covid-19, analyzing the impacts on professional, family and personal life. Adopou-se a metodologia de abordagem qualitativa e exploratória. The study participants were 47 hospital health workers. Data collection was performed from April to August 2022, through the completion of a questionnaire and semi-structured interview, using the guiding questions: What is the impact of the pandemic on their work; what is the impact of the pandemic on their personal life; what is the impact of the pandemic in their family context. The project was approved by the Research Ethics Committee under Opinion: 5.032.026, CAAE: 52037021.4.0000.5142. Data were analysed using content analysis and based on the psychodynamics of work. The results showed three categories and thirteen subcategories, which are: Category I - Impact of the pandemic by Covid-19 on the work of health workers; subcategories: work organization, working conditions, socioprofessional relationships and psychological and cognitive aspects. Category II Impact of the pandemic by Covid-19 on the personal life of health workers, in the subcategories: physical dimension, social dimension, post-covid and its sequelae, and positive impacts of the pandemic on the lives of health workers. Category III Impact of the pandemic by Covid-19 on the family life of health workers, subcategories: changes in family routine, children and the formal education system, falling ill during the pandemic by Covid-19, death of family members during the pandemic by Covid-19. It is considered that the impact of the Covid-19 pandemic on health workers in various functions was important, covering all three dimensions assessed. Mental suffering was unanimous and, thus, it is evident that, in the face of such unusual situations, it is necessary that health institutions create coping strategies and redefine the work process in terms of organization and working conditions, as well as socio-professional relationships. Because they are health workers, the pandemic situation may have worsened the impacts on the personal and family life of these people, increasing the suffering and interfering in several areas. The three dimensions analysed showed interrelationships, evidenced by fear, exposure to the virus, the possibility of being transmission vehicles, and social distancing.

Keywords: Experiences of health workers; Covid-19; Psychodynamics of work; Content analysis.

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1-	Caracteriza o que gostam de fazer em seu momento de lazer.....	106
Gráfico 2-	Relato de mudanças ocorridas nos últimos dois anos trouxeram mudança na rotina familiar.....	116

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição dos participantes de acordo com os dados sociodemográficos dos trabalhadores de saúde hospitalar. Alfenas-MG. 2022 (n=47)	40
Tabela 2-	Distribuição dos participantes de acordo com a caracterização profissional dos trabalhadores de saúde hospitalar. Alfenas-MG. 2022 (n=47)	43
Tabela 3-	Distribuição dos participantes de acordo com a Organização do Trabalho dos trabalhadores de saúde hospitalar. Alfenas-MG. 2022 (n=47)	49
Tabela 4-	Distribuição dos participantes de acordo com a Condição do Trabalho dos trabalhadores de saúde hospitalar. Alfenas-MG. 2022 (n=47)	66
Tabela 5-	Distribuição dos participantes de acordo com a Relação Interpessoal no Trabalho dos trabalhadores de saúde hospitalar. Alfenas-MG. 2022 (n=47)	75

LISTA DE ABREVIATURA

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AMB	Associação Médica Brasileira
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNPQ	Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-graduação
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONAS	Congresso Nacional de Saúde
CONTER	Conselho em Técnico de Radiologia
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COVID	Corona Vírus Disease
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Índice de Concordância
OMS	Organização Mundial da Saúde
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	A COVID-19 NO AMBIENTE HOSPITALAR	18
2	JUSTIFICATIVA.....	20
3	OBJETIVOS.....	21
3.1	OBJETIVO GERAL	21
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
4.1	O PRAZER NO TRABALHO.....	26
4.2	O SOFRIMENTO NO TRABALHO.....	27
5	MÉTODO.....	29
5.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	29
5.2	LOCAL DE ESTUDO.....	29
5.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO.....	30
5.4	SUJEITOS PESQUISADOS.....	31
5.5	INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	32
5.6	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS.....	34
5.7	ESTRATÉGIA PARA A ANÁLISE DOS DADOS.....	35
5.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	37
5.9	BENEFÍCIOS, RISCOS E MEDIDAS MINIMIZADORAS.....	37
5.9.1	Benefícios.....	37
5.9.2	Riscos.....	37
5.9.3	Medidas Minimizadoras.....	38
6	RESULTADO E DISCUSSÃO.....	39
6.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE HOSPITALAR.....	39
6.2	CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL.....	43
6.3	IMPACTO DA PANDEMIA NO TRABALHO SEGUNDO AS VIVÊNCIAS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR INVESTIGADA.....	47
6.3.1	Categoria 1- Impactos da pandemia por Covid-19 no trabalho dos trabalhadores em saúde.....	47
6.3.1.1	Subcategoria 1- Organização do trabalho	48

6.3.1.1.1	<i>Uso de EPI</i>	51
6.3.1.1.2	<i>Banho dos trabalhadores</i>	55
6.1.1.1.3	<i>Necessidades humanas básicas afetadas decorrentes da mudança de rotina (eliminações, hidratação e alimentação)</i>	56
6.3.1.1.4	<i>Alterações nas relações médico-família-posto pelos boletins médicos</i>	58
6.3.1.1.5	<i>Notificações.....</i>	59
6.1.1.3.6	<i>Mudança de setor ou função.....</i>	59
6.3.1.1.7	<i>Higiene e limpeza do ambiente.....</i>	61
6.1.1.3.8	<i>Capacitação dos trabalhadores.....</i>	61
6.3.1.1.9	<i>Preparo do corpo.....</i>	64
6.3.1.1.10	<i>Posição de prona.....</i>	64
6.3.1.2	<i>Subcategoria 2 - Condição do trabalho.....</i>	66
6.3.1.2.1	<i>Sobrecarga trabalho.....</i>	69
6.3.1.2.2	<i>Setor improvisado.....</i>	73
6.3.1.2.3	<i>Falta de insumos.....</i>	74
6.3.1.3	<i>Subcategoria 3 - Relação socioprofissional.....</i>	75
6.3.1.3.1	<i>Cooperação e o trabalho em equipe.....</i>	76
6.3.1.3.2	<i>Afastamentos.....</i>	78
6.3.1.4	<i>Subcategoria 4 - Aspectos emocionais e cognitivos provenientes da pandemia por Covid-19.....</i>	80
6.3.1.4.1	<i>Expectativas e inseguranças.....</i>	80
6.3.1.4.2	<i>Finitude: a morte e morrer em pandemia por Covid-19.....</i>	88
6.3.2	<i>Categoria 2 – Impacto da pandemia por Covid-19 na vida pessoal do trabalhador de saúde.....</i>	93
6.3.2.1	<i>Subcategoria 1 - Impactos na dimensão física e ambiental do trabalhador em saúde em sua vida pessoal.....</i>	96
6.3.2.2	<i>Subcategoria 2 - Dimensão psicológica e emocional do trabalhador em saúde em sua vida pessoal.....</i>	100
6.3.2.2.1	<i>Medo de ter a doença.....</i>	100
6.3.2.2.2	<i>Medo de perder um familiar.....</i>	101
6.3.2.2.3	<i>Medo por ser uma situação desconhecida.....</i>	101
6.3.2.2.4	<i>Medo e alívio frente à vacinação.....</i>	102
6.3.2.2.5	<i>Transtornos mentais relacionados ao medo.....</i>	103

6.3.2.3	Subcategoria 3 - Dimensão social do trabalhador em saúde em sua vida pessoal.....	107
6.3.2.4	Subcategoria 4 – Pós-covid e suas sequelas	113
6.3.2.5	Subcategoria 5 – Impactos positivos e negativos da pandemia por Covid-19 na vida dos trabalhadores em saúde.....	114
6.3.3	Categoria 3 – Impacto da pandemia por Covid-19 na vida familiar dos trabalhadores em saúde.....	117
6.3.3.1	Subcategoria 1 - Isolamento social e físico e suas repercussões na rotina familiar de trabalhadores em saúde.....	118
6.3.3.2	Subcategoria 2 - Os filhos e o sistema educacional formal	125
6.3.3.3	Subcategoria 3 - O adoecer durante a pandemia por Covid-19.....	127
6.3.3.4	Subcategoria 4 - Morte de familiares durante a pandemia por Covid-19.....	128
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
8	REFERÊNCIAS.....	132
	APÊNDICE.....	155
	ANEXO.....	186

1 INTRODUÇÃO

No final de 2019 e no início de 2020, a descoberta de um vírus altamente contagioso colocou as principais lideranças políticas do mundo em estado de alerta. Esse assunto passou a ser a principal notícia em todos os veículos de informação, trazendo medo às nações (LUIGI; SENHORAS, 2020). Desde então, o mundo tem discutido e se preocupado com a Covid-19, doença causada por um novo coronavírus (Sars-CoV-2) que repercute uma pandemia de difícil controle, com acometimento de muitas vítimas (DANTAS, 2021).

De acordo com Campos *et al.* (2021), a descoberta do vírus se deu em 31 de dezembro de 2019, em Wuhan, na China. Os casos se espalharam com grande velocidade ao redor do mundo e, em 11 de março de 2020, foi declarado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o estado de emergência em saúde pública de relevância internacional, início da pandemia do novo coronavírus (FRANCO *et al.*, 2020). O vírus foi diagnosticado rapidamente em vários países do mundo (TUÑAS *et al.*, 2020).

Esse vírus é altamente patogênico e causa infecções do trato respiratório como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) que pode levar ao óbito (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

Os sintomas podem ser brandos ou imperceptíveis numa grande parte dos casos. Os indivíduos sintomáticos podem apresentar febre, tosse e dificuldade de respirar. Os sintomas severos apresentam quadros de pneumonia grave, evoluindo na maioria das vezes com sepse (TUÑAS *et al.*, 2020). Acometendo principalmente os idosos, os portadores de doenças pré-existentes, como doenças respiratórias, diabetes, hipertensão e as pessoas imunocomprometidas (CARVALHO *et al.*, 2020).

O Coronavírus não faz distinção de ideologias, de fronteiras, de idiomas e de classe econômica, afetando a todos, direta ou indiretamente (DALTRO, 2020).

Conforme a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2021), a transmissão se dá pelo contato com secreções contaminadas provenientes de espirro, de tosse, de gotículas de saliva, de contato próximo com a pessoa infectada, de contato com objetos ou com superfícies contaminadas, seguidos de contato com boca, nariz ou olhos.

Segundo Campos *et al.* (2021), o primeiro caso de Covid-19 no Brasil foi identificado em 26 de fevereiro de 2020, na cidade de São Paulo, em um homem de 61 anos, recém-chegado da Itália. O primeiro caso de transmissão interna no Brasil foi registrado em 05 de março de 2020, também na cidade de São Paulo, de acordo com o mesmo autor. Conforme dados da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2020), em 06 de março de

2020, foi identificado o primeiro caso de Covid-19 no Estado, em uma mulher de 47 anos, vinda da Itália. Já no dia 30 de março de 2020, foi identificado o primeiro caso na cidade de Alfenas, de acordo com o Boletim Epidemiológico Covid-19, divulgado no site da prefeitura (ALFENAS, 2022).

Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2021), no início de janeiro de 2021, foi identificada no Japão a primeira variante P.1, considerada “variantes de preocupação” (*variantsofconcern*), devido às mutações que conduziram ao aumento da transmissibilidade e ao agravamento da situação epidemiológica nas áreas onde se estabeleceram. Atualmente, existem mais de 1000 variantes da Covid-19. As principais variantes de preocupação são Alfa, Beta, Gama, Delta e Ômicron. Cada mutação gera uma nova variante, que tende a desaparecer se não tiver uma vantagem sobre a anterior (WANG; POWEL, 2021).

A ANVISA aprovou, em 17 de janeiro de 2021, os pedidos de uso emergencial no Brasil das vacinas CoronaVac, produzida pelo Instituto Butantan com o laboratório Chinês Sinovac, e AstraZeneca, desenvolvida pela Universidade de Oxford com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). As vacinas foram usadas inicialmente em programas de saúde pública, destinadas para a imunização de pessoas de grupos de risco como indígenas, idosos e profissionais de saúde e se expandindo ao restante da população, conforme disponibilidade dos imunizantes (BRASIL, 2022a).

Até o dia 1º de outubro de 2022, 87,90% da população brasileira acima de 18 anos havia recebido pelo menos 1 dose da vacina e 81% receberam duas doses, conforme divulgado no site do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022a).

A imunização dos grupos de risco teve início no mês de janeiro de 2021 e, para os profissionais de saúde, em fevereiro; logo em seguida, para o restante da população maior de 18 anos. As crianças receberam a vacina a partir de janeiro de 2022.

Mesmo com o avanço da vacinação, o governo federal manteve as medidas restritivas para a prevenção da transmissão da doença. Em 1º de outubro de 2022, o site do governo federal publicou que existiam no Brasil mais de 34,6 milhões de casos notificados de Covid-19 e em torno de 686 mil mortes (BRASIL, 2022b). No mesmo período, em 15 de setembro de 2022, existiam na cidade de Alfenas 23.244 casos confirmados de Covid-19 e 253 óbitos relacionados à Covid-19, conforme boletim epidemiológico da prefeitura municipal de Alfenas (ALFENAS, 2022).

A vacinação trouxe um impacto relevante no curso da doença. Como apresentado por Lilla et al. (2022), entre março e dezembro de 2020, foram internados em 12 hospitais de São

Paulo, 23.165 pacientes com diagnóstico da Covid-19 e 14.954, entre janeiro a julho de 2021; o número de profissionais de saúde contaminados teve uma queda de 55%, se comparado ao mesmo período.

Araújo e Fernandes (2022) apresentam uma redução de 96,44% nos registros de óbitos diários. Os dados foram comparados na situação mais extrema. No Brasil, em 08 de abril de 2021, registraram-se 4.249 óbitos diários, aproximadamente 3,5 meses após a primeira dose da vacina. Já em 19 de outubro de 2021, registraram-se 130 óbitos diários. Apesar da diminuição da gravidade e dos óbitos e do fim da emergência em saúde pública, os casos de Covid-19 ainda ocorrem.

Para Costa (2020), a pandemia da Covid-19 é um problema de saúde pública global que imprimiu uma nova dinâmica à economia mundial. A rápida propagação da doença e o uso do distanciamento como forma de prevenção expuseram as desigualdades sociais e urbanas das cidades capitalistas. Afirma, ainda, que, no Brasil, como em outros países, o isolamento social promoveu rápidas mudanças no mercado de trabalho, com impactos mais severos para 37,3 milhões de pessoas que vivem na informalidade.

De acordo com a Cartilha contendo recomendações gerais, publicada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2020), durante uma pandemia, é esperado que as pessoas estejam frequentemente em estado de alerta, preocupadas, confusas, estressadas e com a sensação de falta de controle frente às incertezas do momento. A mesma fundação estima que, entre um terço e metade da população exposta a uma epidemia, pode vir a sofrer alguma manifestação psicopatológica, caso não seja feita nenhuma intervenção de cuidado específico para as reações e para os sintomas manifestados.

Segundo Inter-Agency Standing Committee (IASC, 2020), as reações mais frequentes incluem: medo de adoecer e de morrer; de perder as pessoas que amam; de perder os meios de subsistência; de ser excluído socialmente por estar associado à doença; de ser separado de entes queridos; de transmitir o vírus a outras pessoas. O mesmo autor afirma que é esperada também a sensação recorrente de impotência perante os acontecimentos, a irritabilidade, a angústia e a tristeza. Diante disso, entende-se que a pandemia trouxe consequências na vida profissional, pessoal e familiar do trabalhador da área da saúde.

1.1 A COVID-19 NO AMBIENTE HOSPITALAR

As instituições de saúde estão atuando em um novo cenário de ações em saúde e em segurança voltadas aos diversos profissionais envolvidos nos cuidados com a população (RODRIGUES; SILVA, 2020).

De acordo com Campos *et al.* (2021), é preciso exaltar e reconhecer o trabalho dos profissionais de saúde que estão na linha de frente ao atendimento à Covid-19, expondo sua própria vida ao risco e que, no entanto, ajudam inúmeras vidas a serem salvas. Segundo Teixeira *et al.* (2020), esses trabalhadores constituem um grupo de risco para a Covid-19 por estarem expostos diretamente aos pacientes infectados. Além disso, foram submetidos a enorme estresse ao atender esses pacientes, muitos em situação grave, em condições precárias de trabalho.

Teixeira *et al.* (2020) afirmam que problemas como cansaço físico, estresse psicológico, insuficiência e/ou negligência com relação às medidas de proteção e de cuidado com a saúde desses profissionais, precisam ser observadas, de modo a evitar a redução da capacidade de trabalho e da qualidade prestada aos pacientes. No entanto, observa-se que tem aumentado a carga de trabalho, uma vez que esses profissionais são solicitados a cobrir os ausentes, visto que grande parte das instituições não aumentaram o contingente de profissionais em seus estabelecimentos de saúde.

As mudanças decorrentes da pandemia afetaram diretamente a forma de trabalho, tanto em relação à carga de trabalho quanto ao modo de executá-lo. De acordo com Campos *et al.* (2021), podem-se observar algumas consequências, como a sobrecarga de trabalho, a sobrecarga emocional, o aumento do estresse e de outros problemas de saúde mental, os afastamentos por presença de sintomas da Covid-19 e os óbitos de profissionais. Portugal *et al.* (2020) afirmam que os problemas enfrentados entre os profissionais de saúde são semelhantes, independentemente da localização geográfica, da estrutura física e dos recursos humanos, e que é preciso que os trabalhadores de saúde sejam atendidos em suas inquietações e desamparos, para evitar problemas futuros.

Entre os trabalhadores de saúde, a pandemia trouxe um clima de incerteza, pois foram um dos grupos mais afetados. O desconhecimento da doença, a rápida propagação, a elevada taxa de contágio, a gravidade dos casos, associada aos fatores organizacionais, levaram a um aumento do nível de estresse (TSAMAKIS *et al.*, 2020). Fatores de risco adicionais foram identificados, incluindo sentimentos de vulnerabilidade, falta de suporte, preocupação com a

própria saúde, medo de contágio de familiares, isolamento, sentimentos de incerteza , estigma social, maior carga de trabalho e fadiga física e mental (TSAMAKIS *et al.*, 2020).

A inquietação para este estudo é compreender como a pandemia está refletindo na vivência do trabalhador de saúde, que trabalha na área hospitalar de um hospital de pequeno porte, no interior do estado de Minas Gerais, em seu aspecto profissional, pessoal e familiar.

A hipótese que norteia este estudo é a de que a pandemia ocasionada pela Covid-19 tem causado um impacto direto na vida dos trabalhadores de saúde, interferindo no aspecto profissional, pessoal e familiar.

2 JUSTIFICATIVA

O mundo vive a pandemia da Covid-19 há mais de três anos e o número de pessoas doentes e de óbitos relacionados à infecção tem aumentado diariamente no Brasil, ocasionando a sobrecarga nos serviços de saúde e, conseqüentemente, o desgaste emocional dos profissionais por terem de lidar com fatores de estresse no ambiente de trabalho. Nesse sentido, torna-se relevante refletir sobre as situações que envolvem as vivências desses profissionais no contexto da pandemia e qual seu impacto na vida profissional, pessoal e familiar.

No âmbito da ciência, estudar as vivências dos profissionais de saúde da área hospitalar em situação de pandemia justifica-se por ampliar os conhecimentos dos reflexos da Covid-19 na vida dos trabalhadores, envolvendo os aspectos do trabalho em si, da vida pessoal e familiar e, com isso, poder desenvolver estudos que tenham como finalidade estratégias minimizadoras de sofrimento. Não se localizaram na literatura publicada em bases nacionais trabalhos que envolvam essas três dimensões.

Em se tratando das instituições de saúde, conhecer como os trabalhadores vivenciam o trabalho em situação de pandemia pode colaborar com o desenvolvimento de estratégias que minimizem o impacto da pandemia no dia a dia dos profissionais, conforme afirma Teixeira *et al.* (2020). Esses autores ainda demarcam as conseqüências do trabalho em saúde diante da situação pandêmica como o aumento, por exemplo, do sofrimento mental, o trabalho em condições que propiciam o contágio, o aumento da ansiedade e de trabalho em condições estressantes, dentre outros, o que pode levar ao afastamento do trabalho e comprometer a qualidade do atendimento prestado à população. Corroboram também com Dantas (2021), ao afirmar que os desafios relacionados à Saúde Mental permanecem urgentes e merecem, das autoridades sanitárias no Brasil, o devido valor.

Para os trabalhadores, analisar como estão vivenciando a situação de pandemia é pertinente uma vez que, quando o homem toma consciência de um fato ou de uma situação, terá mais condições de elaborá-lo, levando ao que Sartre traduz como intencionalidade (SARTRE, 1998). De forma indireta, poderá contribuir com medidas amenizadoras que visem à proteção, à prevenção de agravos e de promoção de saúde nesta época de pandemia por Covid-19.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a vivência dos trabalhadores de saúde de um hospital de pequeno porte, frente à situação da pandemia causada pela Covid-19, analisando os impactos ocorridos na vida profissional, familiar e pessoal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Conhecer o perfil sociodemográfico e a caracterização profissional do trabalhador que atua na área hospitalar da instituição pesquisada;
- b) Investigar o impacto da pandemia no trabalho segundo as vivências dos trabalhadores de saúde da instituição hospitalar investigada;
- c) Conhecer, sob a perspectiva dos colaboradores da saúde, o impacto da pandemia de Covid-19 na vida pessoal;
- d) Conhecer, na perspectiva do trabalhador, o impacto da pandemia da Covid-19 na relação familiar.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo fundamenta-se na psicodinâmica do trabalho do psiquiatra e psicanalista Christophe Dejours, com sua perspectiva antropológica do sofrimento humano nas organizações de trabalho. Os estudos sobre a psicodinâmica do trabalho iniciaram-se por volta de 1980 na França (DEJOURS, 1992; 2015).

Os estudos desenvolvidos por Dejours representaram uma ampliação teórica da psicopatologia do trabalho. Inicialmente, seu objetivo era estudar o adoecimento psíquico, após um tempo pesquisando situações práticas de trabalho em empresas, em que se observou um alto nível de sofrimento psíquico gerado pela organização de trabalho e, apesar disso, as pessoas não adoeciam. Desde então, Dejours (1992) mudou seu foco de estudos, que passou a ser a forma como o trabalhador se utiliza dessas estratégias defensivas para se manter saudável em meio a uma organização do trabalho patológica.

De acordo com Dejours (2004), a psicodinâmica do trabalho preocupa-se com as origens e com as transformações do sofrimento vinculado à organização do trabalho, não se considerando mais o trabalho como causador de doenças mentais, podendo, no máximo desencadeá-las, reconhecendo o poder estruturante que o trabalho pode ter tanto na saúde física como mental.

Para Dejours (2012), entender como o trabalho se torna um agente transformador da subjetividade do sujeito, é necessário compreender que trabalhar é primeiro fracassar. Isso porque existe uma diferença entre o que é nominado trabalho prescrito e trabalho real (DEJOURS, 2016). Para o autor, o trabalho prescrito se refere ao modo padrão de operar, ou seja, à total restrição às ordens e normas prescritas. Assim, a organização descansa sobre uma suposta previsibilidade do processo de trabalho, comum às ciências da organização do trabalho e às engenharias. Essa previsibilidade é colocada em xeque, pois o ambiente de trabalho é permeado por incidentes tais como panes, bugs, acidentes de trabalho, dentre outros (DEJOURS, 2016).

O trabalho real representa aquele no qual os trabalhadores reajustam tais prescrições, infringem normas e rotinas para conseguirem realizar suas atividades (DEJOURS, 2012). Portanto, para entender o que se deve acrescentar a essas prescrições, torna-se necessária a mobilização da inteligência, para a qual, no âmbito individual e coletivo, dá-se o nome de zelo ou trabalho vivo, segundo esse autor.

No contexto do trabalho prescrito, o trabalhador vivencia o fracasso de suas habilidades, dos conhecimentos e do saber técnico diante das situações que saem do esperado. Acrescenta,

ainda, que se restringir ao que é prescrito torna-se insuficiente e, mantendo-se essa postura, o trabalhador e sua produção estariam destinados ao declínio (DEJOURS, 2012)

Frente à iminência desse declínio, o trabalhador encontra-se em uma posição na qual deve mostrar-se capaz de pensar sobre o que poderia ser alterado em suas prescrições e a si mesmo, a fim de alcançar os objetivos esperados (DEJOURS 2016). Tal compreensão será possível quando o trabalhador sente o seu trabalho e se confronta com a realidade. Nesse sentido, de acordo com o autor, o trabalhador vivencia o sofrimento decorrente de seu fracasso frente ao distanciamento entre o trabalho prescrito e o real. Em contrapartida deflagra, nesse momento, a mobilização de sua inteligência rumo à criação do próprio modo operatório como solução para as situações difíceis no trabalho (DEJOURS, 2012).

Sendo assim, o trabalhador passa a realizar o trabalho real, no entanto precisa trazer sua nova forma de trabalho para o coletivo, agindo como enaltecedor da subjetividade do sujeito que goza agora de novas habilidades, transformadoras de si mesmo e de seu trabalho (DEJOURS, 2012, 2016). Ao dividir com seus pares e superiores seu novo modo operar, o trabalhador fica à frente dos julgamentos. Quando esse retorno é positivo, o sujeito vivencia o reconhecimento laboral e beneficia-se dele enquanto fortalecedor de sua identidade, sendo o reconhecimento uma segunda dimensão da sublimação pelo trabalho, que transforma o sofrimento oriundo do fracasso em prazer (DEJOURS, 2016).

Já o sofrimento enfrentado no trabalho, é um estado psicoafetivo penoso, uma vivência subjetiva, de natureza mental, muitas vezes inconsciente, resultante do confronto entre a história de vida do indivíduo e a realidade de trabalho (DEJOURS, 1994, 2000a, 2000b). Não havendo a interrupção da evolução do processo de fadiga e de sofrimento, poderá ocorrer o desencadeamento de várias patologias (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAVET, 1994).

Segundo Dejours (1999), há sempre sofrimento quando o assunto é trabalho. Dessa forma, como não é possível a eliminação total do sofrimento, é necessário que este seja transformado. O sofrimento psíquico vivenciado pela pessoa em seu espaço de trabalho reflete em todas as áreas de sua vida, no relacionamento familiar, com os amigos e, principalmente, em sua saúde física e mental (VASCONCELOS; FARIA, 2008).

Os conceitos fundamentais da psicodinâmica do trabalho justificam-se em duas variáveis denominadas Condições de Trabalho e a Organização do Trabalho. A primeira pode prejudicar, mais especificamente, a saúde do corpo do trabalhador e tem relação com as condições do ambiente em que se desenvolve o trabalho: tarefas repetitivas, má condição do ambiente físico, riscos de acidentes, dentre outros. Já a segunda, atua mais diretamente em nível do funcionamento psíquico, portanto está mais relacionada às condições subjetivas tais como:

as relações de hierarquia e poder, o conteúdo da tarefa, as competências exigidas para o cargo e as questões de responsabilidade (DEJOURS, 1994).

Dejours (1994) afirma que a organização do Trabalho é a variável fundamental da psicodinâmica do trabalho, por ser a dimensão em que as regras para a divisão do trabalho serão estabelecidas, exercendo influência no funcionamento psíquico e gerando vivências de prazer ou de sofrimento. As vivências de prazer estão relacionadas ao sentido que o indivíduo atribui ao próprio trabalho, às condições disponibilizadas pela organização e à liberdade de utilização de estratégias operatórias pelo trabalhador (MENDES; LINHARES, 1996).

Sobre a Organização do trabalho, Dejours (2012, 2015) a define como a divisão de tarefas, o conteúdo das atividades (à medida que ele dela descende), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade. É também a divisão dos homens, através da hierarquia, da supervisão, do comando, que define todas as relações de trabalho. Algumas formas de organizações do trabalho se confrontam, pois não colocam em risco o equilíbrio psíquico, enquanto outras, ao afrontar e destruir o desejo dos trabalhadores, tornam-se nocivas para o funcionamento psíquico, ao ponto de provocar adoecimento mental. Para escapar desse adoecimento, os trabalhadores desenvolvem estratégias de defesa para se manterem na normalidade (DEJOURS, 1994; 2012).

De acordo com Pires (1998), o trabalho em saúde, que é essencial para a vida humana, ao passar dos anos, vem assumindo diversas formas, mas sempre se considerando como uma atividade humana especial, cujo produto é indissociável do próprio processo de realização da atividade.

Os hospitais, segundo Goffman (1974), são instituições totais que se caracterizam por serem estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação, onde um grupo relativamente numeroso de internados vive em tempo integral. Normalmente, há uma equipe dirigente que exerce o gerenciamento administrativo da vida na instituição. Nesse ambiente, devido ao fato de serem necessárias regras rígidas, o trabalhador possui maior dificuldade em desviar do prescrito e de utilizar estratégias para adequar o trabalho real em que possa sentir prazer.

Embora as instituições de saúde convivam com diversos atores e especialidades, muitas vezes, percebe-se a produção de uma assistência fragmentada, com ações compartimentadas e poucas ações multidisciplinares (GARLET, 2008).

Atualmente, tem-se percebido que ainda é constatado que os trabalhadores são submetidos a situações desgastantes que podem levar a uma predominância do sofrimento sobre

o prazer (FACAS, 2013). Diante disso, encontram-se os trabalhadores da área de saúde que estão imersos nessa situação.

A preocupação com a saúde dos trabalhadores que lidam com o binômio saúde/doença e vida/morte é de grande importância, uma vez que, têm sido percebidos distúrbios psicopatológicos e esgotamento profissional em muitos destes (MAGALHÃES; MELO, 2015).

Para Faria e Figueiredo (2017), os trabalhadores de saúde lidam com perdas e com lutos e não existe preparação para isto, que não constam como objetivos para esses profissionais, os quais são formados para curar doenças e não para lidar com as pessoas. Os mesmos autores trazem como exemplo a Psicologia hospitalar, que tem como premissas principais minimizar no paciente o sofrimento causado pela hospitalização, bem como prevenir futuras sequelas e implicações emocionais dessa hospitalização, o que abrange a dor da família.

Quanto se trata de trabalhadores da enfermagem, uma questão a ser considerada é a de gênero. Molinier e Paperman (2015) demonstra que a enfermagem é uma profissão que foi criada, exercida e estabelecida majoritariamente por mulheres, cujas relações sociais de gênero são transversais à problemática do prazer e do sofrimento no trabalho dessa população. A autora apresenta que o mundo do trabalho foi construído com base na divisão sexual e essas atividades demonstram diferenças em seu valor social, suas formas de sofrimento e estratégias de defesa.

Dejours (2004) afirma que isso pode ser um agravante em relação às vivências de sofrimento, visto que, em atividades de prestação de serviços, não há produção de objetos materiais, o que em muitos casos leva ao baixo reconhecimento do trabalho prestado. Além disso, é uma atividade coletiva e, no ambiente hospitalar, envolve a dificuldade das interações interpessoais e as disputas de poder (SILVA; GONÇALVES; ZONATTO, 2017). Segundo Dejours (2004), diante dos impasses entre as inteligências singulares de cada integrante da equipe, pode haver forte risco de desestabilização coletiva de trabalho.

No cenário da organização do trabalho, Souza *et al.* (2017) demonstram que especialmente os trabalhadores da equipe de enfermagem, tradicionalmente, são marcados por características que remetem ao modelo taylorista de gestão. Esse modelo inclui padronização, formalização, especialização e departamentalização do trabalho, hierarquização, divisão do trabalho, controle por meio de regras e regulamentações técnicas. Essas características comprometem a subjetividade do trabalhador (DEJOURS, 2004).

A gestão de trabalho na enfermagem vem apresentando mudanças que a aproximam dos modelos pós-fordistas como o trabalho interdisciplinar e multidisciplinar, por se tratar de um trabalho com pessoas e não meramente com maquinários, além da adoção de gestão por competências (SOUZA, 2015). Para o autor, muitas dessas mudanças permanecem mais no

âmbito dos discursos, desde a formação acadêmica dos profissionais, do que nas práticas de fato.

Todavia a precarização do trabalho está relacionada diretamente a condições de trabalho que aumentam a vulnerabilidade dos trabalhadores. Dessa forma, a precarização não se expressa apenas na fragilização dos contratos e nos vínculos de trabalho, mas também no desgaste das condições laborais e na diminuição de possibilidades para se trabalhar de forma digna (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

4.1 O PRAZER NO TRABALHO

A Psicodinâmica do Trabalho ampliou seu campo de investigação e passou a olhar, além do sofrimento, também o prazer no trabalho (MENDES,1996). Segundo Dejours (2009), as vivências de prazer se manifestam por meio da gratificação, da realização, do reconhecimento, da liberdade e da valorização no trabalho. O prazer, para Mendes e Muller (2013), no conceito psicanalítico, envolve ao conflito entre desejo, renúncia e gratificação; não se trata de um estado, mas de algo efêmero. Tem como propósito a fuga da dor, sendo esse o princípio normal de funcionamento do aparelho psíquico, visando à busca por caminhos eficazes e benéficos para a satisfação.

Para Dejours (1994), a possibilidade de o prazer emergir das relações profissionais deve-se ao fato de que o trabalho não é visto só como lugar de sofrimento, podendo também vir a proporcionar prazer, transformação e criatividade, de acordo com o equilíbrio contido entre as exigências psíquicas de satisfação de desejos inconscientes e da Organização do Trabalho.

No início de seus estudos sobre a relação sujeito-trabalho, Dejours (2009) definiu o prazer laboral como o resultado da redução da carga psíquica por meio das atividades do trabalho. Para o autor, um trabalho no qual o sujeito dispõe de liberdade desde o planejamento até sua execução, geralmente torna-se balanceado por aliviar a carga psíquica negativa.

A partir dos estudos relacionados à Psicodinâmica do Trabalho na década de 1990, essas concepções foram aprofundadas e passou-se a pensar no trabalho para além de uma fonte de sublimação, podendo gerar o que há de melhor ao proporcionar ao trabalhador uma atividade valorizada socialmente, exercida do princípio ao fim, tornando-se um moderador de saúde (DEJOURS, 2012).

Outros autores, a partir de Dejours, definiram o prazer no âmbito da psicodinâmica do trabalho. Segundo Mendes (2007a), o prazer é um dos sentidos do trabalho que resulta da possibilidade de conhecimento e de liberdade para criar, para inovar e para desenvolver novas

formas de se realizar as tarefas, além de ofertar condições para a interação e para a socialização com outros sujeitos. Já para Pereira (2003), o prazer refere-se à consonância entre os desejos do trabalhador e a sua realidade de trabalho, mantendo o equilíbrio do funcionamento psíquico do sujeito.

Nessa perspectiva, o trabalho é gerador de prazer, ao permitir que o trabalhador seja sujeito do seu trabalho, transformando este e transformando a si mesmo, fortalecendo sua identidade e subjetividade (DEJOURS, 2016). O autor afirma que o trabalhador constrói sua subjetividade e tem sua identidade fortalecida pelo julgamento positivo em relação ao trabalho, vivenciando, assim, o prazer.

Visando à complexidade do processo envolvido na vivência do prazer no trabalho, de acordo com Mendes (2007b), esta não irá depender somente do querer do trabalhador, mas também das condições oferecidas pela organização para a realização do trabalho, da natureza e exigências das tarefas a serem realizadas. De acordo com Mendes (1996), quando o trabalho deixa de oferecer condições para o prazer, direta ou indiretamente, aquele é transformado em algo penoso, desestabilizando o aparelho psíquico, restringindo a expressão da subjetividade do trabalhador, o que gera sofrimento .

4.2 O SOFRIMENTO NO TRABALHO

O sofrimento, de acordo com Freud (1977), caracteriza-se o por sensações não agradáveis provindas da não satisfação de necessidades. Para tentar eliminar o desprazer, o ego utilizaria métodos originários do mundo exterior, estando assim o sofrimento associado com as relações que o sujeito estabelece com a realidade. O autor identifica que o ser humano alcançou, através da ciência e da tecnologia, um alto nível técnico de civilização, mas que isso não trouxe a "tão sonhada felicidade", uma vez que a própria civilização, para ser construída, endereça a uma renúncia e a uma não satisfação de desejos inconscientes poderosos, vivendo o homem, assim, um antagonismo entre as exigências do desejo e as restrições da sociedade.

Fortes (2014) apresenta que o sofrimento, em seu conceito psicanalítico, traz sentimentos como dor, angústia e mal-estar, sendo gerado pela luta entre a censura e desejo. Envolve também o paradoxo relacionado ao sofrimento, de ser a saída a ele, sendo visto aqui como algo inerente ao humano, como um caminho a ser percorrido, permeado por mudanças psíquicas que levarão o indivíduo à alegria.

Na visão ainda restrita da Psicopatologia do Trabalho, o sofrimento implicaria , sobretudo, a luta do trabalhador contra as forças do contexto de trabalho que o direcionam à

doença mental. Diz respeito, então, ao resultado do conflito existente entre os desejos do trabalhador e a realidade organizacional (DEJOURS; ABDOUCHELI 2009).

O conflito, segundo a psicodinâmica do trabalho, poderá, então, estar situado no desequilíbrio entre as exigências da Organização do Trabalho e as necessidades psíquicas do trabalhador (FACAS, 2013). Para Mendes (1996), caso a Organização do Trabalho seja reflexo de fragmentação, de tarefas repetitivas e pouco significativas, baseadas em controle e em foco exclusivo na produtividade, não se atentando às necessidades dos trabalhadores, predominarão as vivências de sofrimento no trabalho que se expressarão através de sintomas como a angústia, a frustração e a sensação de fracasso.

Ao resistir ao fracasso, o trabalhador dá início à mobilização de sua inteligência em busca de novos modos operatórios, vivenciando nessa situação o sofrimento criativo (DEJOURS, 2012). Esse tipo de sofrimento, de acordo com Facas (2013), tendo em vista a visão psicanalítica, seria uma travessia a ser percorrida rumo à mobilização subjetiva em busca do prazer no trabalho. Segundo Dejours e Abdouchelli (2009), o trabalhador irá vivenciar o sofrimento criativo quando puder dispor de estratégias de enfrentamento eficazes para a sua ressignificação em algo benéfico.

Como afirma Dejours (2004), o sofrimento não é o fim de um processo, é ao mesmo tempo proteção da subjetividade que marca um ponto de partida na busca por meios de agir sobre o mundo e de transformar o sofrimento. Sendo assim, o sofrimento, enquanto afetividade, dá origem à inteligência que busca transformar o sofrimento no trabalho, superar a resistência do real por meio da intuição, chegar à solução prática e à experimentação de resposta ao real. Nesse sentido, a subjetividade é colocada à prova e, ao vencer a resistência, o mundo sai transformado e engrandecido.

5 MÉTODO

Para responder a essa inquietação e alcançar os objetivos, apresentam-se a seguir os caminhos metodológicos escolhidos para o desenvolvimento deste estudo.

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Optou-se por uma abordagem qualitativa na vertente exploratória.

A abordagem qualitativa busca compreender, particularmente, aquilo que estuda e não se preocupa com generalizações populacionais, com princípios e com leis. O alvo de sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

O estudo exploratório é uma pesquisa realizada em área em que o conhecimento acumulado ainda é pouco explorado, necessitando de esclarecimentos ou de delimitação. Objetiva alterar, esclarecer e desenvolver ideias e conceitos para contribuir na formulação de problemas que sejam mais esclarecidos ou precisos, bem como na construção de hipóteses pesquisáveis para estudos futuros (VERGARA, 2005; GIL, 2007).

5.2 LOCAL DE ESTUDO

Esta pesquisa foi desenvolvida com trabalhadores da área saúde que atuam em um hospital de pequeno porte, localizado no Sul do Estado de Minas Gerais.

O hospital foi inaugurado há 44 anos, por um grupo de médicos que idealizavam prestar um atendimento diferenciado e com qualidade. Possui 50 leitos no total, sendo 32 leitos de enfermaria clínica e cirúrgica; sete leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto; quatro leitos de Berçário de Cuidados intermediários e sete leitos de pronto atendimento. É um hospital geral, cujo maior público é o cliente cirúrgico, que corresponde a 70% do atendimento mensal. Os principais procedimentos cirúrgicos realizados caracterizam-se por cirurgias gerais, cirurgia plástica e cirurgia urológica, sendo, em sua maioria, procedimentos cirúrgicos eletivos. Os pacientes clínicos, que correspondem aos 30 % do atendimento, são em sua maioria idosos com doenças crônicas.

Com o início da pandemia, o atendimento do hospital sofreu grandes impactos. Por ser um hospital geral cirúrgico eletivo, foi necessária a interrupção das cirurgias eletivas inicialmente por 30 dias.

O hospital entrou no plano de contingência do estado de Minas Gerais ao enfrentamento da Covid-19, no final de 2020, inicialmente oferecendo quatro leitos de enfermaria e um leito de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) isolamento. Não foi referenciado para atendimento exclusivo à Covid-19, mas, por ser um hospital geral e com uma clientela de 80% de convênios, teve que se preparar para o atendimento do paciente com suspeita ou confirmado de Covid-19. Enquanto foi possível o atendimento, era exclusivo no pronto atendimento; pacientes que precisavam de internação eram transferidos para o hospital referência para a Covid-19 na cidade; com o aumento dos casos e com a falta de leitos no hospital referência, em junho de 2021, foi aberta uma ala de 8 leitos clínicos e de 7 leitos intensivos para atendimento da Covid-19.

Em agosto de 2021, o hospital foi adquirido por um grupo nacional com grande relevância na área de saúde, que possui mais de 50 hospitais e centros clínicos no Brasil; em Minas Gerais, possui sete hospitais. Os processos internos estão sendo modificados, sendo adequados conforme o corporativo da empresa em São Paulo, sendo que alguns serviços foram terceirizados, como o serviço de higiene e o de segurança.

Houve mudança na gestão do hospital, antes administrado por um grupo de médicos associados, passando para a gestão de uma tríade, sendo composta por diretor médico, gerente de enfermagem e gerente administrativo. Uma das pesquisadoras atuava na instituição como enfermeira do Serviço de Controle de Infecção hospitalar há 12 anos, sendo promovida para membro da tríade e gerente de enfermagem em setembro de 2021.

O hospital consta com 154 trabalhadores, contratados conforme consolidação das leis trabalhistas (CLT).

5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão adotados para a seleção foram : estar em atividade laborativa, com data de admissão anterior a junho 2022; ter tomado as duas doses da vacina para Covid-19 e ter disponibilidade de participar da pesquisa em todas as fases.

Já os critérios de exclusão, foram: os profissionais que trabalham na manutenção predial e na marcenaria (por não terem contato direto ou indireto com os pacientes); estar afastado do trabalho no período da coleta dos dados e não participar de alguma das etapas da pesquisa.

5.4 SUJEITOS PESQUISADOS

Os sujeitos pesquisados foram os trabalhadores que atuam no hospital, na área assistencial, administrativa e de apoio, que prestam atendimento direto ou indireto aos pacientes com Covid-19.

Na assistência, estão diretamente ligados ao cuidado dos pacientes: cinco médicos; 15 enfermeiros; 45 técnicos de enfermagem; quatro fisioterapeutas; duas nutricionistas; uma fonoaudióloga, num total de 72 pessoas. Para a equipe administrativa, foram convidados os colaboradores da recepção de atendimento: seis recepcionistas do pronto atendimento; duas recepcionistas do setor de internação; quatro recepcionistas do ambulatório; três recepcionistas do diagnóstico por imagem e duas recepcionistas do laboratório de análises clínicas; duas telefonistas; oito auxiliares administrativos de várias áreas; dois administradores, num total de 29 pessoas. Nas equipes de apoio, conta-se com oito auxiliares de lavanderia; quatro auxiliares de cozinha; duas cozinheiras; quatro biomédicos; quatro técnicos de coleta de laboratório; dois farmacêuticos; dois auxiliares de farmácia e um supervisor de hotelaria, e uma psicóloga; três tecnólogos de radiologia, totalizando 31 pessoas. Somando-se um total de 132 trabalhadores. Destes, 85 não foram elegíveis, segundo os critérios de inclusão, sendo: 24, por admissão posterior a junho 2022; oito estavam afastados por motivo de doença, dois, por licença maternidade e 51 não responderam no prazo estipulado.-Dessa forma, a população estudada foi de 47 profissionais de saúde.

A fim de manter sigilo dos trabalhadores, estes não serão identificados nominalmente e, sim, utilizadas combinações alfanuméricas para a identificação conforme o cargo. Assim, serão utilizadas a sigla padrão da profissão para os que a possuem ; para os demais, serão 3 letras iniciais do cargo que ocupam e o número, à ordem de preenchimento da entrevista. Os cargos foram identificados da seguinte maneira: Enfermeiro (ENF); Técnico de Enfermagem (TE); Nutricionista (NUTRI); Fonoaudióloga (FONO); Fisioterapeuta (FISIO); Médico (MED); Telefonista (TEL); Auxiliar Administrativo (AAD); Recepcionista (REC); Assistente de Tecnologia da Informação (ATI); Auxiliar de Lavanderia (ALA); Auxiliar de Cozinha (ACO); Farmacêutica (FAR); Engenheiro (ENG); Auxiliar de Engenharia (AEN); Assistente de Recursos Humanos (ARH); Biomédico (BIO); Tecnólogo de Radiologia (TRA).

Quando nas falas foram identificados nomes próprios pelos profissionais, estes foram substituídos por nomes fictícios.

5.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Foi utilizado um questionário estruturado denominado “Caracterização sociodemográfica/ Profissional/Pessoal e a Organização do trabalho do trabalhador de saúde hospitalar” (APÊNDICE A). O instrumento foi elaborado contemplando quatro categorias: Categoria I – Identificação Sociodemográfica; Categoria II – Categorização profissional; Categoria III – Organização do trabalho; Categoria IV – Vida pessoal.

O instrumento foi elaborado com base na experiência dos pesquisadores e em referências literárias voltadas para a organização de trabalho na área hospitalar por área de atuação da equipe interdisciplinar envolvida na coleta de dados. Passou por validação de conteúdo e de aparência, feita por juízes.

A validação de conteúdo, embora tenha controvérsias na literatura sobre a terminologia, pode ser entendida em duas dimensões. Consiste em julgar em que proporção os itens selecionados representam as facetas importantes do conceito a ser medido, verificando a extensão em que determinam a variedade que se propõe a medir e a forma de como avalia o grau em que cada elemento de um instrumento de medida é relevante e representativo de um específico constructo com um propósito particular de avaliação (HAYNES; RICHARD; KUBANY, 1995; PASQUALI, 2010; POLIT; HUNGLER, 1995; SIRECI, 1998). A validação de face ou de aparência é a representação estética constituída por linhas, formas, cores e movimento das imagens que devem se harmonizar ao conteúdo das informações; é considerada uma técnica, subjetiva e não sofisticada, por proporcionar apenas julgamento sobre a relevância e sobre a adequação dos itens (MARTINS, 2006). A validação dos instrumentos de pesquisa torna-se importante para garantir que estes permitam a exploração de aspectos essenciais de acordo com o objetivo da pesquisa (VARANDA; BENIDES, 2017).

Os critérios de validação de conteúdo envolvem pertinência, relevância (PASQUALI, 2010). Os critérios de validação de aparência foram realizados com base nos seguintes quesitos: apresentação, clareza das afirmações, facilidade na leitura, interpretação e representatividade dos itens nas dimensões locadas (BELUTI JUNIOR; MATSUDA, 2012).

Quanto aos peritos, Pasquali (2010) aponta que a análise feita por juízes deve selecionar pessoas, os juízes, tendo como quesito sua habilidade na área em questão, pois sua participação consiste em avaliar se as perguntas estão se referindo ao traço em questão. Em se tratando da quantidade, embora haja divergências entre autores, optou-se por utilizar o referencial de Pasquali. Esse autor refere que até 07 juízes é um número suficiente e que o acordo de

concordância entre eles deve ser de 80% para ser considerado com critério de decisão sobre a pertinência do item (PASQUALI, 1996, 2010).

Foram convidados a colaborar na validação de conteúdo, enquanto juízes, cinco especialistas, sendo três da área de gestão em serviços hospitalares de saúde, um da área de estudos epidemiológicos e outro com experiência com o tema de processo de trabalho. Os juízes foram contatados por e-mail, sendo enviada uma carta-convite (APÊNDICE B), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) e um link do Google Forms, contendo o instrumento propriamente dito e as orientações para a respectiva avaliação (APÊNDICE D). Para verificar a concordância entre os juízes, foi utilizada a fórmula de Índice de Concordância (IC), que se refere ao número dos acordos em relação ao item multiplicado por 100 e dividido pelo número de juízes (FAGUNDES, 1985; KAZDIN, 1982). Segundo Pasquali (1996, 2010), é suficiente para a validação de conteúdo a concordância de pelo menos 80% no IC dos juízes como critério de decisão sobre a pertinência de cada item.

Os resultados quantitativos gerados a partir da validação de conteúdo estão discriminados em formato de tabela (APÊNDICE E). Foi encontrado um IC de 97% quanto à aparência; 84%, quanto à adequação; 100%, de relevância e 97%, de clareza. Nos índices de adequação, optou-se por respeitar as sugestões dos juízes por considerá-las apropriadas, melhorando a compreensão da pergunta. As alterações podem ser conferidas nos apêndices do instrumento antes e após a validação (APÊNDICE A e F).

Utilizou-se também a entrevista semiestruturada. Para Flick (2009), a entrevista semiestruturada permite que os entrevistados expressem seus pontos de vista, tendo em vista que possui abertura em seu planejamento, permitindo que o pesquisador possa reordenar o roteiro, a partir do envolvimento do entrevistado. O objetivo da entrevista foi compreender as vivências dos trabalhadores de saúde frente à pandemia da Covid-19, com três questões norteadoras. São elas:

- a) Qual o impacto da pandemia em seu trabalho;
- b) Qual o impacto da pandemia em sua vida pessoal;
- c) Qual o impacto da pandemia em seu contexto familiar.

Inicialmente, realizou-se um estudo-piloto com três sujeitos, cujas entrevistas tiveram duração média de 38 minutos. Após a averiguação das pesquisadoras, as questões foram mantidas. O estudo-piloto é um instrumento em pequena proporção, que possibilita reproduzir os meios e os métodos planejados para um dado estudo que serão encontrados na coleta de dados definitiva (SILVA; OLIVEIRA, 2015). É nesse momento do estudo que é possível testar a aplicação de todos os instrumentos e procedimentos contidos no método com o objetivo de

promover adaptações, caso julguem necessárias para a coleta de dados definitiva (CANHOTA, 2008).

5.6 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu de abril a agosto de 2022. O acesso aos trabalhadores foi através de uma listagem liberada pelo setor de recursos humanos, onde constava nome, setor, data de admissão e e-mail pessoal do trabalhador.

O contato inicial com os entrevistados ocorreu via e-mail, sendo que aqueles não o possuíam foram abordados pessoalmente. Constatou-se esclarecimento sobre a temática em pauta, seus objetivos e a forma da coleta de dados, sendo que o questionário foi via Google Forms e a entrevista presencial e gravada. Após o aceite, os participantes receberam o link do Google Forms e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G), por e-mail ou impresso.

Em todos os casos, foram orientados a responder o questionário num prazo de sete dias. Após esse período, foram contatados novamente e disponibilizados mais sete dias. Quanto aos que não responderam nesse prazo, considerou-se que não se dispuseram a participar da pesquisa.

A coleta dos dados da entrevista foi realizada durante a jornada de trabalho de acordo com a liberação da supervisão direta, a fim de não impactar no funcionamento dos setores.

Optou-se por manter a entrevista presencial, uma vez que uma das pesquisadoras (aquela que realiza a coleta de dados) atua profissionalmente no cenário da pesquisa e convive diariamente com os profissionais.

O local da entrevista é uma sala de reuniões, com 25 m². Nela, foram oferecidas todas as medidas de segurança necessárias para prevenção da Covid-19, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde (ANVISA, 2021).

No momento da entrevista, os entrevistados foram novamente orientados quanto ao objetivo da pesquisa, ao método, sendo solicitada a gravação da mesma. Após o aceite, iniciava-se a entrevista, utilizando as questões norteadoras, procurando, assim, oferecer possibilidades de rememoração das vivências, aprofundamento e detalhamento das respostas dos sujeitos, valorização da fala, favorecendo o aprofundamento de tópicos que não se apresentassem claros.

A entrevista foi gravada com um gravador digital da marca Sony, modelo ICD-PX240 e aparelho de celular Samsung J8, ambos colocados no centro da mesa, em torno de 1,5 metro

de distância do entrevistado; o tempo médio das entrevistas foi de 12 minutos. A transcrição foi realizada usando inicialmente o aplicativo pra tradução de voz Transkriptor; logo após a entrevista, o pesquisador ouviu e fez os ajustes necessários, a fim de manter todas as informações, tanto de falas como de expressões dos sujeitos na íntegra. De acordo com Toledo e Gonzaga (2011), os sentimentos expressos pelo entrevistado devem constar na transcrição, uma vez que irão demarcar a análise e a interpretação dos dados em momentos posteriores.

5.7 ESTRATÉGIAS PARA A ANÁLISE DOS DADOS

Realizou-se a análise estatística descritiva dos dados do Instrumento de pesquisa: Caracterização Sociodemográfica, Profissional, Pessoal e Organização do trabalho do trabalhador de saúde hospitalar, a fim de conhecer o perfil sociodemográfico, bem como a caracterização profissional, pessoal e a organização do trabalho do profissional que atua na área hospitalar da instituição pesquisada.

Quanto às entrevistas, utilizou-se a análise de conteúdo realizada de acordo com Bardin (2011). Segundo a autora, a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos extremamente diversificados, funciona a partir de procedimentos sistemáticos e, a partir de sua pretensão em descrever as mensagens, o analista de conteúdo possui a dupla tentativa de compreender o sentido da comunicação. Corroborando a autora, Mozzato e Grzybovski (2011) traduzem a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise de comunicações que tem como objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados.

De acordo com Bardin (2011), o procedimento para realizar a análise de conteúdo se divide em três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a interferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase de organização propriamente dita, na qual os dados são organizados, visando, nas entrevistas, os conteúdos que corroboram os objetivos da pesquisa, a hipótese previamente elaborada e os indicadores que fundamentem a interpretação final. É dividida em quatro etapas: a) leitura flutuante que visa estabelecer contato com os documentos a analisar, deixando-se invadir por impressões e por orientações. b) escolha dos documentos, que é o momento da definição do corpus do estudo e que deve obedecer às regras de exaustividade, da representatividade, da homogeneidade e da pertinência do conteúdo manifestado. c) construção de objetivos e hipóteses, que se dá a partir da leitura inicial dos

dados constitutivos do corpus; e d) elaboração de indicadores, que diz respeito à interpretação do material coletado.

A segunda etapa, que se refere à exploração do material, conforme as decisões tomadas na etapa anterior, inclui as etapas de codificação, de decomposição ou de enumeração na decomposição. Assim, as entrevistas são recortadas em unidades de registro e de contexto e agrupadas em categorias. É uma fase extensa que contempla a construção do processo de codificação e leva em consideração os recortes que foram feitos no texto em unidades de registros, como foram definidas as regras para a contagem e como foram classificadas e agrupadas as informações em categorias temáticas (SILVA; FOSSÁ, 2013).

A terceira etapa descrita por Bardin (2011) consiste no tratamento dos resultados obtidos na interferência e na interpretação, que consiste em atrair os conteúdos expressos e latentes que estão presentes no material coletado, que podem ser previstos acerca dos objetivos ou através de descobertas que não eram esperadas.

A partir do exposto, foram realizadas as análises, seguindo as fases descritas anteriormente. Em seguida, os dados foram organizados e ocorreram as devidas codificações, respeitando-se uma sequência ordinária que levou em consideração a ordem de realização das entrevistas e a função do entrevistado, como já dito. Após, foram realizados os recortes a partir da convergência com o conteúdo semântico e, logo em seguida, foram registradas separadamente. A seguir, estabeleceram-se as categorias analíticas, considerando os princípios estabelecidos por Bardin (2011), que condizem com a exclusão mútua entre as categorias, com a homogeneidade das categorias, com a pertinência, com a objetividade/fidelidade na compreensão e na clareza e com a produtividade.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), sob o parecer de número 5.032.026, CAAE: 52037021.4.0000.5142. (ANEXO A).

Os juízes convidados a participar do estudo, enquanto apoiadores no processo de validação do instrumento “Caracterização sociodemográfica, profissional, pessoal e a organização do trabalho dos profissionais de saúde hospitalar”, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ser lido e assinado (APÊNDICE C).

Foi também encaminhado ao gestor da Instituição uma carta de pedido de Autorização Institucional, já aprovado para a realização do estudo.

Os sujeitos do estudo receberam, ao serem convidados a participar da pesquisa, um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G), a ser lido e assinado, seguindo as exigências da Resolução N° 466/2012, que trata de pesquisas envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2013).

Os pesquisadores assinaram o Termo de Compromisso para Desenvolvimento de Protocolos de Pesquisa no período de Pandemia – Covid-19, desenvolvido pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), disponível na página do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da referida Universidade (UNIFAL, 2021), (APÊNDICE H).

5.9 BENEFÍCIOS, RISCOS E MEDIDAS MINIMIZADORAS

5.9.1 Benefícios

Como benefícios, o estudo poderá possibilitar que sejam desenvolvidas, no ambiente de trabalho, ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida no trabalho e que diminuam o impacto da pandemia na vida dos trabalhadores, considerando-se os aspectos trabalhistas, pessoais e familiares.

5.9.2 Riscos

Durante a execução da pesquisa, poderiam ocorrer riscos de desconforto e de constrangimentos no momento da entrevista. Nesses casos, os inscritos poderiam ser avaliados pelo psicólogo responsável e, se necessário, encaminhados ao atendimento psicoterápico online com o pesquisador responsável. Também existiu o risco de contaminação pela Covid-19, pois se estava no meio de uma pandemia. Assim, foram tomadas todas as medidas de segurança para a prevenção de contaminação, no entanto, caso existisse a contaminação e esta fosse identificada que tenha ocorrido no momento da entrevista, o pesquisador tomaria as devidas providências quanto ao atendimento e ao tratamento dos infectados, eximindo-os de gastos.

5.9.3 Medidas Minimizadoras

Caso ocorresse algum dano, previsto ou não, decorrente da participação do inscrito no estudo, assegurado e periciado, este teria direito à assistência integral e imediata, de forma

gratuita, avaliada e indicada por profissionais capacitados pelo tempo que for necessário; com o direito a buscar indenização mediante avaliação comprobatória.

Para evitar desconforto e constrangimento, garantiu-se o acesso em um ambiente que proporcionasse privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante, para a obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa. O participante foi informado a respeito do anonimato e da possibilidade de interromper o processo quando desejasse, se houvesse danos e prejuízo à pesquisa e a si próprio.

Foram tomadas as medidas minimizadoras frente ao risco de contaminação pela Covid-19. O local da entrevista em uma sala de reuniões ampla, com 25 m², oferecidas todas as medidas de segurança necessárias, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde (ANVISA, 2020), ou seja, mantido o distanciamento social mínimo de 1,5 metro de distância entre a pesquisadora e o entrevistado, delimitando o espaço com a presença de uma mesa de um metro e vinte de largura e três metros de comprimento; onde o entrevistador e o pesquisador ficaram um em cada ponta da mesa; o uso de máscara cirúrgica durante todo o desenvolvimento da entrevista; ao ser recebido e após a entrevista, realizou-se a higienização das mãos com aplicação de álcool gel; em ambiente iluminado e ventilado, mantendo-se janela aberta e porta entreaberta; a mesa foi higienizada entre as entrevistas com álcool 70%. Reitera-se que o pesquisador e o entrevistado não tiveram nenhum contato físico.

6 RESULTADO E DISCUSSÃO

Primeiramente, serão apresentados os dados da caracterização sociodemográfica e da caracterização profissional do trabalhador que atua na instituição pesquisada por meio de tabelas e de gráficos.

Em seguida, serão apresentados os dados e as considerações analíticas referentes às entrevistas. Os trabalhadores de saúde estão divididos em equipe assistencial, apoio e administrativo, sendo analisados no aspecto trabalho, pessoa e família. Os resultados aqui descritos referem-se a uma análise de conteúdo segundo Bardin (2011), que demonstra o entendimento dos entrevistados, a partir dos quais foram identificadas as categorias analíticas.

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRAFICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE HOSPITALAR

Quanto à caracterização dos profissionais de saúde da área hospitalar, os dados sociodemográficos estão apresentados na Tabela 1; a categorização profissional está na Tabela 2 e, quanto à organização do trabalho, na Tabela 3; as condições do trabalho, na Tabela 4; relação do trabalho, apresentada na Tabela 5 e os dados referentes à vida pessoal, na Tabela 6. Também foram utilizados gráficos para auxiliar na caracterização; gráfico 1 caracteriza o que gosta de fazer em seu momento de lazer e gráfico 2, apresenta se os últimos dois anos trouxeram mudanças em sua rotina familiar, como se segue.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes de acordo com os dados sociodemográficos dos trabalhadores de saúde hospitalar. Alfenas-MG, 2022 (n=47).

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
GÊNERO		
Masculino	8	15%
Feminino	39	85%
Total	47	100%
IDADE EM ANOS		
18 a 29 anos	10	21%
30 a 39 anos	21	45%
40 a 49 anos	09	19%
50 a 59 anos	06	13%
Acima de 60 anos	01	2%
Total	47	100%
COR/RAÇA		
Preta	03	6%
Parda	11	24%
Branca	33	70 %
Total	47	100%
ESTADO CIVIL		
Solteiro (a)	20	42 %
Casado(a)/Com companheiro(a)	27	58%
Total	47	100%
TEM FILHOS		
Sim	30	63%
Não	17	37%
Total	47	100%
QUANTOS FILHOS		
Nenhum	12	26%
01 filho	26	55%
02 filhos	06	13%
03 filhos	03	6%
Total	47	100%
ESCOLARIDADE		
Ensino fundamental completo	02	4%
Ensino médio completo	06	13%
Ensino médio incompleto	02	4%
Ensino superior completo	11	23%
Ensino superior incompleto	03	6%
Pós-graduação completa	20	44%
Pós-graduação incompleta	03	6%
Total	47	100%
RENDA FAMILIAR		
1 a 3 salários	26	55%
4 a 6 salários	16	35%
Mais que 6 salários	05	10%
Total:	47	100%
CRENÇA RELIGIOSA		
Católica	39	83%
Evangélica	6	13%
Espírita	1	2%
Outras	1	2%
Total	47	100%

Fonte: Elaboração da autora (2022).

Conforme se observa na Tabela 1, a população é formada, em sua maioria, por mulheres (85%), o que corrobora outros estudos com populações semelhantes, com predominância do

sexo feminino entre trabalhadores da saúde (REIS, 2013; GARCIA, 2014; SANTOS *et al.*, 2017; MIRANDA, SCHIMANSKI, 2014; SOUZA, *et al.*, 2017). Souza et al. (2012) afirmam que as mulheres desempenham papel fundamental na sociedade, pois, além de estarem no mercado de trabalho, algumas vezes são as únicas provedoras da família. Nos serviços de apoio, como setor de lavanderia, de cozinha e de higiene, o percentual de mulheres encontrado é de 100%. Esse alto percentual de mulheres nessas profissões já é esperado, uma vez que, socialmente, as ocupações de cuidados com a vida, com a saúde e com a educação são naturalmente atribuídas às mulheres como uma extensão do lar (ROCHA, 2018).

Em relação à faixa etária dos profissionais pesquisados, observou-se que se trata de uma equipe na fase ativa de trabalho com idades entre 30 e 39 anos (45%), com capacidade para contribuir de forma produtiva no processo de trabalho (CAVALHEIRO *et al.*, 2019). As faixas menos prevalentes foram de 50 a 59 (13%) e > 60 (2%). Essa afirmação vem ao encontro dos dados divulgados pelo IBGE (2021), os quais apresentam que, entre as pessoas com 50 anos ou mais, a taxa de desemprego saltou de 2,7% no último trimestre de 2012 para 7,2% no fim de 2020.

Em relação à cor/raça, 70% referiram ser brancos, o que contraria outro estudo na área onde prevaleceu as pessoas de raça/cor parda ou preta, que representam 25,7% a mais da força de trabalho no Brasil, se comparado a pessoas de cor/raça branca. Apresentam também que 68,6% dos cargos de gestão são ocupados por brancos (IBGE, 2019).

Quanto ao estado civil, observa-se que mais da metade dos sujeitos pesquisados (58%) referiram ter vida conjugal, casado(a) ou com companheiro(a), dados semelhantes a outros na área (SANTOS *et al.*, 2017; REIS, 2013)

Em se tratando do número de filhos, observou-se que, ainda que, dentre os trabalhadores que afirmaram ter filhos (63%), a maioria disse ter apenas um filho, o que representa 55% dos entrevistados. Apoiando esse resultado, outros estudos mostram a média reduzida de filhos dentre os trabalhadores da enfermagem (SANTOS *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2014), reafirmada pelo declínio da média nacional registrada de 2,08 para 1,56 filhos por mulher em idade fértil no último boletim (SEADE, 2021). De acordo com Costa *et al.* (2014), percebe-se, nos dias de hoje, um maior percentual de mulheres trabalhadoras com filhos, o que demonstra a potencialidade das mulheres em conciliar seus diversos papéis, sendo, no entanto, o cuidado com os filhos uma demanda adicional que pode gerar desgaste e sobrecarga.

Em relação à escolaridade, a prevalência deu-se em profissionais com pós-graduação completa (44%); em sequência, ensino superior completo (23%), o que diverge de outras pesquisas na área (ARAUJO; MIRANDA; BRASIL, 2007), nas quais a maioria dos indivíduos

possuem o ensino médio completo. Cada vez mais os profissionais estão em busca de qualificação, sendo que a maioria exerce cargo de chefia, pois, para exercer cargo de gestão, é necessário qualificação, fator crucial no desenvolvimento das equipes (ALVES; GUIRARDELLO, 2016).

Entre os sujeitos do sexo masculino, 81% disseram ter nível superior completo; entre as mulheres, 48%. Apesar de as mulheres estarem buscando aumento do nível de escolaridade e de qualificação profissional, a desigualdade de gênero no mercado de trabalho vem se mantendo, o que confirma a relação hierárquica de poder masculino (MIRANDA, CHIMANSKI, 2014; SOUZA *et al.*, 2017).

Já a renda familiar mensal média desses profissionais, foi de 1 a 3 salário-mínimo (55%), esse valor encontra-se abaixo da média de rendimentos *per capita* nacional que foi de R\$1.353,00 no ano de 2021, segundo dados do IBGE (2021). Essa renda deveria contemplar gastos básicos de subsistência, mas também hábitos de vida saudáveis como práticas de atividades físicas, gastos com saúde, com lazer e com aprimoramento profissional, dentre outros (SOUZA *et al.*, 2012). Apesar de 72% dos entrevistados apresentarem graduação completa, a média salarial ficou entre 1 e 3 salários-mínimos.

Referentemente à crença religiosa, os participantes do estudo declararam-se, em sua maioria, católicos (83%); seguidos dos evangélicos (13%). Esse resultado vem ao encontro de Gerones e Nogas (2020) que encontraram, em um estudo com profissionais de saúde, um total de 49,44% de católicos e de 22% de evangélicos. Também corrobora a situação do país, uma vez que análise preliminares do censo que está sendo realizado demonstrou a predominância de católicos apostólicos romanos de 49%, seguidos pelos evangélicos, com 26% na população brasileira (IBGE, 2022).

Essa constatação também se firma no contexto histórico e cultural. Os hospitais foram, na origem, um lugar de recolhimento e de abrigo de doentes. A Igreja, na Idade Média, fundou hospitais nos mosteiros, onde os doentes recebiam cuidados e assistência, antes religioso que terapêutico (ORNELLAS, 1998). Especificamente, os profissionais de enfermagem possuem uma genealogia histórica, caracterizada por práticas de cuidado com a vida, organizada por influência da caridade cristã, de onde ocorreu o surgimento das ordens religiosas, em razão da forte manifestação cristã (SOUZA; TEIXEIRA, 2014). Ainda hoje, a religiosidade se mantém no dia a dia desses profissionais, especialmente em suas formas de enfrentamento frente a adversidades como a morte dos pacientes (BARROS; MARTINS, 2009).

6.2 CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

Em se tratando do campo profissional, referente ao trabalho na instituição em que a pesquisa foi realizada, observam-se os dados na tabela a seguir.

Tabela 2- Distribuição dos participantes de acordo com a caracterização profissional dos trabalhadores de saúde hospitalar. Alfenas-MG, 2022 (n=47). (continua)

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
FORMAÇÃO PROFISSIONAL		
Enfermagem	12	26%
Sem formação profissional	08	17%
Técnico Enfermagem	06	13%
Administração	03	6%
Farmácia	03	6%
Nutrição	02	4%
Pedagogia	02	4%
Fisioterapia	02	4%
Técnico de Radiologia	02	4%
Medicina	01	4%
Fonoaudiologia	01	2%
Processos gerenciais	01	2%
Engenharia Elétrica	01	2%
Tecnologia da informação	01	2%
Direito	01	2%
Geografia	01	2%
Total	47	100%
FUNÇÃO QUE EXERCE		
Enfermeira (o)	10	23%
Técnico Enfermagem	06	15%
Recepçcionista	04	8%
Assistente administrativo	04	8%
Auxiliar de lavanderia	02	4%
Coord. Enfermagem	02	4%
Farmacêutica	02	4%
Fisioterapeuta	02	4%
Nutricionista	02	4%
Técnico radiologia	02	4%
Telefonista	02	4%
Supervisão administrativa	01	2%
Supervisor de RH	01	2%
Coordenador de Hotelaria	01	2%
Assistente de TI	01	2%
Auxiliar de Cozinha	01	2%
Assistente de manutenção	01	2%

Tabela 2- Distribuição dos participantes de acordo com a caracterização profissional dos trabalhadores de saúde hospitalar. Alfenas-MG, 2022 (n=47). (conclusão)

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Bioquímico	01	2%
Médico	01	2%
Fonoaudióloga	01	2%
Total	47	100%
TEMPO DE TRABALHO		
1 a 2 anos	11	23%
3 a 5 anos	12	25%
6 a 10 anos	12	25%
11 a 15 anos	04	9%
>15 anos	8	18%
Total	47	100%
TURNO DE TRABALHO		
Administrativo (8h/dia)	28	60%
Matutino (6h/dia)	06	13%
Matutino/Vespertino (12/36)	09	19%
Noturno (12/36)	04	8%
Total	47	100%
TURNO DE TRABALHO É DE SUA PREFERÊNCIA		
Sim	43	91%
Não	04	9%
Total	47	100%
POSSUÍ OUTRO EMPREGO		
Sim	9	19%
Não	38	81 %
Total	47	100%

Fonte: Elaboração autora (2022).

De acordo com Momm (2004), o nível de escolaridade é um importante indicador da qualidade da força de trabalho. Dentre os sujeitos pesquisados, observa-se que 82% possuem alguma formação profissional. Percebe-se que, em alguns casos, a formação profissional diverge da função exercida no hospital. A área administrativa é a que se destaca, podendo-se observar formação em Geografia (2%), Direito (2%) e Pedagogia (4%) exercendo cargos de recepção e de auxiliar administrativo. Isso corrobora pesquisa realizada pelo Núcleo Brasileiro de Estágio (NUBE, 2020), com jovens recém-formados, dentro os quais 50% estão desempregados e apenas 20% exercem atividades na área de formação. Sendo assim, Lacombe (2011) afirma que as empresas devem treinar seus funcionários, porque as pessoas são admitidas com qualificações genéricas e toda empresa tem suas peculiaridades. Essa afirmação reforça a importância da qualificação do trabalhador no ambiente organizacional, através de educação continuada. Somente dessa maneira as empresas conseguiriam aperfeiçoar as capacidades e as competências das pessoas e desenvolver seus talentos.

Importantes contribuições relacionadas à questão das habilidades e competências foram encontradas em Araújo, Miranda e Brasil (2007). De acordo com os estudos, a formação

de um profissional de saúde não se esgota no mero aprendizado de competências e de habilidades de ordem técnica, mas inclui também o manejo de situações de ordem intersubjetiva, em que assume importância todo um conjunto de valores éticos e morais.

Em relação ao tempo de trabalho na instituição de estudo, a média encontrada foi de 8,75 anos, o que pode indicar uma baixa rotatividade. Reafirmando esse resultado, quando se trata de profissionais de enfermagem, o COFEN (2013) informa que, no Brasil, 72,7% dos profissionais da enfermagem não trocaram de emprego durante os últimos dois anos, destacando-se que, quando essa mudança ocorre, o principal motivo apontado foi quanto à insatisfação salarial. No setor administrativo, observa-se maior rotatividade, pois 43% dos sujeitos que estão na instituição por até dois anos são desta área. A empresa que não possui programas de retenção pode chegar a um índice de rotatividade alto, muitos funcionários ficam na empresa apenas pelo bom relacionamento interpessoal, mas não visualizam oportunidade de crescimento .

Esse fato é importante no contexto organizacional, tendo em vista que as pessoas percebem o ambiente organizacional de acordo com suas necessidades e experiências, o que gera percepções que irão moldar seu comportamento diante do que acreditam que podem fazer ou alcançar no trabalho (CHIAVENATO, 2005). Essas experiências podem descaracterizar a percepção do sujeito da realidade atual.

Quanto à carga horária mensal na instituição de estudo, 57% dos sujeitos pesquisados referem exercer 220 horas mensais, ou seja, uma jornada de 8 horas por dia, sendo trabalhadas 44 horas semanais. Esse horário é conhecido como horário comercial, em que se trabalha de segunda a sexta-feira. Além dos trabalhadores da área administrativa, alguns profissionais da área assistencial também cumprem essa carga horária, pois, devido ao fato de o hospital em estudo ter um perfil cirúrgico eletivo, a maior demanda de trabalho fica concentrada de segunda a sexta-feira. Outros 25% trabalham em regime 12/36 horas, com carga horária de 180 horas mensais; 25% destes são do período noturno.

Quando perguntado se seu turno de trabalho é de sua preferência, 95 % dos participantes disseram que sim. Os sujeitos que trabalham no período noturno disseram que gostam desse horário. O trabalho noturno oferece maior risco de adoecimento desses profissionais, devido à sobrecarga de trabalho, por apresentar um dimensionamento menor que o diurno e pela inversão do ciclo sono-vigilância, o que também pode prejudicar a qualidade da assistência prestada (SILVA; CARVALHO; CARDIM, 2017).

Referentemente à questão se possui outro emprego, 18% responderam que possuem, sendo profissionais de enfermagem, fisioterapeuta, técnico de radiologia e médico. Mauro *et*

al. (2010); Santos (2021) evidenciaram que, diante da baixa remuneração, os profissionais da enfermagem tendem a manter mais de um vínculo empregatício, o que leva o trabalhador a sacrificar grande parte de suas horas de descanso e de lazer. Os autores completam que essa prática aumenta a sobrecarga, gerando efeitos negativos no âmbito físico e psicossocial e acaba por aumentar o risco de sofrimento patológico, além do desgaste físico e mental. ‘

Os fisioterapeutas e técnicos de radiologia possuem uma carga horária regulamentada por lei. De acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia, a Lei Federal 8.856, de 1º de março de 1994, limita a jornada de trabalho do fisioterapeuta em 30 horas semanais (BRASIL, 1994). De acordo com o Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia (CONTER), Lei Federal 7.394/85, a carga horária de trabalho é de quatro horas diárias, 24 horas semanais (BRASIL, 1985). Todos os sujeitos pesquisados com formação nessa área disseram ter um segundo emprego, o que faz com que sua carga de trabalho seja maior que a legislada.

De acordo com Silva (2006), embora a Lei Federal 8.856 limite a jornada de trabalho do fisioterapeuta em 30 horas semanais, a realidade tem se mostrado diferente, pois se trata de um trabalho desenvolvido em regime de turnos e de plantões, abrindo perspectivas de duplos empregos e de jornadas de trabalho prolongadas, em meio a um cenário conturbado: vida, morte, alegrias, dores, sofrimento e perdas. O autor afirma que essa interação pode levar à absorção de sofrimento emocional transmitido pelos pacientes.

O profissional médico entrevistado disse ter outro emprego. A atuação médica não é legislada, pois normalmente são prestadores de serviço, que não possuem vínculo empregatício, o que possibilita realizarem várias atividades. Em um estudo realizado pela Fundação Getúlio Vargas – FGV -, divulgado pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP, 2006), concluiu-se que os médicos são os profissionais que mais trabalham, com jornadas de 52 horas semanais em média e também lideram o ranking das profissões mais bem pagas do país.

Para Caetano e Prado (2016), a extrapolação da carga horária de trabalho compromete o tempo de descanso, de lazer, de convívio familiar e também de aprimoramento do profissional. Os autores completam que tais privações podem acentuar o desgaste físico e emocional já presentes na profissão, interferindo também na qualidade da assistência. Referentemente ao setor em que atuam, 51% responderam setor assistencial; 26%, setor administrativo e 23%, de apoio.

6.3 IMPACTO DA PANDEMIA NO TRABALHO SEGUNDO AS VIVÊNCIAS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR INVESTIGADA

A partir das entrevistas realizadas com esses trabalhadores, foram discutidas e analisadas as vivências subjetivas no trabalho, na família e na vida pessoal, cujas falas foram confrontadas com as questões do questionário. Foram encontradas as seguintes categorias e subcategorias:

Categoria 1 – Impactos da pandemia por Covid-19 no trabalho dos trabalhadores em saúde

Subcategoria 1: organização do trabalho

Subcategoria 2: condições de trabalho

Subcategoria 3: relações socioprofissionais

Subcategoria 4: aspectos emocionais e cognitivos provenientes da pandemia por covid

Categoria 2 – Impactos da pandemia por Covid-19 na vida pessoal do trabalhador de saúde

Subcategoria 1: impactos na dimensão física e ambiental

Subcategoria 2: dimensão psicológica e emocional

Subcategoria 3: dimensão social

Subcategoria 4: pós-covid e suas sequelas

Subcategoria 5: impactos positivos e negativos da pandemia

Categoria 3 – Impactos da pandemia por Covid-19 na vida familiar dos trabalhadores em saúde

Subcategoria 1: isolamento social e físico e suas repercussões na rotina familiar

Subcategoria 2: os filhos e o sistema educacional formal

Subcategoria 3: o adoecer durante a pandemia por Covid-19

Subcategoria 4: Morte de familiares durante a pandemia por Covid-19

6.3.1 Categoria 1- Impactos da pandemia por Covid-19 no trabalho dos trabalhadores em saúde

O trabalho é meio da produção da vida de cada um, provê a subsistência do indivíduo, é rico de sentido individual e social (BORGES; TAMAYO, 2001). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), um Ambiente de Trabalho Saudável é “aquele em que os trabalhadores e chefes colaboram num processo de melhoria contínua para promover e

proteger a saúde, a segurança e o bem-estar dos trabalhadores e sustentabilidade do ambiente de trabalho” (OMS, 2010, p. 2).

Para Dejours (2004), o trabalho não se caracteriza apenas pela relação salarial ou de emprego, implica o engajamento da personalidade para realizar uma tarefa delimitada por pressões materiais e sociais. Há um encontro entre o corpo e o real do mundo, que se concretiza na experiência do trabalho. Desse modo, para o autor, o trabalhar e o desenvolvimento da subjetividade passam pela relação entre o sofrimento e o real.

A vivência dos trabalhadores em saúde aqui pesquisados demarca o encontro entre o real experienciado numa situação de pandemia por Covid-19 que os impactou de diversas formas e gerou sofrimento. As subcategorias impactantes relacionadas ao trabalho serão discutidas de acordo com o referencial da psicodinâmica em suas três dimensões, ou seja, organização, condições e relações no trabalho (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAVET, 1994).

6.3.1.1 Subcategoria 1- Organização do trabalho

Dejours (1987,1999) conceitua a dimensão da organização do trabalho como a divisão de tarefas, o conteúdo das atividades, o sistema hierárquico, as relações de poder e suas modalidades comando, as normas, o controle e os ritmos. Algumas formas de organização do trabalho se confrontam, pois não colocam em risco o equilíbrio psíquico, enquanto outras, ao afrontar e destruir o desejo dos trabalhadores, tornam-se nocivas para o funcionamento psíquico, ao ponto de provocar adoecimento mental. Para escapar desse adoecimento, os trabalhadores desenvolvem estratégias de defesa para se manterem na normalidade (DEJOURS, 1993; 2011).

Como base nesses itens, considerando-se as normas, os protocolos e os equipamentos de segurança no trabalho, a tabela 3 apresentada refere-se às respostas ao questionário.

Tabela 3- Distribuição dos participantes de acordo com a Organização do Trabalho dos trabalhadores de saúde hospitalar. Alfenas-MG, 2022 (n=47).

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
CONHECE OS PROTOCOLOS DE TRABALHO DO SEU SETOR?		
Sim	46	98%
Não	01	2%
Total	47	100%
EXECUTA AS ATIVIDADES CONFORME PROTOCOLOS?		
Sim	47	100%
Não	00	0%
Total	47	100%
FOI AFASTADO DAS SUAS ATIVIDADES LABORAIS NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS?		
Sim	13	28%
Não	34	72%
Total	47	100%
NO SETOR EM QUE ATUA TEM EPIS SUFICIENTES		
Sim	45	96%
Não	02	4%
Total	47	100%

Fonte: Elaboração autora (2022).

Entendendo que algumas das normas de trabalho na instituição de saúde são determinadas em seus protocolos, observa-se que 98% dos trabalhadores têm conhecimento das mesmas. Em contrapartida, 100% dos trabalhadores responderam que executam suas atividades baseadas neles. Para Dejours (1992), a implementação dos protocolos, desenvolvidas por diferentes trabalhadores, nem sempre é realizada segundo uma mesma e única prescrição. Ao contrário, a observação demonstra que os diferentes modos operatórios que aparecem espontaneamente são extremamente personalizados, ou seja, os protocolos são lidos, interpretados e praticados de diferentes maneiras, o que revela a necessidade de capacitações constantes. Entende-se que os protocolos equivalem ao trabalho prescrito, contudo a diferença entre o prescrito e o real é a materialização das contradições existentes no ato do trabalho, o que implica a flexibilidade como a resposta de adaptação à incerteza ambiental.

A questão discrepante entre conhecer e realizar as tarefas, conforme os protocolos, pode ser devido ao fato de uma das pesquisadoras trabalhar no cargo de gestora da equipe de enfermagem na instituição pesquisada. Segundo Cunha filho (2019), quando o pesquisador tem por objeto o próprio ambiente de trabalho, suas relações com muitos dos participantes é mais complexa que uma relação pesquisador/respondente. O autor afirma que, por vezes, essa relação é mediada por vínculos de amizade, de subordinação ou hierárquica; por vezes, o nativo é reconhecido como alguém semelhante aos colegas, por vezes, não. Becker (1967) diz que a

parcialidade, a seletividade da análise e a falta de neutralidade são, na verdade, inerentes a qualquer pesquisa em ciência social.

Outros estudiosos se preocupam com as expectativas de lealdade, podendo o pesquisador intimidar o entrevistado (ANDERSON; HERR, 1999; AVLESSON, 2003). Já para Brannick e Coghlan (2005; 2007), o pesquisador nativo enfrenta problemas particulares, porém pode realizar pesquisa válida, desde que saiba explorar a complexidade de sua relação com o objeto de pesquisa. Está em posição de vantagem em relação a pesquisadores externos, porque possui de início a *expertise* necessária para a compreensão do problema de pesquisa (CUNHA FILHO, 2019).

Dentre os sujeitos pesquisados, 28% disseram que foram afastados das atividades laborais por problemas de saúde relacionados ao trabalho nos últimos dois anos. Destes, 70% são relacionados à Covid-19; 4% referiram afastamento por “tristeza e angústia”. De acordo com Teixeira *et al.* (2020), os trabalhadores de saúde foram expostos cotidianamente ao risco de contaminação pela Covid-19, submetidos a condições de trabalho precarizadas e estressantes frente à sobrecarga de trabalho e ao enfrentamento diário do sofrimento e de morte dos pacientes e da angústia de seus familiares. O mesmo autor afirma que esses profissionais são as peças principais, para se garantir um mínimo de eficiência e de efetividade no enfrentamento da pandemia no país.

Em relação aos afastamentos, 53% foram relacionados à equipe de enfermagem. Esses dados coincidem com os apontamentos do Ministério da Saúde, o qual mostrou que mais de 173 mil profissionais de saúde foram contaminados pela Covid-19 e que a maior parte deles são profissionais de Enfermagem, representando mais de 49% dos casos (BRASIL, 2020). A equipe de Enfermagem esteve mais exposta e mais vulnerável à contaminação, por representar o maior número de trabalhadores diretamente ligados à assistência. Houve também, na situação de pandemia por Covid-19, afastamentos decorrentes de comorbidades ou situação de risco e de vulnerabilidade exigidos pela lei 13.979 de 06/02/2020 do Ministério da saúde (BRASIL, 2020) na tentativa de preservar a saúde desses trabalhadores.

Todavia, observa-se que, mesmo diante de todo o risco de se trabalhar em saúde durante uma pandemia, a maioria (72%) dos profissionais não se afastaram das atividades realizadas. Isso pode evidenciar o cuidado desses trabalhadores e da gestão da instituição com a prevenção de risco referente aos protocolos usados.

Desde os primeiros surtos da Covid-19, protocolos foram publicados e atualizados, tanto para proteger a saúde dos profissionais da saúde quanto para reduzir a disseminação do novo coronavírus. A maior parte das tarefas realizadas pelos trabalhadores que assistem os pacientes

envolvem contato direto, de maneira a justificar a importância de protocolos específicos de proteção (HUANG *et al.*, 2020). Como afirma Dejours (1999), trabalhar nunca é simples execução das prescrições, o real do trabalho é sempre enigmático, se trata daquilo que ainda não é conhecido. Assim, é preciso reinventar e descobrir novos caminhos para ajustar a distância entre o prescrito e o real.

No instrumento utilizado, quando perguntado quanto à disponibilidade suficiente de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), 96% dos trabalhadores disseram que são disponibilizados EPIs no setor em que atuam. Todavia, embora a instituição disponibilizasse EPIs, houve momentos na situação de pandemia por Covid-19 que estes foram insuficientes como será discutido à frente. Considera-se que os EPIs possibilitam a segurança no trabalho, o que é um dos pressupostos na condição de trabalho.

Nessa subcategoria, emergiram nos depoimentos dos trabalhadores fatores impactantes na rotina de trabalho em saúde como a mudança de protocolos e de rotinas, envolvendo várias dimensões que serão descritas a seguir. As mudanças de protocolos e de rotinas ocorreram de forma rápida e frequentes. Os protocolos viabilizam a normatização do trabalho, instruindo direcionamentos, tarefas sequenciais e rotinas. De certa forma, isso facilita a realização das tarefas e das atividades nos setores. Na situação de pandemia por Covid-19, por ser uma situação desconhecida que surgiu de forma abrupta, houve necessidade de instituir novos procedimentos de forma rápida.

A fim de melhor compreensão, dividiu-se em situações que afetaram as atividades relacionadas ao próprio trabalhador como: uso de EPI, banho e necessidades humanas básicas (eliminações, hidratação e alimentação). Mudanças relacionadas à instituição/trabalho em si como: setor improvisado, alterações nas relações médico-família posto pelos boletins médicos, notificação, mudança de setor e de função, higiene, limpeza e capacitação. Por fim, em relação à execução de procedimentos como pronação e preparo do corpo.

Entre as mudanças de rotinas relacionadas ao trabalhador, discute-se a seguir.

6.3.1.1.1 Uso de EPI

Conforme apresentado na tabela 3, de acordo com o questionário preenchido, o participante diz ter EPIs suficientes no setor, 96% disseram que sim; os 4% que responderam não são de áreas administrativas e consideraram a quantidade insuficiente. No auge da pandemia da Covid-19, a instituição pesquisada passou por escassez de EPIs, sendo necessário produzir máscaras em confecção e redefinir critérios para prolongar o tempo de utilização. Essa

afirmação vem ao encontro das apresentadas por Portugal *et al.* (2020) que afirmam que os profissionais de saúde estão em alto risco de adquirir Covid-19 devido à exposição a pacientes e, principalmente, à disponibilidade limitada de EPIs. O mesmo autor afirma que, conforme registrado em vários locais do planeta, a escassez de EPIs também se tornou um dos principais problemas enfrentados entre as equipes de saúde.

Quanto ao uso de EPI, quando associado à mudança de rotina, foi expresso em todas as categorias profissionais. As categorias assistenciais e de apoio tiveram um maior aprofundamento nos relatos, pois foram bastante impactados pelo uso constante de EPIs nos setores de atendimento ao Covid-19. O uso de máscara N95, capotes, luva, gorros e propé durante toda a jornada de trabalho, foi uma mudança radical no dia a dia desses trabalhadores.

Você ficava paramentado o dia inteirinho usando gorro, capote, protetor facial. A gente não usava aquilo antes, usava máscara só, então a questão do protocolo de precaução mudou muito (ENF 5).

A gente colocava capote, mas não tinha aquele cuidado de colocar capote da forma correta, a gente aprende na faculdade, mas a gente não faz e refaz essa rotina diariamente, com a Covid era nossa vida em risco (ENF 10).

Eu chegava em casa, eu estava com o rosto todo marcado da máscara (TE 1).

A gente machucou todo o rosto, estava com as duas máscaras o tempo todo (TE 2).

Nossa! Era roupa azul, capote, essa máscara N 95 e a outra. Nós comíamos correndo e voltava com a máscara (TE 3).

A gente adaptou com o capote, com as toucas, com a máscara apertada, era necessário (TE 6).

O uso constante de EPIs trouxe várias implicações para os trabalhadores, entre as quais, as lesões causadas pelo uso contínuo e prolongado de máscara. YAN *et al.* (2020) discorrem que, além das necessidades fisiológicas, com o uso constante das máscaras, os trabalhadores de saúde da linha de frente desenvolveram várias complicações de pele, relacionadas à quebra da barreira da pele e da mucosa do rosto devido à antissepsia frequente e ao uso de EPI por tempo prolongado.

Corroborando as questões do questionário, nas entrevistas, foram encontradas as seguintes afirmações: escassez de EPI no início da pandemia, uso contínuo da máscara cirúrgica, incômodo relacionado ao uso da máscara N95, ferimentos pelo uso prolongado da máscara, além de paramentação e desparamentação para entrar e sair da área destinada ao cuidado do paciente.

No começo não tinha máscara direito era muito complicado, ficávamos improvisando (TE 5).

[...] e teve também essa restrição de uso de EPI e isso aí a gente causou um medo, um nervosismo muito grande porque a gente sabe que a gente precisava trabalhar e às vezes era complicada essa questão do EPI (FISIO 1).

No primeiro dia que internou um paciente com Covid, foi uma mudança de rotina, porque a gente tinha que paramentar tinha que entrar e ver os pacientes, desparamentar, não achei que foi tão difícil (FISIO 2).

Era bem difícil essa parte, o protocolo de EPI, não tinha nada, né? Assim era tudo improvisado, até mesmo as partes da gente vestir lugar para vestir era tudo assim improvisado (FISIO 2).

Olha eu acho que a dinâmica do uso da máscara 100% do tempo, pra nós aqui a gente já usava, mas não era uma coisa obrigatória, então isso ficou bem diferente (NUTRI 1).

No uso de EPI, mudou a máscara, usávamos a máscara normal e passamos usar a N 95, no começo incomodou muito, além de apertar era difícil de respirar (ALA 1).

Na lavanderia, a gente fez a modificação só da máscara que usava, máscara dessas comum e passou a usar N95 também (ALA 2).

O uso de máscara o tempo todo foi muito complicado, incomodava bastante, no início, tivemos falta de máscara, lembro que tínhamos que tirar e guardar em um saco de papel (TRA 1).

A questão de ter que paramentar para entrar no isolamento levava bastante tempo, trocava de roupa o dia inteiro e não tinha local certo para paramentar (TRA 2).

A fonoaudióloga trouxe um relato divergente, demonstrando que o uso da máscara atrapalhou em sua atuação profissional, tirou o contato com o paciente, tendo em vista que ela trabalha com a fala e utiliza os movimentos dos lábios como parte do tratamento.

Pra mim, mudou tudo porque eu sou fonoaudióloga eu atendo principalmente criança eu tenho que dar o modelo, eu uso a fala, então eu tive que ir atrás de vários recursos que não existiam eu tive que ir atrás de conhecimento até eu achar aquela máscara que é transparente só na boca. Eu não tenho como ficar sem esse contato (FONO 1).

No início da pandemia por Covid-19, no primeiro semestre de 2020, as máscaras de proteção respiratória passaram a ser reutilizadas se estivessem íntegras, limpas e secas, orientação da ANVISA, visto a escassez do EPI (SOUSA; FREITAS, 2022). O mesmo autor afirma que a utilização de máscara para a população geral e aos profissionais levou à problemática do desabastecimento em várias parte do mundo. Soares *et al.* (2020) reforçam que a utilização de EPI é recomendação prioritária aos trabalhadores de saúde e, em função do desabastecimento mundial destes equipamentos, fez-se necessário o uso racional a fim de evitar que o impacto do desabastecimento fosse ainda maior.

O hospital não tinha EPI pra fornecer no início, a pessoa queria ter um EPI, mas todo mundo sabendo, pessoal falando, todos os jornais falando, os hospitais falando, todo mundo queria EPI (TRA 1).

Às vezes, a gente não tinha EPI direito, máscara, porque eu sou da área administrativa, então às vezes a gente no começo a gente não tinha, a gente usava aquelas máscaras de pano insegura (AAD 2).

A falta de EPI foi retratada pela equipe de apoio e administrativa, o que demonstra que, no início da pandemia, não havia máscara. A rapidez com que as medidas de prevenção foram tomadas pegou a todos de surpresa, as empresas não tinham máscara para entregar, com isso foi priorizada a equipe assistencial.

A escassez das máscaras foi regularizada após aprovação do Lei 2924/20 em 14/07/2021 (BRASIL 2021), a qual autoriza, durante a pandemia de Covid-19, o registro, a fabricação e a comercialização de equipamentos de proteção individual (EPI) por empresas com outros objetos sociais. Em consequência, não houve um controle de qualidade desses produtos.

A área administrativa sofreu a mudança tal qual a população geral, que foi o uso frequente de máscara que, no início, era utilizada a máscara de tecido e, a partir de março de 2021, passou a ser a máscara cirúrgica por determinação da ANVISA (2021).

Quanto à segurança, tivemos que ter mais cautela, tivemos que cuidar mais, usar máscara o tempo todo, não ter os contatos que a gente tinha mais próximo, tivemos que se afastar. (AAD 1)

Agora a gente tira a máscara já (risos). Mas antes não tirávamos não, ficava todo mundo de máscara, o tempo todo. (REC 2)

Eu achei aquelas máscaras N95, que ela apertava muito, ficava sem ar. (ATI 1)

Observa-se, pelas falas citadas, que o uso constante de EPIs trouxe significantes incômodos além de uso incomum. Emergiram também sensação de estranheza, lesões, dificuldade de respiração, aumento de tempo e energia gasta com as desparamentações, isolamento, além de ter que lidar com o medo da contaminação, dentre outras.

Nesse sentido, pode-se observar o protocolo de precaução nos casos de Covid-19, definido pela ANVISA (2021), que trouxe mudança na paramentação dos trabalhadores que atendiam diretamente os pacientes e foi citada como uma das maiores mudanças. Além de ser um procedimento novo, havia o medo de contaminação pela execução errada. Santos (2021) afirma que a maior necessidade de treinamento relatada pela equipe de enfermagem, em seu estudo, foi a paramentação e a desparamentação, justificada pelo medo da contaminação, caso houvesse falha na execução.

Nesse mesmo período, os preços EPI's para os trabalhadores da linha de frente no atendimento a Covid-19 aumentaram cerca de 500%. Os maiores aumentos foram verificados para a máscara PFF2, com um reajuste de 700%, e luvas descartáveis, com reajuste de quase 200% (CARMO, 2020).

Segundo a psicodinâmica do trabalho, as estratégias coletivas de defesa no trabalho buscam reduzir ou neutralizar o medo. As vivências de prazer acontecem quando a organização do trabalho permite que o trabalhador utilize estratégias de trabalho para adequar o prescrito à realidade de trabalho (FERREIRA; MENDES, 2001). Apesar da situação de incerteza e de medo, a pandemia permitiu que fossem criadas estratégias fora do prescrito, para que adequar à realidade (SANTOS, 2021). Nesse cenário, na batalha contra o sofrimento no trabalho, os trabalhadores se defenderam coletivamente contra os riscos físicos e psíquicos de duas formas: através da proteção coletiva, seguindo as normas de segurança e de proteção e uso dos EPIs e conseguiram atenuar ou neutralizar o medo, através da elaboração da estratégia defensiva coletiva de negação do medo com relação à própria contaminação pela Covid-19.

6.3.1.1.2 Banho dos trabalhadores

O banho foi referido pela equipe assistencial, especificamente pela enfermagem, por estar em contato direto com o paciente e pela equipe de higiene que também realizava a mesma rotina ao terminar a limpeza. Esse procedimento, que foi adotado durante a pandemia por Covid-19, não era uma rotina frequente nos hospitais, e iniciou-se principalmente no atendimento aos primeiros casos, quando o profissional tomava banho todas as vezes que saía do setor isolado. Foi citado como uma mudança de rotina e até mesmo como um dificultador para sair do isolamento, houve queixas de quedas de cabelo adquiridas após frequentes banhos.

Não saía do setor ficava só ali [...] tinha que tomar banho e fazia o bochecho com duas soluções antes de sair do hospital (ENF 4).

No primeiro dia, eu fiquei tão doída que eu fui tomar banho para ir embora que eu entrei de sutiã de tão louca que eu estava (ENF 12).

Porque a gente saía dali a gente tomava banho [...] eu entrava naquele vestiário, eu tomava o banho e ficava ali uma meia hora embaixo daquele chuveiro. Esfregava meu cabelo, tive queda de cabelo de tanto que eu lavava o cabelo. (TE 1).

Ficávamos o dia todo fechados, toda vez que saía tinha que tomar banho, então preferíamos ficar lá no isolamento até o fim do plantão (TE 5)

Tínhamos que tomar banho depois de limpar a área da Covid, lavávamos até a cabeça, se entrasse dez vezes, tomávamos 10 banhos. (ALA 1).

O banho, ao sair do isolamento da Covid-19, foi citado inicialmente na China, como precaução de transmissão. O Manual Covid-19, precaução e tratamento, que foi escrito na China em 2020 e traduzido por Hartmann (2020), traz a importância do banho ao sair do trabalho para evitar infecções dos aparelhos respiratórios e mucosas. No Brasil, as notas

técnicas referentes às orientações de prevenção em serviço de saúde não fazem referência ao banho como prevenção na transmissão da doença.

O real do trabalho demanda constantes ajustes, análises e elaborações por parte dos trabalhadores, formando uma dinâmica de ações para se alcançar os objetivos de produção. Segundo Dejours (2012), trabalhar é não apenas ter uma atividade, mas também saber viver: viver a experiência da pressão, viver em comunidade, enfrentar a resistência do trabalho real, construir o sentido do trabalho e do sofrimento.

6.1.1.1.3 Necessidades humanas básicas afetadas decorrentes da mudança de rotina (eliminações, hidratação e alimentação)

Devido à pandemia por Covid-19, os profissionais da categoria assistencial sentiram necessidade de muitas vezes transgredir suas necessidades humanas fisiológicas como eliminações, alimentação, hidratação e descanso. Ações consideradas simples foram totalmente alteradas devido à mudança na rotina do atendimento ao paciente com Covid-19.

Era muito difícil para ir ao banheiro, tinha que tirar aquele tanto de roupa, ficava horas sem ir (E 5).

[...] às vezes, nem comia, teve várias vezes que eu nem comia (ENF 8).

Ficava sem comer quase o dia todo, tinha medo de tirar a máscara e contaminar, preferia tomar banho primeiro para depois comer (ENF 12).

Porque eu estava de máscara e eu estava com sede, mas eu não tomava água, para eu não tirar a máscara, eu esperava chegar a hora do meu almoço (TE 1).

Muitas vezes eu fiz xixi na roupa, porque ia segurando e segurando, quando saía para tomar banho. Quando você via o chuveiro, o chuveiro não era no banheiro, aí eu não dava tempo (TE 2).

Ficávamos muitas horas sem ir ao banheiro porque você evitava de medo de contaminar, medo de tirar a máscara, medo até de alimentar... teve dia que eu pensei se continuar desse jeito vou pôr fralda (TE 2).

Teve algumas pessoas que falaram que fizeram até xixi na roupa porque tinha medo de colocar a mão na roupa para fazer xixi (TE 3).

[...] os talheres eram descartáveis, dificultava muito a alimentação (TE 5).

Ficava sem comer, sem beber água, com medo de tirar a máscara para beber água (FISIO 1).

Teve a questão dos talheres para eles, porque era tudo descartável e uma coisa que parece que ficou meio ruim, para poder realizar a refeição (NUTRI 1).

Comíamos com talheres de plástico, ficávamos muito tempo sem tomar água, sem ir ao banheiro, por medo de tirar a máscara e contaminar (MED 1).

Está paramentando mais, isto aí também é diferente colocar capote, óculos, máscara, está sendo diferente (BIO 1).

A possível causa para tanto era o medo de contaminação, de se contaminar e passar para seus familiares, como será discutido em outro capítulo. De acordo com Leandro (2022), a pandemia fez enxergar e valorizar aquilo a que não dávamos importância como o comer, o falar, as coisas simples da vida.

Observa-se que o processo de trabalho impactou até mesmo nas necessidades fisiológicas, as quais precisam ser supridas para manter o corpo saudável e garantir a sobrevivência humana (MASLOW, 1962). O corpo necessita de uma alimentação equilibrada, como frequentes momentos de descanso, para um bom funcionamento físico e mental (WEINTRAUB *et al.*, 2020).

Na área de apoio e administrativo, não houve fala sobre as necessidades humanas básicas, o que pode ser decorrente ao fato de não ficarem nas áreas restritas do cuidado ao doente.

Corroborando as falas, Horta *et al.* (2021) apresentam manifestações semelhantes, visto que o estudo foi realizado em um hospital geral de grande porte no Rio Grande do Sul. Os autores afirmam que o isolamento e o processo de trabalho aparecem nas falas como períodos de maior pressão e cansaço que o de costume, causados pela dificuldade de realizar os intervalos, ficar sem comer e ir ao banheiro por horas, devido à paramentação que precisa ser desfeita e refeita a cada saída da área reservada ao isolamento dos pacientes com Covid-19.

A forma de distribuição das refeições também foi citada, a mudança dos pratos e dos talheres por descartáveis, trouxe insatisfação para a equipe, visto a fragilidade do material. Todo o utensílio ou alimento que adentrar a área de isolamento de pacientes suspeitos ou confirmados da Covid-19, deveria ser descartado como resíduo infectante, a fim de evitar a transmissão cruzada, conforme o Manual de prevenção da Covid-19, elaborado pela ANVISA (2020). A avaliação nutricional dos pacientes passou a ser através de coleta verbal de dados, para evitar um contato direto dos profissionais.

Para os pacientes com Covid, para eles, a gente teve que fazer uma dinâmica diferente, colocamos descartável para não precisar recolher. E isso até para os próprios funcionários que trabalhavam na Covid, seguiu o mesmo fluxo de servir as coisas assim nos descartáveis e isso acaba para eles não era bom (NUTRI 1).

Para os funcionários, o porcionamento das refeições era feito de acordo com o auxílio de uma copeira (NUTRI 1).

Mudou a forma de servir. A gente mudou para quem tinha a Covid. A distribuição era em bandejas e descartáveis, talheres descartáveis, tudo descartável, para evitar mesmo a contaminação com os pacientes que não tinham Covid -19 (NUTRI 2).

É a gente parou de examinar o paciente porque, querendo ou não, dependendo do paciente, precisava de ajuda para subir na balança, paramos de fazer as medidas de circunferência do braço, da panturrilha para ter menos contato com o paciente. Era mais verbal a coleta de dados (NUTRI 2).

Em se tratando das mudanças de protocolo, referente a própria instituição, foram encontrados fatores importantes, que impactam na organização do trabalho.

6.3.1.1.4 Alterações nas relações médico-família posto pelos boletins médicos

O boletim médico na instituição estudada, no período anterior a pandemia, era passado durante a visita médica, na parte da manhã, na unidade de internação e, no período da tarde, após a visita. No caso da UTI, as informações eram repassadas para os familiares e para o paciente pelo médico assistente, pessoalmente.

A proibição das visitas fez com que o boletim médico tomasse novo formato, passou a ser diário, no final da tarde, por telefone. Em alguns casos, eram feitos por chamada de vídeo, em que o familiar tinha a oportunidade de ver seu familiar.

Foi o que se destacou nos relatos dos entrevistados, tendo em vista que, além de lidar com uma doença grave e desconhecida, ainda enfrentavam a distância do familiar, tendo na maioria das vezes os profissionais de saúde como acompanhantes.

Não tinha visita, fazíamos uma chamada de vídeo, os médicos conversavam com a família por vídeo, era muito triste (TE 1).

Tivemos que orientar a família, ter que limitar as visitas, nos pacientes (AAD 3).

Então a gente teve muita reclamação nesse sentido, por não poder visitar. E a gente fazia as chamadas para o WhatsApp. Chamada por vídeo, para o paciente se sentir mais próximo da família de uma certa maneira (AAD 4). (Verificar)

Era uma época que eles precisavam estar junto com seus familiares e ao mesmo tempo não era possível oferecer, estavam fragilizados. Muitas famílias que queriam saber como que os pacientes estavam, queriam contato com eles e eu não podia ter o acesso porque a pessoa estava em isolamento (AAD 4)

Mais carentes ainda. Porque a família passou a não poder ir tanto, né? E a gente também usou os recursos de WhatsApp. Esses recursos tecnológicos. (REC 4),

A ANVISA (2020) orientava restringir ao máximo o número de acessos às áreas de isolamento, inclusive visitantes, com o objetivo de se conseguir um maior controle da movimentação de pessoas, evitando-se o tráfego indesejado e o cruzamento desnecessário de pessoas e de serviços. Assim, a enfermagem se faz instrumento importante na comunicação com familiares e como suporte emocional aos pacientes, visto que esses trabalhadores passam

a maior parte do tempo junto aos enfermos e a seus familiares (PADULA, DAVIDSON, 2020; SOUZA *et al.*, 2020).

6.3.1.1.5 Notificações

Na área administrativa, também houve referência às mudanças de protocolos, devido ao protocolo de prevenção da Covid-19. A obrigatoriedade das notificações de casos suspeitos e confirmados da Covid-19 trouxe mudança na rotina administrativa e sobrecarga de trabalho extra, são formulários com muitas informações e que alteravam frequentemente, conforme os estudos da doença avançavam. Nos meses de pico, foi necessário um funcionário exclusivamente para preencher as notificações e encaminhar à vigilância epidemiológica.

Teve muitas mudanças, tinha que ficar orientando as pessoas, explicando para as pessoas que tinham mudado, o que tinha que mudar pra preencher o papel de notificação, foi muito difícil porque as pessoas não preenchiam direito, eu tinha que preencher de novo e sempre alteravam os dados necessários para preenchimento. Foi bem complicado (AAD 2).

A trabalhadora AAD 2 traz a preocupação com o preenchimento da notificação, por entender ser um documento importante, pois, através das informações registradas, a Vigilância Epidemiológica realizava o monitoramento do isolamento do paciente e seus contatos.

Altino *et al.* (2021) afirmam que o controle da epidemia do primeiro SRAG-CoV (2003) e da Influenza A em 2009 se deu graças aos esforços e às medidas rápidas de informação que conduziram o Brasil à criação de um importante sistema de vigilância epidemiológica, que se demonstra necessário na luta contra o avanço pandêmico.

6.1.1.3.6 Mudança de setor ou função

Devido ao aumento repentino dos casos de Covid-19, os entrevistados referem que assumiram funções e que foram trabalhar em setores a que não estavam acostumados. Esse fato traz insegurança e apreensão aos trabalhadores, podendo aumentar o risco de eventos adversos, por estarem atuando sob pressão em um local fora do habitual e sem preparo adequado. Contudo, alguns trabalhadores trazem esse fato como uma forma de aprendizado.

[...] quando eu entrei na UTI Covid, sem nunca ter entrado na UTI, eu estava lá ajudando o pessoal no que eu podia, nunca nem tinha lidado com a medicação de UTI e nada (ENF 4).

[...] a gente que é da internação, que é do bloco cirúrgico, quando veio a Covid que a gente tinha que dar auxílio na UTI, era coisa que a gente não tinha tanto contato (ENF 8).

Confesso, aprendi muita coisa nessa fase da Covid, técnicos que estavam comigo são técnicos antigos sabem muito. Então medicação, de droga que às vezes aqui na internação a gente quase não tem, na UTI, consegui aprender muita coisa, até compreender alguns exames que a gente não vê (ENF 10).

Para mim, foi um aprendizado, porque eu nunca tinha vivido a experiência, por exemplo de UTI, de paciente entubado para mim tomar conta, eu falei, agora eu vou ter que aprender, fui lá, fiz umas colinhas na UTI falei, o que vocês podem me falar agora? Eu iria trabalhar no plantão de amanhã (ENF 12).

Antes, eu cuidava de paciente idoso, paciente crônico da clínica médica, de repente eu me vi com pacientes jovens em estado grave que precisava de tratamento intensivo e uma rotatividade, pioravam muito rápido (MED 1).

E teve um momento que eu me vi dentro de uma UTI com muitos pacientes graves, sem ter me preparado para aquilo, a gente estuda, aprende, mas que era um setor onde eu não, não ia a muito tempo, então tive que entrar em UTI, tive que ficar na época lá embaixo quando a gente tinha aqueles pacientes lá naquele isolamento e aprendendo tudo de novo (MED 1).

Quando eu fui para o raio-X, fui para cobrir a Lucia, que estava gestante. Então assim, a gente tinha muita preocupação por ela também ser uma gestante junto a gente, porque até então ela ainda não tinha afastado, depois saiu o decreto para afastarem a gestante (REC 1).

A descrição de cargo do trabalhador de saúde, quando ingressa na instituição, apresenta as tarefas a serem executadas de acordo com a função a ser realizada, entretanto as exigências sofrem variações de um trabalhador para outro. Nos relatos dos trabalhadores, as mudanças abruptas de setores causaram uma certa preocupação entre as equipes e, ao mesmo tempo, satisfação por serem capacitados por seus colegas de equipe, durante a assistência. Verifica-se que a participação direta dos trabalhadores no planejamento das atividades tornou-se frequente, refere-se ao “trabalho real” que, segundo Dejours, pode ser compreendido como “aquilo que em uma tarefa não pode ser obtido pela execução rigorosa do prescrito” (DEJOURS, 1997, p.43). Com isso, é possível perceber uma lacuna entre as descrições do trabalho prescrito (com o qual a pessoa foi treinada) das que são realizadas (que foram passadas pelos colegas) (GOYA; MANSANO, 2012).

Corroborando este estudo, Santos (2021) observou que, apesar dos treinamentos realizados, o trabalho inicialmente permanecia um enigma, se apresentando de forma súbita, vivenciado num contexto de incertezas, relacionado ao desconhecimento da doença.

Contextualizando, Rodrigues e Silva (2020) apontam que, no panorama de transformações decorrentes da pandemia, num curto período, requereu-se que a gestão buscasse estabelecer normas, fluxos, oferecer capacitações e treinamentos aos trabalhadores, estabelecendo as transformações na organização do trabalho prescrito.

6.3.1.1.7 Higiene e limpeza do ambiente

Os trabalhadores de apoio corroboram o que foi citado pelos trabalhadores assistenciais, pois referem mudanças relacionadas ao protocolo de segurança, além de mudança de paramentação.

Mudou a limpeza, a gente fazia concorrente em alguns lugares e acabou que virou tudo limpeza terminal, todos os lugares que a gente fazia incluindo o setor administrativo (ALA 1).

O material de limpeza era tudo descartável, menos o MOP, o MOP a gente punha pra lavar, mas o restante era tudo descartado. No setor da Covid, era tudo saco de lixo branco (ALA 1).

A roupa da Covid ela não separava, ela vinha separada para lavanderia em saco branco e lavava tudo junto (ALA 2).

Os protocolos que foram mudando, gerou um impacto. A equipe começou aqui pelo menos com muito conflito, pelo stress acho, muita mudança (FAR 1).

No setor de higienização, houve uma intensificação nos procedimentos. A limpeza passou a ser terminal. Após limpeza com água e sabão, era necessário passar um desinfetante em todo o setor, os resíduos gerados no isolamento eram todos descartados como lixo infectante assim como determinaram os protocolos nacionais (ANVISA, 2020). Isso colaborou para que aumentasse a carga de trabalho dos trabalhadores, gerando conflitos e estresse pelas mudanças repentinas, como diz FAR1.

Mastelli e Manfredini (2020) apresentam, em seu estudo, que a instituição hospitalar pesquisada realizou as mudanças recomendadas por protocolos nacionais e internacionais de segurança, o que acarretou grande impacto nas rotinas de limpeza, de reorganização de escalas e de disponibilização de equipes específicas para essas áreas.

6.1.1.3.8 Capacitação dos trabalhadores

Percebe-se uma fragilidade referente aos treinamentos para novas funções, pois, tanto no setor assistencial como no administrativo, os trabalhadores disseram ser colocados em ambientes novos sem treinamento e ir aprendendo com os outros colegas.

No auge da Covid, as pessoas que trabalhavam não sabiam bem o que estavam fazendo, muito novo e rápido, porque começou a internar e do nada e aí fechou tudo ficou só Covid, não deu nem para treinar (ENF 1).

Não deu tempo de treinar, primeiro não queríamos internar Covid aqui, mas depois que não tinha para onde transferir, acabou ficando (ENF 12).

Não deu tempo de treinar, porque já veio de uma vez (TE 3).

Não deu tempo de fazer o treinamento, tudo foi muito rápido (TE 6).

A questão do desconhecimento, você não sabia que você estava fazendo. Eu tive que estudar muito a questão da traqueostomia e tudo porque era tudo novo, ninguém sabia, treinávamos em tempo real (FONO 1).

Era uma norma nova que vinha, que saía e tínhamos que mudar tudo, treinar todo mundo e no começo a gente tinha muito medo e não podíamos ficar próximos (AAD 1).

Cada dia um estudo novo [...] era preciso mudar. Uma abordagem nova tanto de médico, enfermagem, recepção para lidar com todas as pessoas que chegavam desesperadas, então, assim, dentro da, principalmente área de saúde, foi uma mudança muito grande. A maior dificuldade foi treinar e repassar as orientações para todos (AAD 3).

Outra questão relatada a esse respeito foi na forma como foram ofertados os treinamentos, em pequenos grupos e muitas vezes no próprio setor, frente às orientações de manter distanciamento.

Para a gente poder fazer treinamento que era uma coisa que a gente precisava, não dava pra fazer todo mundo juntinho, tinha que fazer com distanciamento de um em um, às vezes de duas em duas (NUTRI 1)

Então foram protocolos que eram alterados diariamente, muito dos treinamentos foram realizados ali mesmo dentro do setor junto com as pessoas e nós fomos aprendendo (MED 1).

Outro ponto positivo trazido foi a possibilidade de se qualificar profissional por meio de estudo e de atividades *home office* uma vez que facilitou conciliar o trabalho com o estudo de forma remota, vários cursos, congressos nacionais e até internacionais, foram possíveis de se realizar a distância.

Eu fiz uma certificação internacional que eu não teria condição financeira nunca de fazer presencial eu fiz. Então eu consigo mais especialização porque, querendo ou não, eu joguei tudo no estudo pensando que às vezes naquela coisa. Se você planta você colhe. Um dia eu vou colher (FONO 1).

Tem possibilidade que é muito difícil para a gente. Que trabalha. Não dá para você ficar saindo para fazer curso. Eu fiz muito curso. Realmente eu fiz muito curso (FONO 1).

Aproveitei para estudar, fazer o mestrado, aproveitei que eu estava com esse processo online e aí foi uma oportunidade, porque eu acho que se fosse presencial ficaria mais difícil. Por conta de trabalhar (NUTRI 1).

Por outro lado, alguns disseram que ficaram prejudicados com o ensino remoto. O protagonismo do ensino remoto, imposta de forma abrupta para minimizar os impactos da pandemia, trouxe queixas de perda de dinamismo e de concentração nas aulas, conforme afirmam os depoimentos a seguir.

Na faculdade, ele me deixou um pouco menos, eu perdi um pouco daquele dinamismo, daquela coisa do tipo conseguir lincar uma coisa com a outra, acho que eu fiquei um pouco, um pouco disperso (REC 1).

Tive que comprar um notebook para poder estudar, pelo celular ficou difícil, conseguir acompanhar as aulas (AAD 1).

Estava estudando remoto, o ensino ficou a desejar, diminuiu a minha concentração e participação na aula (ATI 1).

Através dos relatos, observa-se que foram muitos os desafios enfrentados para a educação no cenário de pandemia. Corroborando as falas Silva, Neto e Santos (2020), os quais dizem que é necessário um olhar mais aprofundado acerca da educação a distância (EaD) diante das diversas realidade social, esse tipo de estudo é mais excludente que inclusivo.

Diante desses fatos, fica claro que investimentos em internet e em computadores facilitaria o acesso de toda a população (SANTOS; ZABAROSKI, 2020). Não se pode esquecer de outros desafios encontrados como dificultadores do ensino como falta de suporte tecnológico aos discentes para acompanhamento das atividades remotas, de normatização das ações e dos procedimentos, da formação dos professores para esse novo modelo de ensino (RODRIGUES, 2020).

Com as frequentes alterações quanto ao manejo dos pacientes suspeitos ou confirmados com Covid-19, fez-se necessário treinamento urgente aos trabalhadores que tratariam dos casos, para que não se contaminassem e para que se fizesse o possível para cuidar das pessoas com segurança (GOMES *et al.*, 2020).

Soares *et al.* (2020) afirmam que cabe às instituições de saúde realizar treinamentos das equipes, visando à proteção e à segurança na execução das atividades. O treinamento está entre uma das medidas que devem ser tomadas para manter saudável a mente do trabalhador de saúde (BEZERRA *et al.*, 2020).

Corroborando essa ideia, Freire (2011) ensina que a educação permanente acontece a partir da inclusão do homem e do espertar, em si mesmo, da consciência dessa inclusão. O profissional consciente de si e do mundo é autodirigido a buscar ser mais, a conhecer mais.

Outro ponto abordado nas falas dos entrevistados referente a mudanças de protocolos relacionou-se aos procedimentos clínicos, entre as quais, as de maior impacto assistencial foram: preparação do corpo e pronação do paciente.

6.3.1.1.9 Preparo do corpo

Os trabalhadores da área administrativa e de apoio não fizeram menção à preparação do corpo. A atividade foi apontada exclusivamente pela equipe de enfermagem como uma

mudança de rotina importante, pois a forma de realizar esse procedimento trouxe sofrimento, expresso na fala dos entrevistados.

Nós crescemos muito [...] aprendemos a dar valor na vida em tudo, quantas pessoas eu vi falecer e a família nem viu. Até a forma mesmo da gente preparar o corpo, nossa aprendi muito (ENF 8).

Eu ficava na UTI da Covid-19, nossa aquela parte depois que falecia, tinha que ensacar o paciente, foi a pior coisa, eu tenho isso na minha cabeça até hoje (ENF 11).

E para nós que trabalhava direto com o paciente, acho que foi triste ainda mais a maneira como tinha que preparar aquele corpo (TE 5).

Após o óbito, o paciente com diagnóstico da Covid-19 passava por um processo de vedação, por uma técnica definida pela ANVISA (2020), a fim de evitar novas contaminações. Souza *et al.* (2020) afirmam que, ao preparar o corpo do paciente após a morte por Covid-19, era remetido a uma sensação de algo não humanizado, uma invasão grande no corpo do paciente. Isso gerou, na percepção dos trabalhadores, algo sofrido, pois, além de estar diante da morte, o preparo do corpo foi sentido como tristeza.

Para Santos (2021), vivenciar o fracasso do real, trazido pelas mortes, em contraposição ao desejo de salvar vidas, faz emergir sentimentos como tristeza, fracasso, perda, esforços sem resultado, sentir-se mal. Dejours (2012) afirma que trabalhar é fracassar, mas, ao mesmo tempo, mostrar-se capaz de suportar o fracasso, de tentar outros modos operatórios, de fracassar ainda, de voltar à obra, de não a abandonar, de aceitar certa invasão pela preocupação com o real e com a sua resistência.

6.3.1.1.10 Posição de prona

Uma das estratégias utilizadas para os pacientes com síndrome respiratória grave, (SRAG) durante a Covid-19, foi a posição de prona, que é o ato de colocar o paciente de barriga para baixo, o que auxilia na melhoria da saturação dos pacientes graves (BORGES *et al.*, 2020). A posição de pronar paciente foi citada por vários profissionais, tendo em vista, nas falas, o desconhecimento e a complexidade do procedimento. Como requer um número maior de pessoas para realizar, com segurança, o procedimento era conduzido pelo fisioterapeuta.

Tivemos alguns protocolos, algumas coisas que a gente não fazia. Por exemplo, pronar paciente, então a gente pronava paciente uma vez no ano, a gente passou a pronar todo dia (E 5).

Nossa e o dia que foi para virar esse homem, a gente do céu, era muito estranho. E aquele tubo na boca, um segura o tubo e o outro segura a bomba, a sonda, achava

aquilo tudo muito estranho. Tínhamos que virar o paciente de tempo em tempo (TE 3).

A prona a gente nunca tinha visto, né? Isso daí foi tudo muito novo e difícil para a gente, virar paciente grave é muito difícil e precisa muita gente. (TE 5).

Atender um paciente normal e atender um paciente de Covid foi totalmente diferente. Às vezes entubava, não podia ambusar, você tinha que tentar fazer manobras, era bem complicado e tinha também a posição de prona, que era bem complicada, precisava de muita gente (F 1).

Para Dantas *et al.* (2022), o fisioterapeuta se destacou entre os profissionais da linha de frente no combate à doença, pela atuação assertiva e eficiente na recuperação e na reabilitação dos pacientes, dando um destaque à posição de prona, que trouxe resultados positivos para o tratamento da Covid -19.

Fortalecendo o que foi expresso pelos entrevistados, Bernardo *et al.* (2022) ressaltam o papel da equipe de enfermagem no manuseio do paciente em prona. Apresentam os benefícios que a posição de prona traz para o paciente e, em contrapartida, destacam o aumento da incidência de lesão por pressão, devido à dificuldade de mudança de decúbito durante a pronação. Silva e Barbosa Silva (2021) complementam afirmando que a redução da equipe de enfermagem e a gravidade do paciente dificultaram a execução de técnicas de prevenção, favorecendo o surgimento de lesão.

Dessa forma, conforme apontado por Dejourns (2012), em condições desfavoráveis, o trabalhador se depara com situações nas quais, apesar de seu cuidado, não consegue êxito ao tentar encurtar o hiato entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Quando são esgotadas as possibilidades de liberdade de transformação, de gestão e de aperfeiçoamento da organização, ou seja, quando a estrutura organizacional é permeada por pressões fixas e rígidas, sem possibilidade de negociação, o trabalho pode gerar o que há de pior, inclusive ser causador de doenças, uma vez que o trabalhador irá vivenciar sentimentos deletérios para sua subjetividade e saúde mental (DEJOURS, 2009).

Na psicodinâmica do trabalho, Dejourns fala de mecanismos de enfrentamento que o trabalhador utiliza para se defender das condições de sofrimento, todavia um de seus maiores perigos é tornar tolerável o sofrimento ético que acontece quando o trabalhador é obrigado a praticar determinadas ações que condena moralmente, por causa do seu trabalho, dando um efeito de reprovação da consciência moral ou de valores sociais a qual pode ser denominada como traição do Ego ou como dissonância cognitiva (AREOSA, 2013).6.3.1.2 Subcategoria 2- Condição do trabalho

Na psicodinâmica, a condição de trabalho é definida como a qualidade do ambiente (físico, químico e biológico), equipamentos e material disponibilizados, segurança e higiene e

características antropométricas do posto de trabalho (DEJOURS, 1992; 2015). Acrescenta-se à força de trabalho, à qualificação exigida, à divisão do trabalho, às relações contratuais (modalidade de contrato, jornada de trabalho, benefícios, proteção social) (PIRES; LORENZETTI; GELBCKE, 2010). Assim, a qualidade de vida no trabalho e, conseqüentemente, as boas condições são relevantes para o bem-estar físico (SILVA, 2020).

Para Dejours (1994), o sofrimento presente no contexto organizacional se vincula a dados relativos à história singular de cada indivíduo e aos aspectos referentes à sua situação atual, possuindo, então, uma dimensão temporal que implica processos construídos pelo próprio trabalhador no âmbito de sua condição de trabalho. Dejours e Betiol (1994) afirmam que as condições de trabalho podem prejudicar a saúde do corpo do trabalhador.

A tabela 4, traz a distribuição dos participantes de acordo com a Condição do trabalho dos trabalhadores de saúde.

Tabela 4- Distribuição dos participantes de acordo com a Condição do trabalho dos trabalhadores de saúde hospitalar. Alfenas-MG, 2022 (n=47).

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
TRABALHA EM AMBIENTE		
Área Crítica	18	38%
Área Semicrítica	11	24%
Área Não crítica	18	38%
Total	47	100%
SEU LOCAL DE TRABALHO É ORGANIZADO		
Sim	47	100%
Não	0	0
Total	47	100%
SEU LOCAL DE TRABALHO É LIMPO		
Sim	47	100%
Não	0	0
Total	47	100%
VOCÊ CONSIDERA SEU LOCAL DE TRABALHO SEGURO		
Sim	47	47%
Não	00	0%
Total	47	100%
SEU SETOR REQUER MAIS ESFORÇO		
Físico	02	4%
Mental	19	40%
Psicoemocional	05	11%
Todos	21	45%
Total	47	100%
CONSIDERA O Nº DE FUNCIONÁRIOS DA SUA EQUIPE SUFICIENTE PARA EXERCER AS ATIVIDADES?		
Sim	33	70%
Não	14	30%
Total	47	100%

Fonte: Elaboração autora (2022).

Observa-se que, na tabela 4, 38% dos trabalhadores estão alocados em áreas consideradas críticas. É classificada como área crítica o setor no qual existe risco aumentado

de infecções relacionadas à assistência à saúde (BRASIL,2009). Com a pandemia da Covid-19, os ambientes hospitalares da linha de frente se tornaram áreas críticas , com maior risco de transmissão de infecção.

Os trabalhadores respondentes sinalizaram, quanto às condições de trabalho na instituição, que o local é organizado, limpo, seguro. Consideram que as tarefas e atividades desenvolvidas implicam esforço físico, mental e psicoemocional e que o número de funcionários é suficiente como se vê na tabela 4. Entre os que não consideram o local de trabalho seguro, os motivos foram: falta de um segurança física no setor; medo de contaminação e descontrole do fluxo de pacientes.

A Norma Regulamentar 32 (NR 32), quanto à segurança e à saúde no trabalho em serviços de saúde, foi regulamentada em 2005 com a finalidade de estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde (BRASIL, 2005). A implicação apresentada à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde é grande e, devido a isso , a NR 32 é considerada como uma ferramenta de gestão , tendo como objetivo o estabelecimento dos procedimentos e de medidas protetoras para promover a segurança no trabalho e a prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais (LIMA; MIGANI, 2022). Essa norma traz uma proteção para o empregado e para o empregador. No hospital pesquisado, as normas são seguidas e auditadas pelo técnico de segurança do trabalho.

Quando perguntado aos trabalhadores o que requer mais esforço para a execução das atividades, consideraram que o trabalho implica o esforço que envolve tanto o aspecto físico, mental como o psicoemocional, tendo a predominância do esforço mental.

O conceito de carga mental do trabalho é um produto conceitual originado da noção de carga de trabalho, entendida genericamente como um campo de interação entre as exigências da tarefa e a capacidade de realização humana, as quais podem ser medidas através da quantidade da atividade mental e perceptiva que a tarefa necessita como pensar, decidir, calcular, lembrar, olhar, procurar etc (CARDOSO; GONTIJO, 2012).

Já o esforço emocional no trabalho, diz respeito a aspectos psicológicos associados às emoções e ao afeto (ROBBINS; JUDGE; SOBRAL, 2005). Ainda, de acordo com os autores, o esforço psicoemocional acontece quando um funcionário expressa emoções desejáveis pela organização durante transações interpessoais e precisam projetar uma emoção enquanto estão sentindo outra.

O estado psicológico dos profissionais de saúde foi afetado significativamente, visto que, nos últimos anos, passaram a experimentar situações adversas em seu ambiente de trabalho

e no convívio familiar em decorrência do novo e do desconhecido problema enfrentado mundialmente (PORTUGAL *et al.*, 2020). Ainda, de acordo com os autores, o suporte fisiológico é uma estratégia que pode ser implementada no hospital, a fim de minimizar a sobrecarga emocional nesse momento crítico.

A identificação da carga de trabalho física, cognitiva e mental se faz imprescindível para evitar danos à saúde do trabalhador. Cardoso e Gontijo (2012) afirmam a importância da avaliação ergonômica do trabalhador, visto que, além da avaliação psicofisiológica, necessita-se da aferição da carga mental de trabalho. As autoras reforçam que é preciso compreender que a aferição da carga mental auxilia no reconhecimento da saúde mental, do ponto de vista social e organizacional, sendo fundamental para que o homem possa ser visto como um ser capaz de dispor de suas competências e de atingir seus objetivos.

Frente à psicodinâmica do trabalho, mesmo o trabalhador sendo exposto a pressões, a condições desestruturantes e hostis no trabalho, em geral, consegue manter um determinado equilíbrio psíquico (DEJOURS, 1992). Ou seja, os trabalhadores não ficam passivos frente à condição do trabalho; atuam, criam, se defendem, alcançam o prazer ou o sofrimento.

Quanto às condições de trabalho, os respondentes apresentaram em comum fatores impactantes como a sobrecarga de trabalho, o setor improvisado e a falta de insumo. Será discutido cada um desses fatores a seguir.

6.3.1.2.1 Sobrecarga de trabalho

Como se apresentou na tabela 4, 30% dos trabalhadores consideraram não ser suficientes os quantitativos de profissionais. A quantidade de pessoal insuficiente para uma função ou atividade eleva a sobrecarga, o aumento de horas extras e, conseqüentemente, pode provocar cansaço físico e mental, além de estresse e/ou *burnout* (JODAS; HADDAD, 2009). Quando a organização de trabalho é caracterizada por sobrecarga e pressão, torna-se fator desencadeante do sofrimento (DEJOURS, 1999).

Estudo sobre a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem refere que está diretamente relacionada com a redução do número de funcionários, bem como com o aumento e com o acúmulo de tarefas a serem desempenhadas por parte desses profissionais (FERNANDES, 2012). Isso foi evidenciado na situação de pandemia por Covid-19, uma vez que houve intensificação do tarefas e de atividades devido a diversos fatores como afastamentos, adoecimento de profissionais, aumento da demanda pela alta incidência de pessoas acometidas por Covid-19, dentre outros.

Dejours (2001) afirma que o temor que surge frente à precarização do trabalho gera, muitas vezes, condutas de submissão, de obediência e de quebra dos protocolos, já que o medo individualiza e reduz a busca por estratégias grupais de enfrentamento do sofrimento. Nesse sentido, as participantes da pesquisa parecem lidar apenas com as frágeis condições de trabalho impostas pela pandemia, uma vez que não foram verbalizadas, em nenhum momento, situações de assédio moral organizacional e de desproteção trabalhista e social.

A sobrecarga de trabalho foi o tema mais citado pelos entrevistados, visto que alguns fizeram hora extras e trabalharam com banco de horas, chegando a uma jornada de até 36 horas seguidas.

Foi um período que demandou mais da gente e foi uma coisa muito importante a gente tem oportunidade de fazer além (ENF 1).

E eu falo assim que a gente consegue ver que a gente pode, porque eu nunca tinha feito mais de 24h de trabalho. Eu falei assim, gente dou conta e a gente vê que a gente dá conta, fazia mais de trinta horas (ENF 6).

Trabalhei mais, mas não foi ruim não, tive uma experiência muito boa. Eu lembro assim quando a gente começou a fazer extra e ninguém quis, né? Eu fiz vários dias seguidos e me ajudou muito também na questão financeira (ENF 8).

Teve uma sobrecarga, pessoal doente, a gente ficando, tinha que fazer uns plantões extra para ajudar (ENF 12).

Teve uma semana que eu trabalhei a semana inteirinha, [...] era uma opção você tinha opção a gente fazia para ajudar mesmo, porque tinha que ter gente. E aí você trabalhava ali com essas sobrecargas e com medo (ENF 12).

Trabalhei muito, fazia 24 horas direto, na época de maior movimento, cheguei a trabalhar 36 horas (TE 5).

Tinha dias que eu fiz 13 horas extras, por exemplo e não era, [...] eu acho assim, nem tanto serviço, mas era aquela questão estava aqui e aí tem que entrar na UTI, tem que paramentar, desparamentar. (TRA 1).

Os trabalhadores da equipe de enfermagem, especialmente, apresentam, em seus depoimentos, a questão da sobrecarga de trabalho no auge da pandemia por Covid-19, ao mesmo tempo que trazem pontos que consideraram positivos, como felicidade por poder ajudar, benefício do dinheiro extra e a satisfação profissional, por ter dado conta.

Contrapondo , alguns estudos afirmam que a jornada de trabalho excessiva pode ocasionar perturbações psicológicas e sociais e interferir na qualidade de vida dos trabalhadores de saúde (BORGES et al., 2021; FARO *et al.*, 2020).

Por outro lado, como se observa nos depoimentos de ENF 8 e TE 1, não houve sobrecarga na concepção das trabalhadoras.

Sobrecarga não. Porque na época da pandemia tinha muita gente, porque sempre fazia banco de horas, eu mesma cheguei a fazer muito banco de horas (...) ficava cansada porque trabalhava dobrado (ENF 8).

Não teve sobrecarga, o hospital pagou as pessoas para trabalhar de hora extra, a gente fazia, precisava ajudar (TE 1).

Diante dessas falas, observa-se que as trabalhadoras não entendem sobrecarga quando o trabalho, mesmo que com carga horária dobrada, está relacionado ao fato de pagamento de hora extra. Repercute no imaginário do profissional que não há sobrecarga de trabalho, mesmo que este se sinta cansado.

Verifica-se, nos relatos dos trabalhadores assistenciais, um maior impacto psicológico vivenciado pela sobrecarga psicológica.

O excesso de trabalho, acho que essa parte do excesso de trabalho muita pressão, não pressão do hospital, pressão mesmo, pressão das vidas que estavam ali, foi muito exaustivo nesse sentido emocional (ENF 2).

Impacto foi na sobrecarga das nossas atividades, a gente tentar fazer o melhor para o profissional, para ele não contaminar na área, eu acho que isso impactou muito todo mundo [...] também teve sobrecarga psicológica (ENF 7).

As pessoas ficaram meio que surtados, porque a gente tinha que cuidar do próximo e muitas vezes sobrecarregamos os profissionais. Tínhamos que estar firmes diante daquele cenário que a gente nunca vivenciou, não sabíamos se as medidas preventivas eram eficazes, mas as equipes estavam firmes (ENF 7).

Não, eu acho que não trabalhou mais, tirando a enfermagem que era quem às vezes acumulava muito. Eu acho que na farmácia, não foi sobrecarga de trabalho não, lidar com o desconhecido, com o novo, você acha que você está fazendo mais, porque você não conhece (FAR 2).

Outro aspecto abordado foi a gravidade dos pacientes que, como demandavam mais da equipe assistencial, trouxe um aumento de trabalho e sobrecarga na equipe. O hospital em questão é um hospital de perfil cirúrgico de baixa e média complexidade que, com a chegada da Covid-19, não teve aumento de quadro e, sim, uma mudança do perfil assistencial de forma abrupta.

Não dava tempo de tanta gente que tinha, colocava um oxigênio e o outro já deitado na maca e corria aqui e pegava a veia de um e de outro. Eu não sabia o que fazia primeiro (ENF 3).

Quando as pessoas chegavam, não dava tempo de falar, quem é você? Eu colocava no leito, quando eu olhava o outro desaturando, eu não sabia o que fazer, eu olhava para meu colega, tinha hora que não tinha tempo de paramentar pra atender as pessoas (ENF 3).

Na época do auge da Covid da pandemia, teve aumento de trabalho, aumento do número de paciente e ainda teve o problema do funcionário com falta de experiência (ENF 4).

Era pouco funcionário [...] tinha dia que colocava e tirava a roupa o dia inteiro, não era exclusiva do setor (ENF 9).

Bastante sobrecarga. Porque teve mais paciente grave, foi assim uma coisa muito inesperada (FISIO 1).

Os atestados de funcionários com Covid-19 auxiliaram na sobrecarga de trabalho, equipes pequenas, precisavam remanejar e dobrar carga horária para não desassistir os pacientes.

Tive muito medo, sobrecarga de trabalho e acabou que tivemos muitos colegas ficando doente e a gente teve que assumir, acabou que a gente ficou bem cansado (ENF 10).

Eu trabalhava das sete às sete. O que impactou mais foi o afastamento das pessoas que pegavam Covid (NUTRI 2).

E no início dava um atestado muito longo, às vezes era só suspeito tinha que ficar em casa. Isto causou sobrecarga. (ALA 1).

A limpeza do hospital foi realizada com o mesmo número de pessoa e até menos, porque devido ao atestado era muito atestado. O nível da limpeza aumentou, passou de concorrente para terminal (ALA 1).

Aumentou sim, muito serviço, no começo não, mas depois que encheu de gente, nossa senhora, era muita roupa. E toda semana tinha um de licença com sintomas de Covid. (ALA 2).

Montava os tapumes, passava um tempo, tirava de novo. Assim ainda teve sim impacto que entre aspas dificultou um pouco, foram os afastamentos (AMA 1).

E uma coisa puxa a outra, aumenta o exame, aumentou o trabalho, mas não aumentou o pessoal tinha muita gente que ficava afastada (BIO 1).

A fala do trabalhador dos recursos humanos corrobora as demais declarações, afirmando que o descumprimento das leis trabalhistas foi necessário, diante de tantos afastamentos, para conseguir atender às demandas assistenciais e não trazer prejuízo aos pacientes.

O atendimento a Covid afetou os intervalos de descanso, Inter jornada, folga, afetou todo mundo porque, com a queda de número de pessoas, a gente sobrecarregou outras (ARH 1).

Para não deixar faltar assistência, a gente quebrou muito protocolo em relação à própria legislação trabalhista (ARH 1).

No início de 2020, para tentar conter a proliferação da doença e pelo desconhecimento, os pacientes com sintomas ou confirmados da Covid-19, recebiam atestados de no mínimo 14 dias de afastamento, de acordo com orientações da ANVISA (2020), o que trouxe impacto nas equipes, pois qualquer sintoma gripal no profissional ou familiar eram afastados por longos períodos. Assim, os demais profissionais trabalhavam dobrado para suprir a falta dos colegas.

Caetano *et al.* (2020) discutem que a Covid-19 apresenta uma alta transmissibilidade, o que pode levar a uma grande quantidade de pessoas infectadas e adoecidas simultaneamente, tendo como risco a sobrecarga para o atendimento dos sintomáticos e dos casos graves, o que pode provocar o colapso do sistema de saúde e elevar ainda mais a letalidade da doença.

Para Santos (2021), durante o período da pandemia da Covid-19, os trabalhadores de saúde foram expostos à sobrecarga de trabalho, física e psicológica. A mesma autora diz que o hospital é direcionado ao cuidado com a saúde humana, mas o foco é mais voltado à saúde física, o cuidado com a saúde mental dos trabalhadores ainda é pouco discutido.

A equipe de apoio trouxe algumas falas sobre a sobrecarga. Tendo em vista o atendimento direto ao paciente em isolamento, os participantes da pesquisa referiram como sobrecarga as alterações na rotina, como o tempo para paramentar e o tempo esperado para a limpeza das salas após a realização de exames por paciente Covid-19 positivo.

[...] era mais tempo para limpar a sala, e nem era tanta sobrecarga (TRA 2).

Aumentou sim aumentou bastante a gente mudou o jeito de entregar a comida tinha que colocar tudo no descartável... teve gente que ficou afastada do serviço por conta do da doença. Isso aumentou o serviço (ACO 1).

Impacto profissional foi a questão do volume de serviço, aumentou muito, tinha que improvisar setor, manter os setores funcionando. E ainda ficar indo buscar e levar materiais e medicamentos, em outros hospitais (ENG 1).

No comparativo entre as categorias profissionais, a equipe administrativa não referiu sobrecarga de trabalho, pois, apesar do relato do medo, não tiveram sobrecarga .

Entendendo que o prazer no trabalho é um indicador de saúde, esses dados corroboram a literatura. Assim sendo, estudos na área demonstram que longas jornadas de trabalho têm efeitos nocivos na saúde do trabalhador (FERNANDES *et al.*, 2012; FERNANDES *et al.*, 2017).

Para Dejours (1992), o respeito pelo cumprimento das fases de trabalho e de descanso é fundamental , pois evita a sobrecarga comportamental e possibilita meios de canalizar os impulsos do trabalho. Contudo, em meio à pandemia, isso não foi possível, pois foi necessário frequentemente sacrificar os trabalhadores, devido à grande demanda de pacientes que não podiam ficar desassistidos. Na concepção de Dejours (2008), uma organização de trabalho com condições inadequadas pode levar a doenças somáticas.

6.3.1.2.2 Setor improvisado

O isolamento dos pacientes internados com a Covid-19 fez com que o hospital improvisasse setores, para que se pudesse manter os pacientes isolados e nem sempre esses locais improvisados eram adequados conforme mencionado nas entrevistas. Eram locais mais afastados, sem estrutura, mas que não houvesse cruzamento entre os demais setores.

Assim que não tinha outro lugar tinha que ser ali, um setor improvisado, tinha que entubar um paciente lá e não tinha estrutura. Atender esse tipo de paciente ali eu acho que aí alterou todo o processo (ENF 2).

Quando eu estava na internação, aquela semi-intensiva ali, embaixo com os pacientes mais críticos eu acho que algumas coisas fazíamos na correria. E aí tinha que sair para ir à farmácia [...] aí estavam paramentados você não podia ir à farmácia paramentado. Você tinha que gritar alguém porque era intercorrência (ENF 6).

Ficávamos isolando os setores de acordo com a quantidade de paciente, era uma monta e desmonta de compensado (AMA 1).

A gente saiu daquela área de conforto para poder atender o paciente de Covid, então a gente tinha uma rotina de sequência do serviço, mas, no cenário da Covid, apareceu muita coisa nova principalmente na estrutura interna do hospital, mudava toda hora. (ENG 1).

A falta de estrutura pela improvisação do setor é demonstrada na fala dos trabalhadores, a equipe de manutenção foi sobrecarregada, pois eram os responsáveis para garantir o isolamento dos setores, com tapumes, plásticos e sinalização. Para a equipe assistencial, o impacto estava na adaptação do setor, em espaços pequenos e sem estrutura.

Essa realidade também ocorreu em outros lugares. Aires (2020) demonstra que, em decorrência do cenário pandêmico mundial, a quantidade de leitos disponíveis não foi suficiente, os hospitais de campanha surgiram na tentativa de atender a esta demanda. Em cidades do interior, com hospital geral de pequeno porte, tentou-se, inicialmente, manter alguns hospitais como referência para a Covid-19, mas, com o aumento dos casos, os hospitais tiveram que improvisar áreas para isolamento (SOUZA *et al.*, 2020).

6.3.1.2.3 Falta de insumos

As manifestações sobre a falta de insumos expressam medo e insegurança frente ao desabastecimento, visto que isso poderia prejudicar a continuidade do cuidado assistencial.

Nosso maior medo era uma falta de medicamento, que você via a importância do sedativo e ameaçando acabar (TE 2).

Faltou medicação, foi um caos mesmo[...]eu acho que ainda não superamos (FISIO 1).

Assim eu, como farmacêutica, eu acho que teve muito impacto, principalmente em relação à medicação a gente passou muita falta de insumo. Porque ninguém esperava por isso e isso realmente mudou (FAR 1).

Falta de insumo e eu acho que aqui no hospital profissionalmente a gente ficou mais desgastado bem mais pela falta principalmente aqui na farmácia pela falta dos insumos, uma das coisas que a gente ficou mais estressado (FAR 1).

A gente viu que o dinheiro aqui no hospital não resolvia porque não adianta você ter tanto, muitas vezes a gente foi ajudado pelo SUS, né? (FAR 2).

A falta de insumo trouxe um impacto, principalmente aos trabalhadores da farmácia, os quais demonstraram em suas falas sofrimento pela preocupação de que a falta de insumo prejudicasse a assistência. Esse fato foi percebido em vários lugares do mundo e apresentado nos noticiários.

Dejours, Abdoucheli e Jayet (2009) manifestam que o sofrimento no trabalho é inevitável, mas, a depender das condições organizacionais, pode ser um mediador de saúde, quando criativo; ou um mediador de doenças, quando patogênico. Os autores acrescentam que o sofrimento apresenta uma conotação exclusivamente negativa, desconsiderando sua bivalência, enquanto uma vivência ora patogênica, ora mobilizadora da subjetividade do trabalhador.

Simonetti *et al.* (2006) e Chaves (2019) afirmam que o maior desafio é garantir o abastecimento dos estoques em cenários de flutuações significativas e de altos graus de incerteza, tendo como processo crítico manter medicamentos em disponibilidade na mesma proporção de sua utilização. No início da pandemia, nos meses de março a julho de 2020, os medicamentos hospitalares, utilizados para tratar pacientes graves, tiveram um aumento de preço abusivo, chegando até 92,6% (MARTINS, 2020). O desabastecimento é um sério fator de riscos a vidas dos pacientes internados, pois pode afetar diretamente na assistência.

6.3.1.3 Subcategoria 3 - Relação socioprofissional

As relações socioprofissionais, para Dejours (2012), referem-se aos laços humanos originários da organização do trabalho, isto é, relações hierárquicas (chefias e supervisão) e com outros trabalhadores. Essas relações influenciam o prazer e o sofrimento, que são característicos da subjetividade do trabalho, por meio de vivências que evidenciam o sentido dado ao trabalho como resultante da interação entre condições subjetivas e objetivas (FREITAS; FACAS, 2013). Acrescentam-se a isso, as relações com membros de outros grupos; interações externas como os usuários, com os consumidores, com os fornecedores, entre outros (FERREIRA; MENDES, 2003).

Sendo assim, a relação socioprofissional, quando não bem conduzida, pode trazer sofrimento para os trabalhadores. O sofrimento pode compor um indicador de saúde, pois, para além de ser uma manifestação de afetos dolorosos, é um mobilizador para as mudanças das situações quando é ressignificado pelo uso eficaz de estratégias de mediação no contexto de trabalho (AUGUSTO; FREITAS; MENDES, 2014). "Se o sofrimento não é acompanhado por

uma descompensação psicológica é porque contra ele o sujeito emprega defesas que lhe permitem controlar" (DEJOURS, 2008, p. 35).

Os trabalhadores foram inqueridos sobre sua percepção da relação entre eles e o supervisor direto bem como com a equipe de trabalho, o que evidencia a tabela 5.

Tabela 5. Distribuição dos participantes de acordo com a Relação Interpessoal no Trabalho dos trabalhadores de saúde hospitalar. Alfenas – MG. 2022 (n=47).

Variáveis	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
RELACIONA-SE BEM COM SEU SUPERIOR DIRETO		
Sim	46	98%
Não	1	2%
Total	47	100%
RELACIONA-SE BEM COM SUA EQUIPE DE TRABALHO		
Sim	47	100%
Não	0	0
Total	47	100%

Fonte: Elaboração autora (2022).

Observa-se que 98% dos trabalhadores disseram relacionar-se bem com o superior direto e 100% afirmaram que possuem um bom relacionamento com sua equipe de trabalho. A relação de trabalho é essencial para que ocorra concretização de qualquer tarefa no contexto laboral, sendo que a forma como ocorrem essas relações e o reconhecimento do outro estão diretamente vinculados às causas de adoecimento (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

Estudos com profissionais da equipe de enfermagem apontam que vivências de prazer e de sofrimento no trabalho validam que as relações de trabalho são fatores fundamentais no processo de saúde/adoecimento no trabalho (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010), que podem produzir prazer, através do reconhecimento e da cooperação entre colegas (GARCIA *et al.*, 2014; DELLAROZA; HADDAD; PACHEMSHY, 2012).

Frente a isso, Dejours (1998) afirma que as relações de trabalho, dentro das organizações, frequentemente, despojam o trabalhador de sua subjetividade, excluindo o sujeito e fazendo do homem uma vítima do próprio trabalho.

Os fatores impactantes nos trabalhadores em saúde pesquisados, quanto às relações socioprofissionais, envolveram a cooperação e os afastamentos físicos decorrentes das exigências da pandemia por Covid -19 bem como aqueles relacionados ao próprio trabalho, o que se poderá verificar a seguir.

6.3.1.3.1 *Cooperação e o trabalho em equipe*

A Cooperação foi citada, em sua maioria, pela equipe assistencial. O interesse dos trabalhadores em colaborar com a equipe chamou a atenção, uma vez que foram percebidas pelos participantes como um fator positivo.

A gente precisa ir além de puncionar uma veia, precisamos colaborar com os colegas, as pessoas que estiveram lá, elas precisavam demais de apoio e cuidado (ENF 1).

Eu sinto falta daquela assistência, daquele trabalho que a gente fazia lá, tudo que a gente fez da forma como a gente trabalhou em equipe a forma como a gente lutou (ENF1).

Acho que melhorou muito, mais a humanização de todo mundo do hospital, a gente ficou muito mais apegado (ENF 1).

Assim nas intercorrências e momentos que tinha que descer alguém para área da Covid, as pessoas assumiram, abraçavam aquela questão. Isso eu senti muito lá, principalmente na internação que eu via que o pessoal sentia que todo mundo tinha medo de ir, mas quando falava, gente, alguém vai ter que ficar lá embaixo na Covid, eles fizeram uma escala entre eles mesmo e eu nem precisei intervir eu achei que isso foi uma parte boa, eles abraçaram a causa (ENF 2).

Nós tivemos muito profissionais, pois reduziu a cirurgia e muitos profissionais do bloco cirúrgico, nos ajudaram (ENF 7).

Fomos vendo como era fomos aperfeiçoando a melhor maneira. Mas todo mundo se uniu, passamos junto por todos os apertos, estavam bem envolvidos (AAD 3).

A proximidade da equipe também foi relatada como fator importante para o trabalho em equipe, como se pode observar nas falas:

Mas eu acho que todo mundo ficou mais apegado, mais ligado com as pessoas (ENF 9).

Teve uma aproximação e isso foi bom. Porque às vezes a gente trabalha junto com a pessoa, mas a gente não tem aquele tempo, lá nós almoçávamos juntos, tomava café no mesmo lugar, houve uma aproximação e melhorou o trabalho em equipe (ENF 10).

É claro que a enfermagem sabe que trabalha em equipe, mas aquele momento ali a gente realmente precisou ser uma equipe. Porque era uma entrega, era uma entrega e quando a gente entrava era muito gratificante (ENF11)

Apreendi muito com o pessoal da UTI, sento que todos trabalhavam juntos, teve uma grande parceria entre os profissionais (ENF 12).

Bom, assim profissionalmente eu acho que a gente acabou que amadureceu, ficamos mais próximos, naquele momento senti uma aproximação e trabalho em equipe (FISIO 2).

Mas eu acho que teve um impacto muito positivo também dentro da Covid eu falo, e nem é correto a gente falar esse tipo de coisa, mas eu falo que muitas vezes sinto falta do trabalho em equipe que tínhamos lá dentro (FONO).

Teve muito trabalho em equipe. A gente conseguiu ver quem era as pessoas que a gente poderia confiar dentro do hospital (MED 1).

Trabalhar em equipe faz parte do contexto de profissionais de saúde em diferentes dimensões. Estudo feito no Ceará, que retratou as vivências da equipe de saúde formada por médicos e enfermeiros no desenvolvimento de práticas colaborativas para enfrentamento da pandemia de Covid-19, enfatizou que a comunicação, a interação e a cooperação podem potencializar a dinâmica e a qualidade dos cuidados assistenciais (BELARMINO et al., 2020). Outro estudo nessa vertente aponta que existem mais barreiras que facilitadores no trabalho multiprofissional durante a pandemia por Covid-19. Como facilitadores, destaca-se o fato de haver um intercâmbio de informações e de conhecimentos entre a equipe (THEODOSIO *et al.*, 2021). Observa-se pelos depoimentos que a cooperação e a proximidade entre esses profissionais, num momento de grande tensão, podem ser consideradas como estratégias de enfrentamento da pressão do trabalho, uma condição agravadora de sofrimento, que, assim, pode ser transformada. Mendes (2007b) evidencia que o saudável no trabalho se relaciona às condições de enfrentamento das imposições e das pressões que causam instabilidade psicológica. A cooperação possibilita a ação coordenada e leva à construção de ações comuns com base na confiança e na solidariedade (FREITAS; FACAS, 2013).

Dejours (2004) afirma que a cooperação é um compromisso que é, ao mesmo tempo, técnico e social e está relacionada com o fato de que trabalhar não é unicamente produzir: é, também, viver junto, visando conclamar a violação dos direitos ou os conflitos que podem nascer de desacordos entre as partes sobre as maneiras de trabalhar.

6.3.1.3.2 Afastamentos

As relações socioprofissionais na área hospitalar podem ser consideradas como estratégias de alívio de tensão, uma vez que os profissionais interagem entre si, aproximam-se frente à convivência ao ponto de, às vezes, estender para laços afetivos que envolvem o contexto pessoal. Quanto há situações que possam alterar ou romper tais laços afetivos, a consequência pode ser o sofrimento.

A pandemia por Covid-19 gerou uma dialética nesse sentido, pois, ao mesmo tempo que fez com que os trabalhadores unissem forças, conhecimento e disponibilidade para enfrentar a situação e realizar suas tarefas e atividades de maneira mais efetiva, também levou a um distanciamento físico e social entre eles.

O afastamento exigido pela pandemia por Covid-19 se mostrou nas falas em decorrência das normas da ANVISA (2020) a qual preconizou o isolamento social como forma de evitar o contágio como também pelo afastamento do trabalho as pessoas como comorbidades, idosas,

em situações de risco como indivíduos com doenças respiratórias e pulmonares ou, ainda, com baixa imunidade.

Acrescenta-se a isso, o remanejamento de trabalhadores para setores diferente daquele habitual, afastando os integrantes da equipe.

Eu acredito que a parte da mobilização social [...] profissionalmente elas meio que separaram, as rotinas que tinham de uma colega iam tomar café com o outro, percebi que não tinha muito isso mais (ENF 7).

A equipe separou muito, foi uma segregação com as equipes que elas ficaram com medo uma das outras, nos setores mesmo profissional com profissional ficaram com medo de tomar café um junto com o outro (TE 1).

Ficávamos longe dos colegas, com medo de contaminar, esta fase nos afastou muito (TE 6).

O nosso modo de trabalhar dentro da empresa muitas coisas que a gente fazia a gente não podia fazer mais, por exemplo no horário de descanso, pessoas ficarem todas juntas, a gente não podia ter isso mais. Eu acho que essas privações foram as principais características, isso acarreta a gente, a gente sente muito isto (AAD 1).

Na minha vida profissional o impacto que a pandemia trouxe é que a gente não podia, mais abraçar as pessoas ter contato pessoal com os amigos com os colegas, não podia se reunir. Tinha que ficar com o uso de máscara direto. E às vezes nem almoçar com ela eu almoçava. Quando eu estava meio cismada eu mantinha bem a distância dos meus colegas (AAD 2).

A proximidades das pessoas mudou, precisávamos ficar mais distante dos nossos colegas (REC 4).

No meu serviço, eu fiquei mais fechada e com muito medo, não tinha aquele contato físico, mas isso a gente fica um pouco retraído, um pouco cismada porque se querendo ou não você acaba afastando das pessoas, dos seus colegas que sempre a gente tinha contato físico (TEL 1).

Pegar na mão, dar um abraço, desejar um feliz aniversário, aquele abraço, aquele calor humano então isso distanciou a gente não pode mais se sentar juntos (TEL 2).

Para os trabalhadores da área de apoio, o afastamento ocorreu devido a serem grupo de risco, pela idade ou por alguma comorbidade, contra a vontade do trabalhador. Segundo relato, foram afastados no início da pandemia pela Lei federal Lei 13.979/2020 (BRASIL, 2021), medidas contra o coronavírus, na época que não havia casos de Covid-19 na instituição, quando retornaram ao trabalho, 3 meses após este afastamento, ocorreu o aumento dos números de casos.

Aquele dia, gente do céu, quando a Covid estourou aí eu estava na minha sala quando o P. chegou e falou pode ir embora. Espera aí por que eu vou embora? Porque você não pode ficar aqui dentro de jeito nenhum. Mas espera aí gente calma as coisas também não são assim não. Me deixa acabar de fazer. Não precisa acabar não que depois alguém acaba. Você pode ir embora. Eu saí daqui assim tão perturbada (ALA 1).

O afastamento do grupo de risco o hospital praticamente ficou vazio. Lembra que não tinha nada. Aí o pessoal parou de atender também. Parece que fechou a cirurgia.

Praticamente ficou vazio. Aí depois quando nós voltamos aí sim nós voltamos no pico da pandemia (ALA 1).

Fui afastada, mas não precisava. Fiquei três meses em casa à toa, sem necessidade (ACO 1).

Essa prescrição de isolamento e de afastamento das pessoas, juntamente com o medo de adoecer, reduziu as possibilidades e as estratégias de ressignificar as relações socioprofissionais bem como de mediar o sofrimento. Com isso, alguns estudos evidenciam o impacto do isolamento na qualidade de vida dos trabalhadores (GONÇALVES, 2021; TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Observa-se que, embora a situação pandêmica tenha prescrito, numa de suas facetas, o isolamento social, o trabalho real demandou união, coesão e cooperação entre os trabalhadores de saúde, sentida mesmo quando um dos seus teve que agir conforme a prescrição normativa.

6.3.1.4 Subcategoria 4 - Aspectos emocionais e cognitivos provenientes da pandemia por Covid-19

Evidenciou-se, na dimensão emocional dos trabalhadores, o sentimento de medo decorrente da incerteza e da insegurança no trabalho em saúde. O medo aqui manifestado refere-se a adquirir a doença, bem como a transmiti-la, por ser uma situação desconhecida. Assim, esse sentimento mediou todas as dimensões do trabalho, quer seja quanto à organização, à condição, quer seja quanto às relações socioprofissionais.

Quanto à organização no trabalho, a incerteza do que prescrever e a insegurança quanto a eficácia das medidas a serem tomadas tornaram-se agravantes no sofrimento, quanto à condição de trabalho pelo imprevisto, pelos remanejamentos, pela falta de insumos e por outros. O medo também se tornou presentificado. Em se tratando das relações socioprofissionais, o medo aparece como contingente do afastamento entre os trabalhadores.

Outra vertente evidenciada nessa subcategoria é o defrontar-se com a finitude, tanto pela impossibilidade de reverter-la, gerando certo sentimento de impotência, quanto por vivenciar as perdas decorrentes da morte.

Nessa subcategoria, serão feitas as discussões relacionadas ao aspecto psicológicos, como se verá a seguir.

6.3.1.4.1 Expectativas e inseguranças

Zarocostas (2020) comenta sobre a desinformação no contexto da pandemia atual, a qual pode afetar profundamente todos os aspectos da vida, em especial, a saúde mental das pessoas, pois a busca por atualizações sobre a Covid-19 na Internet cresceu de 50% a 70% em todas as gerações. Em uma pandemia, a desinformação pode prejudicar a saúde humana. Para a autora, na situação de infodemia, surgiram rumores e desinformação, além da manipulação de informações com intenção duvidosa. Agravando as dificuldades em localizar fontes idôneas para orientações confiáveis, isso afeta os processos de tomada de decisão, perda do controle de qualidade e pode deixar as pessoas ansiosas, deprimidas, sobrecarregadas, emocionalmente exaustas e incapazes de atender a demandas importantes.

O fato de ser uma situação nova e desconhecida, geradora de infodemia, diferente, por exemplo da gripe espanhola, pois o acesso a informações pela tecnológica foram diferentes, o que gerou nos trabalhadores de saúde grande insegurança e medo.

Quando os participantes da pesquisa se referiram aos termos insegurança e incerteza, o desconhecimento da doença foi um dos principais motivos:

O começo acho que foi o mais difícil, nos primeiros quatro cinco meses aí começou de uma maneira desordenada, a gente só via na televisão. Falava, não vai chegar aqui, não vai chegar aqui. Aí quando chegou no começo foi mais difícil (ENF 2).

A gente sabe que foi um momento muito difícil, foi um momento que a gente esperava, mas não esperava (ENF 3).

Eu acho muito difícil. Eu acho que muito difícil fazer diferente porque era um negócio que veio de repente, né? Ninguém acreditava ali na verdade e eu não acreditava que fosse chegar (ENF 11).

Ninguém sabia, era a mesma coisa que você fosse começar um serviço. Você não sabia do jeito que você ia começar a trabalhar (TE 2).

No começo era tudo novo, tudo diferente, era tudo incerto. Ninguém sabia nada. Eu e muitas pessoas não estávamos preparados. (TE 3).

Atendi quantos desmames que a gente fez de paciente Covid, não tinha nem noção do que estava acontecendo (FONO 1).

É insegurança do desconhecido porque, na verdade, a gente não conhecia nada, fomos desbravando o dia a dia (MED 1).

Nossa, foi muito, muito difícil no trabalho, as incertezas a gente não sabia como era, tudo muito novo. Porque todo mundo estava com medo, todos no mesmo barco, sem saber muito, né? Como proceder (AAD 1).

E a gente não sabia de nada, tudo era desconhecido (AAD 3).

E essa doença é diferente em um dia é de um jeito e no outro é de outro jeito e até aprender é difícil igual aos médicos, não sabiam definir o que era (TE 2).

Eu estava dentro do hospital num ambiente que todo mundo teve medo, por não conhecer a doença (NUTRI 2).

O maior impacto foi a questão do medo. A gente não conhecia a doença, via as pessoas morrendo, saía aqui do hospital deixava a pessoa bem a gente chegava no dia seguinte as pessoas ficavam ruins à beira da morte. Foi um impacto nesse ponto o maior impacto foi a questão do medo de enfrentar a doença todo mundo teve, inclusive eu, lógico (ENF 5).

O medo foi muito grande, medo de estar ali enfrentando, sem saber direito o que era (ENF 12).

Tinha muito medo, muita insegurança pra mim, como pessoa mesmo, desafio muito grande. Talvez um dos maiores que eu já enfrentei na vida (TE 6).

É ao mesmo tempo tudo muito novo, né? Tudo muito incerto. Ninguém sabia o que era e essa doença, o medo, as pessoas uma tinha medo da outra e era o que eu acho que a vida profissional para os profissionais da saúde nunca mais ninguém que trabalhou com essa pandemia vai ser a mesma pessoa, não (FAR 1).

Para nós, o serviço não mudou, é a mesma rotina, o que eu separo pra um paciente cirúrgico não muda tanto do paciente que é Covid, porque o processo é o mesmo (FISIO 2).

Por conta do medo, por conta da insegurança, querendo uma resposta logo se está ou não está com Covid? A gente ficava ansioso (AAD 1).

A gente conseguiu ver isso mais de perto e via todo o processo da pessoa também. Quem está fora tem o medo, mas o medo por ignorância. que não sabe como é que é, mas aqui dentro a gente vê a gente tem medo porque a gente sabe realmente o que acontece (AAD 1).

Nossa, eu fiquei com medo do nosso primeiro paciente, depois do segundo caso e a gente foi aprendendo, fomos vendo que não era assim (AAD 2).

Ah, quando eu fui para o setor de imagem, foi quando estava bem no auge da pandemia, era tudo muito novo. Então a gente tinha muito medo, muita preocupação com o que viria pela frente e como seria (REC 1).

Fiquei com medo e dessa parte eu falei você tem que entrar fazer o quê? Coloquei a roupa e fui, naquele momento pra mim eu falei que estou seguro, mas depois você fica com aquilo na cabeça. Será que realmente estava seguro? Aí você fica pensando, será que na hora que eu fui tirar a roupa eu tirei certo? Será que eu encostei alguma coisa? Você fica com aquilo na cabeça (ATI 1).

O agravamento repentino da doença também foi relatado como insegurança pelo desconhecimento do que iria acontecer com os pacientes:

Era tipo o paciente pegava o resultado do exame, passava uma semana eles retornavam, eles retornavam muito pior e aí dali já era. Daí surgiu o medo, por insegurança (ENF 3).

Eram pacientes que chegavam bem e de repente eles agravavam e nós não imaginávamos que fosse acontecer isso. A gente via na televisão, mas a gente não imaginava que fosse viver isto (MED 1).

Ninguém sabia nada, nem as decisões, vamos falar da parte médica, ninguém sabia o que medicação tomava ou que usava no início, essas incertezas foram a nossa maior dificuldade (ENF 3).

É, nossa é muito triste. Deus me livre, credo. E a gente perde sem poder fazer nada, na época assim a gente não sabe direito como tratar a Covid (ENF 4).

Em questão de dias, o planeta se deparou com uma situação de vulnerabilidade, expectativas surgiram na situação de crise. Havia, ao mesmo tempo, uma batalha para conter o vírus, para tratar as pessoas acometidas, para buscar formas de prevenção e de proteção à saúde. Observa-se que a insegurança foi devastadora na humanidade e, em especial, nos trabalhadores da área de saúde pela proximidade, por necessidade de reestruturar a organização do trabalho, as condições de trabalho e as relações de trabalho sem tempo e conhecimento para tal.

No contexto pessoal, há evidência significativa do medo de adoecer por Covid-19, de forma unânime, nas categorias dos trabalhadores em saúde como se lê nos depoimentos a seguir.

Muito medo, a todo momento, as pessoas se policiavam muito. O consumo do álcool gel, do sabão foi muito grande, foi pela preocupação de se contaminar (ENF 7).

Tinha muito medo de pegar, eu acho que isto atrapalhou muito. O povo chorava no corredor, o povo tinha muito medo (ENF 8);

Sempre pensavam no paciente, nunca pensava em mim, mas tinha medo de ficar doente e passar a doença para alguém, né? A gente sabe que muitos casos as pessoas não tinham sintomas e a gente sabe que mesmo tomando todas as medidas de segurança que a gente sempre teve todo o cuidado do uso de EPI e mesmo assim era arriscado (ENF 8).

Triste nossa e assim muito triste e assim a parte profissional mexeu muito com o meu psicológico, né, muito medo de contaminar (TE 5);

Eu acho que o grande impacto negativo é toda essa vivência que a gente teve lá de estar lá dentro, apreensivo, com medo de pegar a doença (TE 6).

O principal foi o medo mesmo, o medo do contágio. Tinha medo até de colocar mão na superfície dentro do hospital (AAD 1).

Tinha medo aí uma pessoa estava positivo perto de você. Nossa, eu fiquei aqui o dia inteiro, ela trabalhou aqui com a gente. Isso ficava com aquilo na cabeça, tinha até sintoma, que não tinha e na hora que você começava a sentir (AAD 2).

Mas eu fiquei com muito medo, falei que não sabia o que era, tudo novo, o pessoal estava morrendo, ficando internado, fiquei louco, eu desesperei (ATR 2).

A equipe assistencial, tendo em vista a proximidade com os pacientes, expressou sobre o medo de adoecer.

A gente fica, com medo a gente protegia, fazia os procedimentos, lavava a mão, trocava a máscara, mas era tudo novo (AMA 1).

Eu lembro o nosso primeiro paciente positivo que ficou internado todo o nosso receio. Aquele isolamento, todo o medo de abrir a porta e não ficava nem na reta da porta, de medo do vírus sair de lá de dentro. É muito engraçado, né? Acho que ele ficou mais de um mês e aí a gente falava assim será que estava transmitindo? Será que não estava? Porque era tudo novo (AAD 1).

Porque, às vezes, ficava com medo. Tinha que ir atrás do paciente para ver se tinha teste de Covid (AAD 2).

Os primeiros casos perto da gente foram os mais difíceis porque o começo era as mais agressivas, as pessoas ficando internadas, aí, você ficava nossa eu e se eu ficar e se eu estiver será que eu vou ter algum lugar para internar? Porque não tinha vaga em lugar nenhum (AAD 3).

O pessoal tinha medo por causa do contato que tinha do paciente às vezes positivado, com suspeita e a gente ficava ansioso (REC 1).

No dia que o F. falou pessoal tem que entrar na UTI Covid, quando abriu aqui a UTI eu pirei, estava sem vacinar e já tinha gente vacinada. Eu falei não vou entrar, não vou de jeito nenhum (ATI 1).

Os trabalhadores pesquisados enfatizaram sobre um surto de Covid-19 que ocorreu na instituição estudada em janeiro de 2021, quando vários profissionais foram contaminados, antes do início da vacinação.

Um dia que eu estava na UTI eu falei gente, não tem jeito de não pegar agora. [...] todo mundo com Covid, quase todo mundo do hospital pegou (ENF 6).

Eu não achava que nós fossemos sair daqui. Eu achava que ia morrer todo mundo, te juro, principalmente quando a equipe inteira contaminou. Aí que eu desesperei (TE 1).

No início de 2021, ocorreu um surto de Covid- 19 na instituição pesquisada. Conforme dito pelos trabalhadores, várias pessoas foram contaminadas. Esse fato se deu por contato dos trabalhadores com paciente com diagnóstico de Covid-19 desconhecido, internado em área não Covid-19. Os trabalhadores não estavam vacinados nesse período, a vacinação para os profissionais de saúde no Sul de Minas teve início em fevereiro de 2021. Serfaty *et al.* (2020) afirmam que, para evitar surtos internos em ambiente hospitalar, no atual contexto da pandemia, se faz necessário manter uma equipe assistencial capacitada, monitorizar atentamente não apenas os pacientes, mas as pessoas que circulam no hospital e manter as medidas de prevenção

A obesidade e as doenças pré-existentes fortaleceram o medo, tendo em vista as maiores complicações nesta população.

Tinha medo de morrer pela obesidade, via muita gente obesa ficando grave muito rápido (ENF 12).

Na pandemia atual, dentre as medidas de proteção contra a Covid-19, o isolamento social foi bastante significativo. Isso, no repertório individual, trouxe a consciência de que era necessário se afastar do mundo e de todos em todas as esferas nacionais, todavia, para os trabalhadores em saúde, isso se tornou inviável. Apresentou-se uma dialética entre a necessidade de isolar-se e de se expor, indo ao encontro dos acometidos por Covid-19, ou seja, indo ao encontro com a própria Covid-19. Esse fato é evidenciado nas falas pela vontade e no ato de deixar o trabalho.

Eu vi muitos falaram assim eu não vou ficar eu vou embora eu vou embora. Nunca vou falar para você, nossa eu sobrecarreguei, eu trabalhei demais, eu fiquei muito cansado, o problema era o medo (ENF 11).

Aí eu tive muito medo, falei eu não vou embora agora por saber que eu trabalhei até aqui e aí naquela hora que todo mundo ia precisar de todo mundo e eu desistir não seria certo, né? Mas o primeiro impacto foi o medo (TE 2).

É realmente a gente viu isso, assim, a gente viu o medo que as colegas tinham, pessoas fortes no trabalho. [...] um dia ela falou que não ia voltar mais, porque tinha medo de levar a doença para casa (ATR 2).

Aqui no hospital a gente teve uma porcentagem de óbito baixa com relação a outros lugares, mas a gente sempre acompanhava, né? Algumas pessoas foram entrando em pânico e deixaram a equipe, dizendo que não tinha estrutura para isto (AAD 3).

Nossa, ansiedade, vontade de jogar tudo para o ar, ir embora eu pensei várias vezes (NUTRI 2).

Algumas categorias de profissionais, como os médicos, poderiam escolher entre atender ou não pessoas com Covid-19, mas isso não foi possível para a maioria dos profissionais de linha de frente.

No dia a dia e os atendimentos foram muito árduos. Tinha muito médico que tinha medo, no começo tiveram até mesmo crise de pânico, muitos se recusaram a trabalhar com Covid. (MED 1).

Nesse aspecto, o direito de igualdade e de liberdade perderam-se na situação de calamidade presentificada pela pandemia por Covid-19. Para Gemignani (2020), nas situações de calamidade, como a que ora se enfrenta, em que a sensação de medo se apodera da sociedade, o conflito entre a liberdade e a igualdade só obterá resposta se passar a considerar o princípio da solidariedade.

Esse fato foi encontrado em vários estudos com abordagem aos trabalhadores de saúde no atendimento à Covid-19. Lopes (2020) afirma que medo de adoecer em função do patógeno desconhecido e de transmitir para familiares e amigos é citado por todos os enfermeiros participantes de seu estudo. Corroborando essa afirmação, Rodrigues e Silva (2020) apresentam que o medo e a apreensão entre os enfermeiros são constantes e se referem principalmente ao risco de se expor ao vírus. O temor da contaminação e da transmissão do coronavírus, a sobrecarga emocional e o alto índice de mortalidade dos pacientes, estão entre os fatores responsáveis pelo medo reportado pelos trabalhadores de saúde (SANTOS, 2021).

No contexto das relações familiar e social, o medo é evidenciado devido à possibilidade de o trabalhador ser um agente de transmissão. O medo de pegar Covid-19 e de transmitir aos familiares e amigos foi uma unanimidade entre os trabalhadores. Os depoimentos a esse respeito são os mesmos nas três áreas de atuação.

O meu medo era de levar pra casa, quando eu falei pra minha mãe que eu ia trabalhar no isolamento [...] ficou muito preocupada (ENF 1).

Eu fiquei assim um pouco por conta desse medo de eu levar para minha menina eu tinha muito medo eu fiquei um pouco estressada eu fiquei bem estressada de tipo eu chegava em casa e tirava a roupa lá fora fiquei meio neurótica. (ENF 2).

Tinha medo, muito medo, medo de levar para a minha mãe (ENF 4).

Então eu ficava o dia inteiro aqui às vezes sem precisar para não ter que ir embora, para não ter que ficar trocando de roupa com risco de pegar, tinha medo de passar para as minhas filhas (ENF 5).

E a única coisa que eu tinha medo era de passar para o meu pai. Eu fiquei mais aqui em casa como eu morava sozinha, então por isso que eu acho que eu não tinha medo, não tinha para quem eu passar (ENF 6).

Por medo de pegar, de contaminar a vó, de contaminar a minha mãe, as pessoas que são queridas, perto ali a gente não queria contaminar ninguém (ENF 7).

Sempre tive muito medo de passar para as pessoas, todo mundo sabe que eu trabalho no hospital. Vizinho, eu preferia nem ter contato, sabe? De medo de transmitir para alguém. Tinha muito medo (ENF 7).

Eu tinha medo de pegar e contaminar pai e mãe, eu acho que foi a maior preocupação, fiquei mais apegada a eles. Foi uma ansiedade porque você estava no meio, você tinha família, todo medo de contaminar todo mundo (ENF 9).

Como de contaminar porque a gente estava sempre aqui. Aí a gente ficava preocupada em contaminar as pessoas a mesma coisa da família. (ENF 9).

Era só o medo de levar para casa (TE 2).

Então, meu maior impacto foi o medo de estar com Covid mesmo. Foi medo de contaminar porque eu trabalhei na época da Covid, foi medo de contaminar e aí o impacto maior eu acho que foi passar para os outros (TE 5).

Tinha medo de levar Covid, passar Covid pra alguém da minha família principalmente do meu pai, meu pai tem Parkinson (NUTRI 2).

Medo da Covid eu tinha muito, muito medo. Tinha medo de pegar covid, mas o meu maior medo era pegar covid e passar para alguém da minha família (NUTRI 2).

Acho que o emocional foi que abalou todo mundo, principalmente no início, foi aquele tanto de óbito, transmitir para o familiar era o maior medo (FISIO 1).

Vinha trabalhar com medo, tinha época eu pensei até em morar aqui, falei eu vou ficar aqui trazer roupa e vou ficar num quarto, porque eu tinha muito medo de estar passando Covid para minha família (MED 1).

Eu com as meninas da limpeza a gente conversava muito. Às vezes, elas ficavam com medo, a J. tinha muito medo por causa do pai dela. (ALA 1).

No começo da Covid, eu trabalhava na limpeza, foi tudo muito diferente, fiquei muito assustada com medo de pegar e levar para a minha filha (ALA 2).

É só que eu acho que foi uma das coisas que eu fiquei assim, foi bem difícil a questão da saudade e do medo de levar alguma coisa para eles. (FAR 2).

Eu fico com medo assim de passar por exemplo para a minha família do Paulo, para as outras pessoas que não tinham contato. Mas os meus pais e do P. não, porque eles ficavam o tempo todo junto comigo. (BIO 1).

Bom, no meu trabalho, eu acho que o maior impacto foi o medo de transmissão da gente, por estar mais perto do vírus e a gente transmitir pra pessoa que mora com a gente. A gente não ter um jeito certo de ficar isolados (AAD 1).

Eu tinha muito medo de pegar a doença e passar para minha família (AAD 2).

Tinha medo de pegar aqui e passar para eles, o medo não era comigo, nem era tanto comigo, era mais com as pessoas da família, de acontecer alguma coisa com eles, era mais com a família (AAD 4).

Eu só tinha medo de perder minha família, tinha assim, eu pegar e levar pra eles, eu acho que o medo da maioria das pessoas era esse, usava EPI e tomava muito cuidado (AAD 5).

Morria de medo, eu tinha medo porque meu pai tinha problema de pulmão, morria de medo de pegar e passar para ele e ele não aguentar. Aí nós pegamos todo mundo e ele foi o que passou melhor, mas já estava vacinado (REC 2).

Eu tinha medo de passar isso pra minha mãe, então isso me dava uma angústia final de semana não ia ninguém lá em casa e eu fui sentindo que a mãe ficou triste (TEL 1).

Mesmo os que afirmaram não ter medo da doença, relataram ter medo de levar para alguém próximo.

Eu não tenho medo de pegar Covid, tinha medo de levar para alguém na minha casa, aí eu tinha (ENF 2).

Você vai achar que eu sou louca, mas eu não tinha medo por Deus. Eu não tinha esse medo, não tinha medo. Todo mundo fica preocupado em passar, mas eu não sou assim. (BIO 1).

Então não posso falar assim, aí eu tive medo que na verdade não. Mas as pessoas que não tiveram Covid no início estavam com muito medo. Mas pode ser porque eu tive Covid no início então eu deixei um pouco do medo de lado (AAD 3).

No entanto, alguns trabalhadores afirmam não ter medo de se contaminar, ou não apresentam expressão verbal do medo de adoecer pela Covid-19. Para Dejours (2012), para reduzir ou neutralizar o medo devido ao risco de doença e morte, os profissionais utilizam um mecanismo psíquico de negação do medo, construindo uma estratégia defensiva coletiva de negação, necessária ao enfrentamento do trabalho na linha de frente.

Constata-se que o trabalho dos profissionais da linha de frente de combate à pandemia por Covid-19, especialmente de enfermagem, é caracterizado pelo risco de adoecimento e de morte. Acrescenta-se a esse risco, a possibilidade de esses profissionais, devido ao risco de contaminação no trabalho, levarem a Covid-19 para o espaço familiar e colocar em risco a saúde e a vida de seus familiares (TEIXEIRA *et al.*, 2020). A mesma situação se repete nos estudos de Lopes (2020); Rodrigues e Silva (2020); Teixeira *et al.* (2020), nos quais o medo de transmitir Covid-19 para a família é motivo de apreensão e de insegurança. Esse sentimento

não é infundado, uma vez que a categoria de trabalhadores assistenciais, a equipe de enfermagem, faz parte do grupo de maior risco e são os mais afetados por atuarem diretamente no cuidado do paciente, o que possibilita a contaminação (ORNELL *et al.*, 2020; WHO, 2020).

Para reduzir essa insegurança, alguns hospitais ofereceram aos colaboradores hospedagem e alimentação gratuitas em um hotel, fortalecendo o distanciamento, uma vez que muitos mostravam-se com medo de voltar para casa e de contaminar os familiares (SOUZA *et al.*, 2020), o que não ocorreu na instituição pesquisada.

Barreto *et al.* (2021) apontam, em seu estudo, realizado com trabalhadores da linha de frente da Covid-19, que as repercussões negativas da pandemia no cotidiano dos familiares foram marcadas pelo medo da atuação profissional na linha de frente e pela possibilidade de o familiar se contaminar e de levar o vírus para os demais membros da família. Outro estudo realizado com profissionais de saúde afirma que os principais estressores da pandemia para os profissionais foram o medo de contrair a doença e de ser transmissor do vírus para os familiares e a ansiedade se manteve mesmo com realização frequente de teste (CARVALHO *et al.*, 2020).

O auge da pandemia ocorreu no final de 2020. Não se havia iniciado a imunização, os desencontros do Ministério da Saúde com as orientações da OMS também causaram aumento da insegurança. Dúvidas quanto à execução do protocolo hospitalar, insegurança quanto ao uso correto de EPI e angústia pela falta de conhecimento da doença, são fatores agravantes para aumentar a ansiedade dos profissionais (HORTA, 2021). A insegurança durante a realização de procedimentos, relacionada ao medo de pegar a doença, afeta a aproximação com o paciente. Tais problemas não afetam da mesma maneira cada profissional nem cada categoria profissional devido à heterogeneidade da força de trabalho (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

6.3.1.4.2 *Finitude: a morte e morrer em pandemia por Covid-19*

A morte tem diferentes representações a depender a corrente teórica que se estuda. Na psicanálise, Freud descreve a pulsão de morte como sendo o oposto a Eros, ou seja, tanatos, que representa a personificação da morte. Assim, pulsão de morte é que levaria à segregação de tudo o que é vivo, à destruição (FREUD, 1996). De forma geral, independentemente da linha teórica, a morte pode representar o fim ou o começo. Nas reflexões de Veras (2021) em torno da morte e do morrer na sociedade ocidental, no contexto da pandemia da Covid-19, nas sociedades industriais ocidentais, existiriam mortes e mortos mais toleráveis que outros, vidas mais humanas que outras, o sentido de sua quase negação, a questão dos rituais funerários do

morto e da prerrogativa familiar para efetuar tais ritos, de identificar e de velar seus mortos. Segundo o autor, esse cenário do processo do morrer foi desestruturado pela pandemia.

Os depoimentos sobre a morte e o morrer remetem aos trabalhadores da área assistencial. As expressões de tristeza por não ter velório e até mesmo quanto à falta do reconhecimento do corpo pelos familiares aparecem nos relatos

E o que eu achei demais assim na minha percepção é a questão daquelas pessoas que morriam, sem ser velados e sem se despedir dos familiares (ENF 2).

E a morte também eu achei que foi o mais difícil assim de encarar, porque as pessoas não tinham nem o direito de ter um velório digno (ENF 11).

Eu tenho uma cena de um senhorzinho que estava lá no leito F, que eu lembro assim perfeito, nossa pensava na família, que tristeza! A gente que estava vindo pela última vez que a família não ia nem ver, não podia receber visita (ENF 8).

Era muito triste, aqui ainda a gente não tirava foto, mas lá (outra instituição) ... depois que você tirava tudo, tinha que tirar uma foto, mandar para o assistente social, para a assistente social, mandar para a família, reconhecer o corpo por fotos (ENF 11).

O mais difícil era dar a notícia da morte, era muito sofrimento e no início não podiam se despedir de seus familiares. Lembro de cada família que tive que conversar, situação muito triste (MED 1).

Na cultura brasileira, o ritual fúnebre é significativo para familiares e amigos, são rituais de despedida. Silva (2019) enfatiza que o caráter expressivo dos rituais possibilita demonstrar o que não se consegue expressar em palavras, estimulando o trabalho de luto e desempenhando importante função de amadurecimento social e psicológico diante da perda.

Durante o velório, os familiares organizam a cerimônia de despedida da forma que acham que a pessoa que partiu poderia gostar, além de reunir pessoas queridas e ter a oportunidade de compartilhar a dor ao mesmo tempo que a aliviam (GIAMATTEY, 2021).

A pandemia chegou de forma abrupta atropelando a organização e a realização de funerais e de despedidas de familiares e de amigos. Em alguns estados, apontam que os corpos foram sepultados em valas coletivas, na presença da equipe funerária, devido à quantidade de óbitos e à falta de pessoas preparadas para executá-los (CARDOSO *et al.*, 2020; GIAMATTEY, 2021; SANTOS, NASCIMENTO, 2020;).

Santos e Nascimento (2020) trazem como agravante, no cenário de muitas mortes, a ausência da oportunidade de um momento para despedidas, pacientes morrendo em companhia apenas dos profissionais de saúde e os corpos seguindo direto para os cemitérios. Os mesmos autores afirmam que a pandemia traz a constatação de que somos humanamente finitos.

Alguns relatos referiam-se ao sentimento dos familiares, sentiam-se tristes por vivenciar aquele momento, pela empatia pelo paciente.

Teve um paciente, um moço bonito de cabelo grisalho, tentou reanimar ele umas duas vezes eu lembro direitinho que eu fiquei parada na beira do leito assim, fiquei desesperada, fiquei com tanto dó (ENF 4).

O que mais impactou também foi a humanização, você vê a pessoa chorando, teve uma moça de São Paulo que veio fugir da Covid e contaminou a mãe e a mãe morreu, eu colhendo sangue dela e ela falando eu matei minha mãe e eu tentando acalmá-la (ENF 9).

A morte de um paciente jovem, foi o que mais me comoveu na época. Eu o peguei na internação e via a rebeldia dele de não querer usar o BIPAP (ENF 10).

E eu vivenciei várias situações, mulher com marido morto, um filho, só ela e o filho e eu ficava gente do céu, e eles chorando é uma cena que eu acho que levo para o resto da vida (ENF 10).

Santos (2021) reitera que o fator que mais gerou sofrimento no trabalho foi a elevada mortalidade dos pacientes, fato que se contrapõe aos desejos desses profissionais de salvar vidas.

Estando na linha da frente do combate à pandemia, vivenciando a gravidade da doença, o sofrimento e o risco de morte dos doentes, a vivência do óbito se torna mais marcante e traumática para esses profissionais (CARDOSO *et al.*, 2020)

Também houve relatos de sofrimento por vivenciarem a luta do paciente para sobreviver:

Pessoas que você chegava, conversava e eles pediam, não me deixem entubar, não quero isso. No outro dia, estava entubado e muitas vezes iam a óbito (TE 1).

Foi muito difícil, presenciei vários óbitos, ver a pessoa lutando para viver é muito triste (TE 5).

No começo, a gente ainda falava que ia entubar, ainda fazia chamada de vídeo avisando para a família despedir. Nossa! Aquilo lá acabava comigo (TE 6).

Você vê o paciente, você conversa com o paciente, de repente o paciente já morre. Perdemos muitos pacientes (FISIO 2).

Segundo o Psicanalista Freud (1977), o princípio do prazer é a busca constante de prazer, evitando dor e o sofrimento, de forma a satisfazer as necessidades biológicas e psicológicas. Em resumo, o princípio do prazer é a força motriz que guia a personalidade e possivelmente o impulso guia mais forte na vida de um indivíduo. O mesmo autor traz outro ponto que é a pulsão de morte, que, ao contrário, traz a tendência que levaria à eliminação da estimulação do organismo. O trabalho dessa pulsão teria como objetivo a descarga, a falta do novo, a falta de vida, ou seja, a morte.

Médicos e enfermeiros têm como atribuição profissional a de assistir pacientes e familiares, que tratam o dilema de preservar a vida, sem possuir o poder de controlá-la e que, frente a esta situação, se sentem frustrados, pelo não alcance dos seus objetivos (LIMA, 2017).

A vivência de dois trabalhadores que atuaram em outra instituição de atendimento exclusivo ao Covid-19 traz relatos sobre a falta de vaga e sobre ter que escolher a quem salvar.

No outro hospital que trabalhei, acabava de falecer um e tinha quatro, cinco fichas para o médico ver quem era aqui mais grave, pra poder pôr no lugar. Porque não tinha vaga, foi um impacto profissional pra quem trabalhou ali, acho que vai ser uma coisa que ninguém nunca mais vai esquecer (ENF 11).

No outro hospital, tinha dia que era umas três, quatro paradas, mas tinha dia que falava: Nós vamos nesse que esse tem mais chance, de escolher mesmo quem ia salvar quem não ia (FISIO 1).

Com o avanço da Covid-19 e com a gravidade dos casos, levando à falta de leito e de recursos para atendimento dos pacientes graves, a Associação Médica Brasileira (AMB) publicou em 2020 um documento sobre as Recomendações para triagem de pacientes em UTIs naquele momento da pandemia - CEM-Covid_AMB, com o propósito de orientação aos profissionais médicos, que passaram a ter em suas mãos a escolha pela possibilidade da vida dos pacientes com complicações graves. A preocupação era como continuar a conduzir suas missões de salvar vidas em situações de tamanha excepcionalidade, em que a gravidade do quadro clínico atual do paciente e a probabilidade de sobrevivência foram os principais pontos para definir a prioridade entre os doentes (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

Para Silva *et al.* (2020), pacientes em estado avançado de Covid-19, em cuidado de fim de vida, têm o mesmo direito de assistência e de atenção, comparados àqueles que estão saindo do quadro crítico. Os autores informam que os profissionais de saúde têm como função aliviar o sofrimento, adequando atendimento favorável a partir dos recursos disponíveis, assim como atenção na espiritualidade, independentemente das chances de sobrevivência.

Identifica-se uma sobrecarga emocional, relacionada ao índice de mortalidade dos pacientes (BARRETO *et al.*, 2021).

Muitas pessoas perderam entes queridos, outros presenciaram, enquanto profissionais da saúde, a morte de muitos pacientes. Famílias sofrendo, profissionais trabalhando em uma realidade complexa, não conseguindo cuidar por impossibilidade de recursos (SILVA *et al.*, 2020).

Grisotti *et al.* (2022) discursam que os profissionais de saúde estão buscando a espiritualidade, como um recurso para lidar com situações-limite e manter o compromisso profissional, frente a tantos sofrimentos. Nascimento e Caldas (2020) corroboram e consideram que seja uma forma de promoção da saúde psíquica que exerce influência sobre as demais dimensões humanas, sendo parte da integralidade do cuidado em saúde.

Quanto aos aspectos cognitivos que envolvem as crenças e os pensamentos dos profissionais no trabalho em saúde na situação de pandemia por Covid-19, observa-se que a

situação demarcou um período de dificuldade em se tratando do sofrimento emocional e do mercado capitalista elevando custos de insumos, em especial das máscaras.

Os trabalhadores da área assistencial tiveram como norteador da dificuldade os aspectos psicológicos e emocionais frente ao atendimento da Covid-19.

Eu acho que a parte psicológica do profissional ficou muito abalada. Ficou abalada e não teve um apoio (ENF 11).

Com tudo o que eu já vivi na minha vida, eu acho que eu nunca em trinta e três anos que eu estou aqui... nada foi mais impactante (TE 1).

No entanto teve uma menina que trabalhava comigo que ela surtou, teve depressão, teve que sair de atestado, até hoje ela não voltou (FISIO 1).

O que houve foi aumento do estresse por medo e insegurança (FAR 2).

Os trabalhadores de área de apoio e assistencial depõem sobre a indignação pelo aumento abusivo dos preços praticados pelos fornecedores.

Aqui faltou muito remédio, os produtos hospitalares ficaram muito caro (ENF 5).

Tinha medicação, depois não tinha medicação, aí começou a faltar ventilador foi aquele caos porque os fabricantes começavam a jogar aqueles preços abusivos, foi só sobrando ventiladores ruins (FISIO 2).

Tivemos que tomar conduta diferente de devolução de nota até de dinheiro. As pessoas se tornaram muito oportunista, tipo, uma medicação que custava dois reais a gente começou a pagar trinta reais, e se eles conseguissem preço melhor falava que não tinha mais. (FISIO 2).

Abusar realmente, máscara que era uma coisa que a gente pagava quarenta centavos nós chegamos a pagar cinco reais em uma máscara (FISIO 1).

Como farmacêutica, eu vejo isso e hoje eu tenho um olhar muito diferenciado para isso, a gente viu que houve um abuso de valores (FAR 2).

Braga e Oliveira (2022) apresentam em seu estudo que, no capitalismo financeirizado, a vida e o direito a ela têm preço e custam caro, a própria vida humana foi transformada em uma mercadoria como outra qualquer. Os mesmos autores afirmam que o acesso e o uso daqueles que podem pagar pelos serviços de saúde no setor privado são maiores do que os que não podem pagar diretamente. No mesmo sentido, Pinto e Cerqueira (2020) apontam que, no momento difícil da pandemia, foi revelada a dinâmica do sistema capitalista em sua face mais cruel, despida da desfaçatez da escolha do lucro em detrimento da vida em dimensão proporcional ao seu caráter destrutivo, que lhe é constitutivo.

Em uma nova direção, houve pontos considerados positivos e gratificantes aos trabalhadores assistenciais da área de saúde, como demonstram a seguir os depoimentos de gratificação e de valorização profissional.

Fica claramente exposto nos relatos dos enfermeiros (as) e da técnica de enfermagem, a gratidão frente ao trabalho prestado, mesmo com as falas de medo e de insegurança, pois se demonstrou solidariedade.

Então, isso para mim eu achei que foi muito gratificante de eu poder ter ajudado nesses momentos e ter passado por isso, sabe? Eu não me perdoaria hoje se eu tivesse saído. (ENF 2).

Eu nunca pensei em desistir, nunca pensei em desistir da Covid, do isolamento, tanto que eu fui até o fim, fiquei lá dentro até o fim. Ao menos ainda diminuir a minha afeição pela enfermagem, pelo contrário, só cresceu, tanto que hoje eu sinto falta (ENF 10).

No profissional, acho que foi isso, muito medo, mas no final foi gratificante (TE 2).

E a questão da equipe nova e a gente misturava ali no meio, eu achei que foi muito gratificante. Eu ajudei muito doente como os colegas também, é gratificante poder ajudar (TE 2).

O atendimento aos pacientes com Covid-19 e o trabalho em equipe se tornaram gratificantes frente aos relatos dos trabalhadores sobre o poder ajudar, não desistir, o aumento da afeição pela profissão. A percepção de ser solidário de poder ajudar o próximo, trouxe a sensação de estar grato.

Ferreira *et al.*, (2020) afirmam que os tempos difíceis servem de oportunidade para reencontrar os valores, os princípios e os sentimentos que brotam em cada um e que o isolamento e o distanciamento social sirvam para preservar a saúde física e não de afastamento afetivo em gestos de carinho, de amor e de solidariedade.

Outro fator importante referente à gratidão e que não foi citado por nenhum dos trabalhadores é a gratidão da empresa frente ao trabalho prestado pelos trabalhadores. Dejourns (2004) explica que o reconhecimento tem duas dimensões: a contribuição do sujeito e a da gratidão pelo seu esforço. Reconhecer o trabalho dos trabalhadores implica ao mesmo tempo valorizar o esforço oferecido durante períodos críticos de atendimento.

Vindo a esse encontro, Fraser (1983) demonstra que o prazer ou a satisfação com uma situação de trabalho é um estado muito variável, dependendo de vários fatores, entre os quais : os diferentes tempos de um indivíduo; as circunstâncias; as influências das forças internas e externas ao ambiente de trabalho. De outro modo, pode ocorrer de um mesmo ambiente e forma de organização de trabalho ser fonte de vivências de formas de sofrimento para uma pessoa, mas estar na origem de gratificação e de realização, de reconhecimento e de valorização, para outra (DEJOURS, 1992; DEJOURS *et al.*, 1994).

Quanto à valorização profissional, Dejourns (2012) apresenta que, após a chegada da Psicodinâmica do Trabalho na década de 1990, passou-se a pensar no trabalho para além de

uma fonte de sublimação, podendo causar o que há de melhor ao proporcionar ao trabalhador uma atividade valorizada socialmente, exercida do princípio ao fim, tornando-se um mediador de saúde.

Na área de saúde, os profissionais sentiram-se valorizados por serem categorias diretamente ligadas ao cuidado das quais havia uma dependência deles na linha frente na situação pandêmica como se observa nos relatos apresentados.

No momento não faz tanta diferença, mas na época a gente da enfermagem, como as pessoas estavam dependendo totalmente, foi quando as pessoas viram a importância de ter a enfermagem, sabe? Isso daí é uma coisa que impactou muito, acho que em todos os lugares (ENF 4).

Eu acho que a fisioterapia, sim, mostrou a importância, não só da fisioterapia para o tratamento, mas como uma prevenção também (FISIO 1).

Eu acho também que depois pode ser que o pessoal valorizou mais a equipe médica, enfermagem. Acho que valorização profissional da área de saúde (REC 4)

Thomas *et al.* (2020) e Souza *et al.* (2020) discordam, apontando que a pandemia escancarou ainda mais as condições insalubres, a sobrecarga e a desvalorização às quais os profissionais de enfermagem são expostos diariamente. Dantas (2021) apresenta em seu estudo que o profissional de fisioterapia recebeu um novo olhar e reconhecimento dentro do contexto hospitalar, além de ser notada a valorização do profissional após o início da pandemia em meio a várias áreas e possibilidades de atuação. Vale ainda ressaltar que a atuação do fisioterapeuta foi indispensável para a recuperação e para a reabilitação dos pacientes acometidos por Covid-19.

Nos tempos atuais, o cuidar recebeu atribuições importantes da saúde, mas é perceptível em alguns profissionais, principalmente da enfermagem, sua desvalorização, que pode ser percebida através da ênfase dada às tecnologias duras, a procedimentos meramente burocráticos e gerenciais (RAMOS *et al.*, 2013). Os autores relacionam a desvalorização do cuidado, em muitos casos, às diversas influências culturais, religiosas, políticas, entre outras, que revestem a prática de enfermagem de um caráter mecanicista, hospitalocêntrico, obediente e reducionista.

No que refere aos profissionais da equipe de enfermagem, são os que mais têm contato com os pacientes hospitalizados, submetendo-se a rotinas repetitivas, além de esgotamento emocional e físico (SILVA, 2015). Kolhs *et al.* (2017), por conseguinte, afirmam que a equipe de enfermagem vivencia o prazer quando seus membros se sentem reconhecidos e valorizados pelos pacientes, pelos familiares e pela própria equipe, por exercerem um trabalho de qualidade, com utilidade para a comunidade, diante da capacidade de ajudar pessoas e de salvar vidas.

A vivência dos trabalhadores de saúde na vida profissional trouxe vários impactos importantes percebidos ao decorrer dos relatos. A maioria foi negativa, mas houve pontos

positivos citados, como a gratidão e a humanização. Os reflexos negativos foram relacionados à mudança abrupta de função, à sobrecarga de trabalho para os trabalhadores assistenciais e ao medo de estar em um ambiente considerado de risco e as suas mudanças de rotinas para garantir a segurança do trabalhador.

6.3.2 Categoria 2 – Impacto da pandemia por Covid-19 na vida pessoal do trabalhador de saúde

Como afirma Lima *et al.*, (2020), o impacto da pandemia por Covid 19 atingiu todo o contexto social mundial e brasileiro, fazendo com que a população vivesse momentos críticos em sua trajetória histórica que, independentemente de extrato social, raça, cor, idade, gênero, religião, ideologia, sofreu problemas de saúde. Acrescentam que cada pessoa teve seu próprio modo de sofrimento decorrente do impacto dessa situação.

Nessa categoria, observou-se que não houve diferença segundo as funções e ocupações no trabalho. Diante disso, a apresentação dos resultados e das discussões não será apontada por divisões profissionais.

Da população estudada, 69% disseram que houve mudanças em suas vidas em detrimento de 31% que responderam não ter alterado sua rotina pessoal. Nessa categoria, optou-se por analisá-la em três dimensões do ser humano: impactos relacionados à dimensão física e ambiental, envolvendo cuidar da saúde, higienização e limpeza, lazer e atividade física; impactos relacionados à saúde mental e emocional que abrangeu o sentimento de medo, ansiedade, as perdas de pessoais próximas e o preconceito por serem profissionais de saúde; na dimensão social - lazer, isolamento e estudo.

6.3.2.1 Subcategoria 1- Impactos na dimensão física e ambiental do trabalhador em saúde em sua vida pessoal

Observa-se que os impactos nessa dimensão são positivos por se tratar de manutenção da saúde, prevenção de doenças, uma vez que, além da proteção contra a Covid-19, as medidas previnem outras doenças ou agravos advindos de transmissão por contato e gotículas. A prevenção é reforçada pela higiene das mãos, uso de máscara e limpeza de ambiente com produtos adequados.

A preocupação em cuidar da saúde foi evidente nos depoimentos pela ampliação da consciência frente à situação pandêmica.

Então, nessa parte eu acho que foi mais aprendizado nesse sentido de eu me cuidar mais e da minha saúde (ENF 10).

Foi uma época que eu aprendi muito com pessoas porque eu comecei a me cuidar mais. (TE 3).

Porque eu comecei a me preocupar mais com a minha saúde, foi uma época de autocuidado (TE 5).

Hoje em dia, a pandemia ainda não terminou, mas assim eu fiquei muito mais preocupada com a questão da saúde, higienização e de ter uma boa saúde melhor que antes (REC 4).

Ter um hábito saudável de higienização de mãos. Então, acho que assim, apesar de todo o sofrimento que gerou, acho que foi uma coisa positiva da gente pensar mais no próximo e ter um cuidado melhor com o nosso corpo (AAD 2).

Isso tudo aí eu tomei a iniciativa de fazer a bariátrica. Justamente por isso. Por conta da doença que eu peguei na verdade não tinha comorbidade, mas era obesa. Então por conta da obesidade eu acabei complicando (ENF 11).

A maior mudança eu acho que foi estilo de vida. Eu comecei a me cuidar mais, porque eu fiquei com muito medo, minha pressão estava alta, agora estou fazendo controle direitinho, mas não está alterada (ENF 10).

Os trabalhadores de saúde são voltados direta ou indiretamente para o cuidado com saúde no sentido de recuperação e de manutenção. A pandemia trouxe ampliação da consciência a esse respeito. Ao mesmo tempo em que esses trabalhadores prestam cuidados à população, em muitos momentos, negligenciam a própria saúde. Com a pandemia, alguns trabalhadores referem maior cuidado com a própria saúde (TAVARES *et al.*, 2020).

Nesse sentido de cuidado com a saúde, a higiene e a limpeza foram pontuadas de forma veemente. Não apenas a higienização pessoal, mas do ambiente, de alimentos, de sapatos e de vestimentas.

A higiene pessoal é uma contribuição do indivíduo para o bem-estar da família, da coletividade e da sociedade (BORDIGNON *et al.*, 2020). Os entrevistados trazem em suas falas a preocupação com a higienização das mãos, pelo medo de transmissão cruzada da doença.

Eu falo que eu chegava em casa mesmo morando sozinha eu abri a torneira com o braço, para que isso eu moro sozinha. mas aí a gente acaba levando os cuidados para a vida também. (ENF 6).

Higienizar as mãos mais do que a gente fazia antes, né? Hoje parece que tudo isso aqui é lavar a mão, tudo você acha que está tudo sujo. Foi uma rotina que eu mudei muito, que eu não tinha muito esse hábito (FAR 2).

No geral, me deixou mais em alerta com as pessoas. Alerta tipo assim olha deixa eu higienizar minhas mãos, passar álcool (REC 4).

O fato de higienizar as mãos traz segurança aos trabalhadores, pois se percebe em seus relatos que este ato ameniza o medo da transmissão. Desde o início da pandemia por Covid-

19, a higiene das mãos foi apontada como um dos meios de controle eficazes para reduzir a proliferação do vírus (ANVISA, 2020)

Relacionado à higiene pessoal, a rotina de tomar banho e do cuidado com as roupas, quando chega do trabalho, foi citada por alguns dos entrevistados, em sua maioria, trabalhadores da assistência, tendo sempre em vista reduzir a transmissão do vírus da Covid-19.

E aí eu saía daqui depois do plantão e chegava em casa, tirava aquela roupa toda, tomava banho para depois chegar perto das meninas (ENF 5).

Eu chegava em casa fazia as coisas não tomava banho, depois da pandemia como eu estava falando isso pra equipe conscientizava a equipe chegar em casa trocar de roupa ou não ficar com a roupa daí que usava no hospital em casa aí eu comecei a fazer esse hábito comigo. Chego em casa e já vou direto pro banho, coisa que eu não fazia (ENF 7)

Quando eu chegava do trabalho, eu deixava lá do lado de fora na minha casa na garagem um balde com sabão para pôr a roupa. Eu já tirava toda a minha roupa ali. Não deixava a minha mãe nem me receber e nem chegar perto de mim, já corria pro banho (FISIO 2).

Como eu trabalho no hospital que eu também não sou louca, eu trabalho o dia todo no hospital eu tenho senso também. Mas eu não tenho medo, eu chegava, tomava banho, tirava roupa, eu não pegava meu filho com roupa branca (BIO 1).

Eu tirava roupa branca quando chegava em casa, é o mínimo, porque eu fico dentro do hospital (TRA 2).

O vestuário que eu uso no hospital eu não fico circulando na rua. (ARH 1)

Higienização de ambiente, foi citada se referindo a cuidar do ambiente de trabalho e do interior do carro.

Eu acho que a Covid nos fez bem, apesar de tudo isso e ter um outro olhar a gente preocupou mais com a questão da saúde, com a questão de higienização pra gente ser tipo assim cuidar da higienização do meu local de trabalho, da minha casa até da saúde do nosso corpo (REC 1).

Eu borrifo álcool também dentro do carro. Isso eu acho que isso não vai mudar mais. (FAR 1).

Higienização de alimentos e ou de produtos foi outro ponto discutido pelos trabalhadores que referem ter alterado hábitos devido à pandemia.

Comprava as coisas no supermercado e jogava álcool em tudo, até no salgadinho (ENF 5).

Eu mudei minha rotina de higienização de tudo que chega de fora, inclusive as latas de cerveja, tudo que chega na minha casa externa eu borrifo álcool. Eu lavo litro pet, leite, garrafa de refrigerante, suco, dá para lavar eu jogo debaixo da pia e lavo. O que não dá eu joga álcool (FAR 1)

Porque aí agora é mania de álcool em tudo, de lavar tudo que vem do mercado (FAR 2).

Então assim, a gente deixava um vidrinho de álcool com borrifador, então a gente pegou muito hábito de borrifar tudo, sacolinha, quando chegava do mercado a gente borrifava álcool (REC 1).

A preocupação com os cuidados de higiene pessoal fica clara nas falas dos trabalhadores. O medo da disseminação do vírus por objetos inanimados fez com que hábitos não comuns se tornassem frequentes, a fim de servir como barreira para a transmissão da Covid-19. O banho ao chegar do trabalho, a troca de roupa e a higiene de alimentos e de ambientes se tornaram estratégias para barrar a transmissão da doença.

Vindo a esse encontro, Rodrigues *et al.* (2021) relatam que a pandemia por Covid-19 levou a mudanças nos hábitos de aquisição de alimentos no que diz respeito a higienizar as embalagens no domicílio. Essas mudanças demonstram a preocupação em aprender a higienizar os alimentos durante a pandemia, sendo a medida de higiene domiciliar mais pesquisada na internet no período avaliado. A higienização de embalagem recomendada no início da pandemia, não se aplica mais.

As recomendações da OMS e do MS trazem medidas estratégicas para a prevenção da transmissão da Covid-19, entre as quais : higienizar as mãos com água e sabão ou aplicar álcool 70%, manter distanciamento social, evitar tocar olhos, nariz e boca e o uso de máscara em ambiente comum (ANVISA, 2020). Essas orientações veiculadas nas mídias e nas próprias instituições de saúde auxiliaram na educação dos trabalhadores.

Séculos atrás, a precursora da enfermagem Florence Nightingale afirmava que oferecer um ambiente adequado era o diferencial na recuperação dos doentes, que lavar a pessoa com sabão proporcionava um grande alívio e conforto à pessoa e priorizava a higiene diária do corpo e do ambiente como medidas para a promoção e para a manutenção da saúde (MOTTA; OLIVEIRA; AZEVEDO, 2021). Com medidas aparentemente simples, Florence conseguiu reduzir drasticamente o número de mortes por infecção na guerra da Crimeia , o que reforça, neste momento de pandemia por Covid-19, a importância dos cuidados com a higienização.

Quanto a atividades físicas, 51% dos trabalhadores em saúde manifestaram que não praticavam esporte e/ou atividade física, em detrimento a 49% que responderam sim ao questionário. Em relação aos que tinham o hábito de praticar esporte e atividade física, observou-se pelas falas que houve a redução e o abandono dessas atividades numa grande parte dos trabalhadores impactados pela pandemia.

Diante disso, observa-se que um pouco menos da metade da população entrevistada praticava alguma atividade física e que, com o advento da pandemia, referem que reduziram ou abandonaram as atividades.

Praticamente tudo eu deixei de fazer, deixei de fazer atividade física e com a pandemia eu parei até porque eu tive Covid e depois pra voltar foi difícil (FISIO 1).

Eu deixei de fazer atividade física. Foi uma coisa que fez muita falta para mim, tanto no físico quanto no mental. Porque eu gosto muito de fazer alguma coisa para poder dar uma espreitada. (NUTRI 2).

Eu já não fazia muitas atividades físicas, mas às vezes eu gostava de ir ao clube, de fazer alguma caminhada, alguma coisa que eu deixei de fazer. Então, ainda não voltei com isto (MED 1).

Jogar bola foi uma das coisas e assim encontro com a família fazia, nós deixamos de fazer muito. Não fazia mais (AMA 1).

Olha eu trabalhei mais o que eu estava fazendo, minhas atividades físicas acabou um pouco não era medo não porque assim eu trabalhei mais (TRA1).

Os meninos jogavam bola, cada um foi para um lado, outro foi fazer outra coisa, acabou o time, acabou o time (ENG 1).

A gente ficou em casa ia fazer academia não ia mais na academia parei acho que é só uma questão que acabou que eu trabalhava mais eu tinha menos tempo as festinhas não tinham mais (risos) a família do Paulo sempre foi de reunir muito e parou também. (BIO 1).

A gente não saía muito e aí eu parei de fazer minhas coisas de ir à ginástica (AD 2).

Observa-se que 60% dos trabalhadores que deixaram de realizar as atividades físicas nesse período de pandemia por Covid-19 são mulheres adultas, encontradas também no estudo realizado por Ferreira (2021), no qual houve uma redução de atividades físicas em mulheres adultas e idosas, saindo de 51% para 10,6%.

A continuidade da prática de atividade física na pandemia por coronavírus demonstrou ser muito importante, porém devem ser observadas medidas que garantam a prática segura (PITANGA; BECK; PITANGA, 2021). Os autores afirmam que, além disso, torna-se importante que a população seja esclarecida sobre a necessidade da redução do comportamento sedentário durante o período de isolamento social.

Uma das questões apontadas para a redução das atividades físicas foi ter trabalhado mais, citada por TRA 1 e BIO 1, que são trabalhadores que auxiliam no diagnóstico da Covid-19 e que, no auge da pandemia, tiveram um papel importante para a conclusão desse diagnóstico. Nesse período, esses profissionais tiveram um aumento de trabalho.

Os que disseram manter as atividades esportivas durante a pandemia, contudo, expressam atividades individuais e não coletivas:

Exercício eu não deixei de fazer não, ando sozinho de bicicleta. Mas as atividades coletivas a gente não fazia, por exemplo, se eu passasse perto de uma pessoa que estava correndo logo virava o rosto pra evitar contaminar (E 5).

Academia, eu fiquei em casa, fazia exercício em casa, leitura, tive muita leitura em casa, fazia alguns exercícios que dá para fazer em casa (E 7).

O exercício que eu fazia era caminhada mesmo, então ao ar livre podia (TE 4).

Observa-se que alguns dos trabalhadores de saúde reinventaram possibilidades para manter as atividades físicas como ciclismo, caminhada e exercícios em casa. Silva *et al.* (2021) apontam a restrição à prática de exercícios físicos ao ar livre, durante o auge da pandemia, como o maior dificultador para a realização de atividade física.

6.3.2.2 Subcategoria 2: dimensão psicológica e emocional do trabalhador em saúde em sua vida pessoal

Nessa dimensão vivencial, o medo de ter a doença, de perder um familiar e por ser uma situação desconhecida, medo de vacinar e os transtornos mentais relacionados ao medo, foram os temas discutidos nesta subcategoria.

O medo foi unânime em todas as entrevistas. O sentimento de medo quando vivenciado no eixo do pessoal, trouxe relatos do dia a dia, medo de ter a doença e de morrer, o medo de perder um familiar, além do medo por ser uma situação desconhecida.

6.3.2.2.1 Medo de ter a doença

Fiquei com medo de contrair a doença e morrer porque a gente viu muita gente morrendo (ENF 10).

[...] com muito medo, medo de não dar conta, medo de pegar Covid (NUTRI 2).

6.3.2.2.2 Medo de perder um familiar

Foi medo de perder a minha família, medo de não saber o que fazer (ENF 1).

Mas o maior impacto, eu acho que todo mundo pode ter passado, mas o meu foi mais pesado foi eu sentir medo de perder a minha família, quantos todos contaminaram (TE 1).

Então, se você está com mais contato, se você pega e você passa para uma pessoa para uma família é um impacto muito grande. Aí a gente acarreta inúmeras coisas. Pessoas param de trabalhar porque estão doentes (REC 3).

Eu chegava em casa e ligava a televisão era só aquilo. Nossa, eu fiquei com medo, de perder as pessoas próxima. Eu de pegar Covid eu não tinha medo do restante da família, eu fiquei ruim de pensar nos outros (ENF 2).

6.3.2.2.3 Medo por ser uma situação desconhecida

No começo, foi todo mundo tínhamos medo, a gente não sabia o que era. E depois eu acho que as pessoas começaram a acostumar tanto com aquilo (ENF 11).

Você acaba se envolvendo muito e é muito difícil. Nossa, eu acho que foi um momento que só quem viveu. Só quem viveu sabe cada um que imaginei que ia passar por isso na minha vida. Porque a gente sabia que essa doença era grave, mas achava que nunca ia chegar aqui, né? Deu muito medo (ENF 12).

Tinha medo porque no início ninguém sabia, vamos falar assim da progressão da doença, o que causava isso foi gerando ao decorrer do tempo (TE 3).

Medo daquilo que a gente não conhecia, novo para todo mundo, andava na rua parecia filme (TE 6).

Então, foi um desafio muito grande lidar com o medo, lidar com os meus anseios, com as minhas inseguranças, com a minha forma de pensar e que talvez eu não estivesse preparada para aquilo, né? Daí de repente você se coloca numa situação que você tem que estar preparado (ENF 1).

Os trabalhadores apresentam em seus depoimentos várias questões relacionadas ao medo, o medo de perder um familiar pela Covid-19 trouxe impacto emocional. No relato de REC 3, a questão de passar a vírus para outra pessoa e afastá-la do trabalho também trouxe preocupação. O medo do desconhecido abrangeu várias situações desde o início da doença, pois não se sabia sobre a progressão e sobre as complicações da doença, além da falta de preparo para vivenciar esse momento

O medo de se expor ao vírus e de contaminar seus familiares é o que mais aflige os profissionais de saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2020). Em seguida, o medo de ser infectado por um vírus potencialmente fatal, de rápida disseminação, cujas origens, natureza e evolução ainda não foram completamente estabelecidas, afeta o bem-estar psicológico e emocional de muitas pessoas (WANG; POWEL, 2021).

Teixeira *et al.* (2020) trazem em seu estudo que familiares de profissionais de saúde relatam que, no início da pandemia, havia maior preocupação, medo e insegurança. Com o passar do tempo, a família aprendeu a lidar melhor com a situação, o que diminuiu a percepção de impactos e repercussões no cotidiano da vida em família .

6.3.2.2.4 Medo e alívio frente à vacinação

Houve relato de medo tomar a vacina, na ocasião em que foi liberada para os profissionais de saúde.

Eu fiquei com medo de tomar a vacina, todo mundo não vai tomar. Nem sei quando esse povo vai começar a tomar essa vacina, só eu estou tomando e aí todo mundo morrer e eu vou ficar (ENF 6).

Foi demonstrado, por meio de dois depoimentos, que após o início da vacinação houve redução do medo:

Depois vem com essa vacinação eu vi que acabou o medo. Falaram que a Covid agora não mata. Mas eu acho que foi isso que segurou um pouquinho do medo mesmo e trouxe qualidade para o pessoal usar certinho tudo. (ENG 1).

Eu fiquei bem com medo. Aí depois que você vai começando a ver como que é aí você começa a vacina, começa as coisas tudo, você começa a dar uma mudada. Claro que fica com medo ainda, mas menos medo (TI 1).

Depois da vacina, já comecei a tranquilizar, mas foi alto e baixo (TI 1).

O início da vacinação contra a Covid-19 trouxe um novo cenário de esperança aos trabalhadores de saúde. No início de 2021, diante a urgência de salvar vidas e de evitar um colapso na saúde, parte da população começou a ser vacinada, entre elas, os trabalhadores do atendimento da linha de frente da Covid-19 (SOUZA *et al.*, 2021). No entanto, foi controversa a situação no país. Muito se discutiu sobre ser ou não efetiva a vacina, foram tratados aspectos políticos, a necessidade da rápida inserção da vacina na população e a ausência de comprovação científica.

O impacto da má gestão de políticas públicas, frente à pandemia por Covid-19, escancarou as desigualdades regionais brasileiras no acesso à vacinação. É o que apresenta o relatório *Desigualdade no Acesso a Vacinas Contra a Covid-19 no Brasil*, que foi lançado em 2022 no 13º Congresso de Saúde Coletiva, promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em Salvador (BA). O estudo analisou a gestão sanitária e estratégica do governo federal durante a pandemia. O resultado do estudo trouxe como principais fatores para esse cenário o atraso na implementação do Plano Nacional de Imunização, a demora para a aquisição de vacinas contra a Covid-19 e a adoção de uma política negacionista de combate ao vírus, repelindo medidas de controle social e estimulando o uso de medicamentos sem eficácia comprovada contra o coronavírus (VENTURA *et al.*, 2022). O relatório traz como resultado dessa política desordenada, a responsabilidade pela maioria das mortes decorrentes da pandemia, que ocorreu quando já havia vacina disponível no mundo: enquanto o país teve, em 2020, 194.976 óbitos; em 2021, já com imunizantes disponíveis contra a Covid-19, o total foi o dobro: 424.133.

A necessidade de uma rápida imunização e a ausência de comprovações científicas para administração da vacina trouxeram uma discussão junto à sociedade e causou descrença na ciência. Para Couto; Barbieri e Matos (2022), a hesitação vacinal vem da crise de confiança pública das vacinas e transpassa o campo da vacinologia e diz respeito a mudanças socioculturais que consubstanciam uma crise de confiança mais ampla na ciência, nas

instituições e nas comunidades médicas, no complexo industrial farmacêutico, nas políticas públicas e na relação entre corporações e governos para a fabricação e para a compra de vacinas

Ao nosso ver, a segurança da saúde dos trabalhadores de saúde deve ser considerada prioridade máxima, já que precisam ser vacinados de forma prioritária, pois continuam a ser a primeira linha de defesa contra essa pandemia mortal. A vacinação do profissional de saúde protege a continuidade de prestação dos serviços de saúde à comunidade (SILVA, 2021). Acrescenta o autor que a proteção aos profissionais deve ser tratada como prioridade nacional, pois, quando o trabalhador de saúde adoece com Covid-19, é impedido de exercer o papel importante que desempenha no cuidado de outras pessoas.

6.3.2.2.5. Transtornos mentais relacionados ao medo

A pandemia por Covid-19 trouxe algumas consequências relatadas pelos trabalhadores em se tratando da vida pessoal como neurotização, depressão, ansiedade e a preocupação.

Pelo medo de contaminação, fiquei muito neurótica, eu estou meio neurótica de limpeza até hoje (TE 1).

Eu acho que foi porque a gente tinha medo foi distanciando e aí os outros problemas vão vindo de outras maneiras. [...] eu sou uma pessoa extremamente preocupada. Eu adoeci (FAR 1).

Foi tudo muito rápido, no mês não tinha nada, de repente no outro mês todo mundo usando máscara com medo de tudo. Porque aí você deixou de ter contato com as pessoas você também fica mais depressiva, mais emotiva, coisas que não me impactavam, passaram a me impactar (AAD 1).

Quanto à ansiedade, além do aparecimento dela na situação pandêmica por Covid-19, houve intensificação nos casos de pessoas já ansiosas.

Mas daí estava ficando muito ansiosa (NUTRI 2)

Eu já tenho um pouco desse lado de ansiedade. Eu fiquei bem ansiosa. Nossa, muito ansiosa. E eu acho também essa questão de a gente ver muita gente morrendo, vidas novas, né? (F 2).

Ansiedade de ver todo mundo que estava morrendo sem vacina. Uma crise de ansiedade leve, pelo menos todo mundo teve (ENF 9).

Tinha muita ansiedade. Era uma ansiedade constante (AAD 2).

E na minha vida pessoal eu acho que impactou; me deixou mais ansioso eu tive muito problema com ansiedade acho que a pandemia esse ponto também esse processo que a gente viveu (REC 1).

Eu tomava Sertralina eu tive que continuar, mas assim eu fiquei bem ansiosa. (TE 5)

Os aspectos citados pelos trabalhadores demonstram alterações na saúde mental, como a neurose por limpeza, a preocupação excessiva, a presença de depressão e o aumento da ansiedade.

Ornell *et al.* (2020) relatam que, durante as epidemias, o número de pessoas cuja saúde mental é afetada tende a ser maior que o número de pessoas afetadas pela infecção e que as implicações para a saúde mental podem durar mais tempo e ter maior prevalência que a própria epidemia.

Dentre as alterações na saúde mental dos trabalhadores, o aparecimento ou o aumento da ansiedade foi o mais constante, por motivos diversos, desde a falta da vacina, o número de mortos e a própria situação da doença, que trouxe uma situação de insegurança e de medo constante.

Antes da pandemia, a ansiedade já se demonstrava no país como uma situação endêmica, pois dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2019, alertam que, somente no Brasil, cerca de 18,6 milhões de pessoas sofrem de ansiedade, o maior número de pessoas com a doença em um país no mundo (CHADE; PALHARES, 2019)

Com o evento da pandemia, a depressão e a ansiedade aumentaram mais de 25% apenas no primeiro ano da Covid-19, como informa o resumo científico da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2022). Também informa que uma das principais explicações para esse aumento é o estresse sem precedentes causado pelo isolamento social decorrente da pandemia, para os profissionais de saúde, cuja exaustão tem sido um importante gatilho para o pensamento suicida.

Estudos relacionados a profissionais de enfermagem apontam que o aumento da carga de trabalho, o medo da contaminação, a depressão, a elevação do nível de estresse e de exaustão, estão causando um efeito psicológico aumentado durante a pandemia. Esses profissionais apresentam um sofrimento psíquico maior do que aquele já intrínseco na profissão (BARBOSA *et al.*, 2020; DAL'BOSCO *et al.*, 2020; DUARTE; SILVA; BAGATINI, 2021). A chegada do Coronavírus causou uma transformação rápida no mundo do trabalho, produzindo sofrimento para os trabalhadores de saúde (HUMEREZ; OHL; SILVA, 2020).

Outra vertente evidenciada pelo impacto da pandemia por Covid-19 na vida pessoal dos trabalhadores refere-se às perdas. Diferentemente das perdas vivenciadas no campo profissional que remeteu à morte de pacientes da instituição, aqui eles trazem as perdas de pessoas próximas e sua repercussão no campo emocional.

Perdi três amigos, jovens da minha idade, dois morreram antes da vacina, é muito difícil de aceitar (ENF 4).

Eu perdi um amigo aqui na UTI, eu na época fiquei até uma semana bem abatido. [...] a última vez que eu o vi aqui ele me falou: nosso rapaz fala pra eles me dar um remédio. Eu não quero morrer. Aí depois já entubaram ele e não vi mais (ENG 1).

A morte do meu namorado, foi muito triste, foi muito rápida, como era um processo ainda que a gente estava conhecendo era tudo muito novo para todo mundo, aí o tratamento que eles deram e fizeram era o que podia, né? Não tinha vacina! Mas infelizmente ele veio a falecer, não pude visitá-lo no hospital, nem ir ao enterro (AAD 3).

Depois da morte da prima, aí eu fiquei um pouco preocupado, comecei a dar umas subidas na emoção de novo. Depois da vacina, já comecei a tranquilizar, mas foi alto e baixo. Vários altos e baixos (ATI 1).

As falas referentes às perdas são, na maioria, de jovens, distribuídas em várias áreas profissionais. As perdas causadas pela pandemia da Covid-19 causaram um grande impacto psicossocial, principalmente em pessoas com relatos anteriores de depressão, de ansiedade (BREEN; NEIMEYER, 2021). Os jovens foram mais impactados e relataram a maioria dos sintomas de disfunção psicossocial. A experiência da morte é mais difícil em um contexto de pandemia, visto que gerou reações mais agudas e graves e a impossibilidade de velar os mortos (MURATA, 2021).

Outro aspecto analisado e que difere dos demais quanto à categoria profissional, aqueles que estavam na assistência especificamente, refere-se ao preconceito vivenciado por serem trabalhadores de saúde e por atuarem em linha de frente ao Covid-19.

Os parentes dela falava para ela: Sua filha trabalha no hospital você vai ver se vai pegar Covid (ENF 1).

A gente não podia sair para lugar nenhum, estava dentro do hospital ninguém aceitava assim tranquilamente (ENF 4).

A Família do meu ex-noivo não me deixava ir à casa de ninguém. Porque o pessoal tinha medo (ENF 4).

Tive um preconceito muito grande, até mesmo de pessoas não passar perto da gente. (TE 1).

Pessoal meio que te isolava, te olhava de longe. E eu, dependendo do lugar, eu não falava que eu estava trabalhando no hospital, quem não sabia, não sabia, ou então se eu fosse em algum lugar falava assim, eu vim de casa, tomei banho (TE 2).

Eu tenho muita alergia. Nossa, se eu espirrasse, ah, trabalha no hospital está com Covid, não podia chegar perto do povo (TE 3).

As pessoas têm medo da gente por trabalhar no hospital. Minha mãe mesmo tem pavor, a minha mãe já é idosa (TE 5).

Só que aí que a gente sentiu que foi sentindo na pele foi o preconceito. Porque eu estava em linha de frente, eu estava dentro do ambiente de saúde. Então na sala na sala da minha filha acabou que ficou as crianças que estavam com os pais que estavam no ambiente hospitalar durante muito tempo. Os outros ficaram em casa (FONO 1).

Todo mundo sabia, fulano já trabalha no hospital, passa pra todo mundo, né (FISIO 2).

É às vezes as pessoas nem queriam ficar com ela (filha) porque as pessoas via que eu trabalhava no hospital aí as pessoas não queriam muito ficar não. No começo, o povo parecia que tinha medo, medo da gente (AAD 2).

Um dia aí eu fui à farmácia aqui, eu já tinha saído do isolamento, encontrei com uma moça que trabalhava aqui. Eu fui cumprimentar ela, ela se afastou de mim. Sabe? E dava a volta assim para não encostar em mim. Como se fosse um bicho (ENF 11).

Quando você entrava no ônibus, para vim de ônibus assim o pessoal ficava tudo te olhando, sabe? Sentava-se de longe ninguém queria sentar-se perto (TE 6).

O preconceito sofrido também veio pelo fato de o profissional ter sido infectado por Covid-19, diferenciando dos demais por serem trabalhadores de saúde.

Depois que eu tive Covid, as pessoas tiveram um pouco de preconceito, ficavam mais distante (ENF 9).

Um estudo realizado no México demonstra um aumento dos episódios de preconceito e de ameaças aos trabalhadores de saúde, relacionado ao aumento de casos de Covid-19 (BOLANOS *et al.*, 2020). Os autores relataram que os trabalhadores da saúde sofrem discriminação e preconceito, muitas vezes, pelo fato de a sociedade acreditar que, por trabalharem diretamente na assistência de pessoas infectadas, estão contaminados pelo vírus e que podem estar disseminando a doença.

O medo causado pela pandemia fez com que ocorresse um aumento da violência contra esses profissionais, os quais são acusados de espalharem a doença; as violências que eram registradas dentro dos locais de trabalho passaram a ser registradas fora deles (AYDOGDU, 2020). Os atos de discriminação e de humilhação vão desde xingamentos a expulsão de transportes públicos (GONÇALO JUNIOR, 2020).

Em se tratando de pessoas que pegaram Covid-19, o preconceito ficou evidenciado, principalmente no início da pandemia por Covid quando as incertezas sobre tempo de isolamento, a forma e o período de transmissão ainda estavam em fase de estudos. O trabalhador de saúde, por estar no ambiente hospitalar, já era visto como uma ameaça e, quando adquiria a doença, as preocupações e os afastamentos eram maiores.

Barreto *et al.*, (2021) apresentam em seu estudo que, durante a pandemia da Covid-19, familiares dos profissionais de saúde que atuam em unidades de emergência relataram forte impacto no aspecto emocional de suas vidas. Os autores reforçam que, a princípio, o sofrimento era decorrente de sentimentos de ansiedade e de estresse, relacionado ao risco de contaminação pelo vírus, ao qual o seu familiar estava exposto, seguido pela sensação de incerteza em relação ao risco de contaminação da família e pelo afastamento do convívio social e familiar.

6.3.2.3 Subcategoria 3- Dimensão social do trabalhador em saúde em sua vida pessoal

Nessa subcategoria, foram apontados o lazer, falta do convívio social, deixar de fazer o que gosta e a aproximação familiar.

Diante desse cenário, momentos de lazer e de descanso são fundamentais para preservar ou para revitalizar a saúde, em especial a mental. Quanto aos trabalhadores de saúde, em especial, devido à contingência laboral, o lazer é fundamental (BATISTA; ANJOS JUNIOR; NEVES, 2022).

Os trabalhadores pesquisados foram questionados sobre seus momentos de lazer e sobre as mudanças em suas rotinas pessoais, o que se apresenta a seguir.

Gráfico 1- Caracteriza o que gostam de fazer em seu momento de lazer.



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Observa-se que grande parte dos trabalhadores pesquisados gostam de dormir e de descansar. O sono é um reparador do organismo, assim é considerado como uma atividade fisiológica essencial para o bem-estar físico e mental e para a qualidade de vida (TELLES; VOOS, 2021). Observa-se também que esses profissionais gostam de atividades realizadas normalmente em grupo, como visitar amigos e familiares, ir a bares e a restaurantes e outras atividades que foram inviabilizadas devido ao distanciamento social. O impedimento de realizarem atividades de preferência pode repercutir na saúde mental, no descanso e na qualidade de vida. Como forma de ressignificar tal situação, provavelmente esses profissionais tiveram que redirecionar as atividades de lazer, ou seja, substituir os momentos e encontros

sociais pelos meios de conteúdos virtuais. Silva *et al.* (2022) e Batista, Anjos Junior, Neves (2022) comentam que o isolamento trouxe impactos para os interesses de lazer, interferindo nos formatos e na frequência, trazendo para os lares novas possibilidades de vivências que resultaram no aumento das práticas virtuais.

Entretanto, 5% disseram que não têm momentos de lazer. Essa resposta está relacionada a indivíduos com renda familiar de 1 a 3 salários-mínimos e a maioria (50%) com 3 filhos. As atividades de lazer são condicionantes de saúde mental, uma vez que ajudam a controlar o estresse, dão um senso de autocuidado e de equilíbrio, reduzem a ansiedade, dentre outros. Além, é claro, de melhorar a autoestima (GUERRA, 2021).

Relacionadas a lazer, encontro com colegas, danças, viagem e a falta de ir as igrejas, shopping, barzinhos, foram ditas as seguintes falas:

A questão de sair com as amigas gosto de sair com as amigas e no forró, conversar com os colegas eu não fui, estava perigoso (ALA2).

A questão mesmo de encontro com os amigos. Depois de uma certa época, nós nos reunimos e eu tinha uma equipe de muitas pessoas que trabalhava aqui com a gente acabou que a gente se reunia num grupo pequeno (MED 1).

Os encontros com os amigos, saídas pra restaurante, coisa do tipo vai ficar mais nesse sentido, foi isso que eu deixei de fazer, fiquei mais restrito. (TRA 1).

Difícil. Eu tenho as coleguinhas que vão lá em casa beber cerveja, meu filho proibiu tudo (TEL 1).

Ir a barzinho, essas coisas tudo acabou (ENF 3).

A questão que eu falei de eu não saí, foi uma coisa que me impactou porque eu gostava muito de sair, de ir no barzinho (FAR 2).

Deixei as viagens, gosto muito de viajar. E aí pra amenizar de uma certa maneira isso que eu passei a fazer muito e entrar no YouTube, nas redes sociais e colocar para assistir vídeos de viagens. Então, assim, a gente passa a usar a tecnologia para amenizar a falta. (AAD4).

Maior impacto foi eu não poder viajar e eu ficar esse tempo todo longe do namorado. E depois aos poucos que a gente foi retomando e eu ia com todas as precauções e a gente ficava só nós dois isolados (AAD1).

Única coisa que eu não podia era viajar, porque é uma coisa que eu gosto, porque não tinha para onde ir não liberava (ENF 6).

Toda a minha rotina não fazia mais nada, nem na igreja eu estou indo. (ENF 8)

Paramos de ir à igreja, agora que voltou pessoalmente antes era tudo online (REC4).

Lado religioso e a questão de sair ficaram de lado. Às vezes, a gente ia no shopping, passeava um pouquinho. nesse período fiquei mais em casa (ENF 10).

A gente não ia à missa, que é uma coisa que eu acho que revigora as energias da gente. (FAR 1).

E agora com relação a minha vida pessoal, aí tudo mudou, né? Na reviravolta impactou na questão da comunidade a qual eu faço parte. A pandemia nos deixou muito longe um dos outros. O afeto a gente não tinha mais. As missas, a eucaristia, as confissões (TEL 2).

Tudo eu deixei. Era uma pessoa que eu passeava todo final de semana com meu marido (TE 1).

Eu deixei de sair, eu não confio mais em sair, não consigo. Não consigo chegar no lugar quando está cheio de gente. Mesmo que tenha um copo descartável para eu tomar (TE 1).

O lazer externo deixar de frequentar os lugares e a restrição dos encontros familiares. (ARH 1).

Na minha vida pessoal, frequentavam muito clube, né? Eu ia muito no clube, levava minha menina lá, fazia natação, fazia academia, então com a mudança com a questão da pandemia ela parou (AAD 2).

Eu acho que o círculo de amigos ficou mais restrito por conta da pandemia (TEL 1).

Percebe-se, nos relatos dos trabalhadores, que a falta do convívio social teve um forte impacto na vida pessoal, ao relatarem que não podem sair com os amigos, viajar ou até ir à igreja, observando-se expressões rodeadas de medo e de insegurança. Apesar de ser um grupo maior de mulheres, encontraram-se 90% de falas femininas sobre como foram afetadas com o isolamento social. Esse distanciamento se tornou necessário, uma vez que, dentre as orientações da OMS, foram implementadas medidas que garantissem pelo menos 60% da população em distanciamento social e *lockdown* nos municípios com números acelerados de casos (OMS, 2020).

As igrejas tiveram seu modo de ser alterado pela pandemia por Covid-19. O principal impacto do isolamento social na rotina da igreja foi em relação ao culto público, uma agenda que toda comunidade de fé possui (MAGALHÃES, 2020). Em algumas igrejas, a transmissão ao vivo e o WhatsApp também foram utilizados como uma ferramenta de suporte para os fiéis.

A renda financeira não teve impacto quanto à diferença nas medidas de isolamento social relatada pelos trabalhadores, o que foi percebido em outras populações. Em um estudo realizado em todo o Brasil, afirma-se que o convívio social foi o aspecto mais afetado, entre pessoas com maior escolaridade e renda 45,8%, para pessoas de baixas renda e escolaridade; em contrapartida, as pessoas que referiram residir em condições precárias são as que permanecem menos tempo isoladas (BEZERRA *et al.*, 2021).

Algumas falas eram referentes a ficar isoladas em casa junto aos familiares:

Ficar deitada na frente da televisão sem fazer nada aí eu não podia ir para a roça ficava só lá dentro da minha casa não tinha nada pra fazer, via jornal 24 horas, só notícia ruim nessa fase foi ruim (ENF 3).

Fiquei sem convívio social com os amigos, mas fiquei totalmente reclusa. Respeitei todas as medidas (ENF 7).

Então, eu fiquei mais reservada, também fiquei mais dentro de casa. e apesar de um período de isolamento que a gente já não estava saindo a gente sabe que a gente tem casa, que a gente encontra pessoas. Então, isso aí acabou que influenciou um pouco eu acabei ficando isolada mesmo assim, mas isolada mesmo com receio de de repente pegar doença e passar a doença para alguém e acabou que não fazia mais nada tipo a vida social ficou bem comprometida mesmo (TE 5).

Não ia em lugar nenhum umas que eu tinha medo por causa de mim que não tinha vacinado ainda e a gente via a situação dos pacientes aqui e outro que eu tinha medo de passar para o meu pai também (ALA1).

Eu acho que isso é um dos maiores impactos na minha vida pessoal, foi isso de ter que ficar longe, era só do trabalho pra casa, não tinha nada aberto, não fazia nada, você não podia ir na casa de ninguém. Acho que isso foi um impacto muito grande. (AAD 1).

Era do serviço para casa e da casa para serviço, não fazia nada. Ficava mais assim mesmo, quietinha em casa (REC 3).

É só ali de casa, não recebia visita, ninguém ia na casa de ninguém, ninguém também vinha na sua casa. Isso que eu estou falando do isolamento (TEL 1).

Tudo foi muito ruim. Além da doença, teve muita gente que perdeu o serviço. Muitas coisas fecharam. Não achei nada de bom. Ficar presa dentro de casa sem poder sair. É muito ruim (ALA 1).

As decisões tomadas de ficar em casa junto aos familiares e apenas sair para trabalhar foram uma medida importante para garantir o isolamento social. Nesse cenário, percebe-se que os trabalhadores utilizaram da televisão e também optaram por fazerem nada, para garantir o distanciamento social imposto.

O isolamento social apresentou impactos negativos na saúde mental do trabalhador de saúde (MARCOM, 2021; ZUR 2020). Um estudo realizado na China traz relatos dos trabalhadores de saúde da linha de frente da Covid-19 que referem apresentar sintomas como ansiedade, insônia, angústia, depressão, medo e frustração relacionados ao isolamento (ZUR 2020). No Brasil, o isolamento causou, além de danos à saúde mental da população, também impacto na economia, pois vários estabelecimentos foram fechados, o que gerou desemprego para a população (LIMA, 2020).

Também foi observado um pequeno grupo que manteve a rotina, sem se preocupar com o isolamento.

Não deixei de fazer muita coisa que eu fazia, não. Saía, frequentava os lugares que eu estava acostumada. (TE 3).

Ir em festa eu não deixei de ir, lógico assim não ia nessas grandes festas (TE 3).

Meu marido não vai à missa, não vai no pesqueiro mais. Para a gente ir a casa do senhor Henrique, que chama a gente, é difícil. Para mim é normal, sou muito tranquila. (TE 1).

Observa-se que o isolamento social trouxe, como maior impacto negativo aos participantes da pesquisa, danos psicológicos, como medo, ansiedade, depressão; como pontos positivos, trouxe a proximidade com familiares.

Do aspecto de deixar de fazer coisas que gostavam frente à necessidade de distanciamento social, Barreto *et al.* (2021) informam que o isolamento social imposto pelo medo da contaminação pelo Coronavírus e a necessidade de ficar distante de familiares e de amigos desencadearam impactos negativos na saúde mental dos trabalhadores de saúde. Esses impactos foram manifestados através de relatos de ansiedade, de insônia, de angústia, de depressão e medo (JAVED *et al.*, 2020).

A medida social imposta do “ficar em casa”, em prol de reduzir a transmissão da Covid-19, trouxe o distanciamento social; em contrapartida, os trabalhadores afirmam que isso os aproximou dos familiares, do estar junto, de conversar, de passar o dia em casa.

Acabou que eu não fiquei muito tempo com a minha filha na infância, na pandemia eu acho que fez a gente ficar mais junto... Eu achei que nesse sentido foi mais a gente ficou com medo de perder as pessoas. Então, a gente acabou se dedicando mais a elas (ENF 2).

Teve uma questão de família, teve de ficar mais próximo. [...] eu aprendi a dar muito mais valor em tudo (ENF 3).

Às vezes, a gente brigava por coisas bobas, ficava distante; hoje não, graças a Deus a gente está bem mais unido; tem esses contatos da gente ficar muito tempo em casa junto eu acho que reaproximou mais a família (ENF 11).

Dar um abraço na mãe que coisa que a gente às vezes nem valorizava e a gente percebeu como faz falta (TE 1).

Eu acho que foi um momento que a gente se voltou mais pra família. De ficar mais com eles, de dar mais valor em quem está perto de você porque aí realmente você via que você podia perder (FAR 1).

E serviu pra gente conversar mais que era uma coisa todo mundo era uma correria ninguém parava pra conversar. Então como a gente não podia sair era do serviço para casa então você tinha tempo para conversar com a família tinha tempo pra conhecer o problema do outro (FAR 2).

Eu acho que no familiar foi isso que a minha família se aproximou mais nesse período. (FAR 2).

Aproximei da minha filha, ela ficou trabalhando em casa, foi possível conversar mais, jantávamos juntas todo dia. (ALA 1).

É porque a gente tem certas coisas que a gente não dava valor. Agora isso que a gente não ligava, como reunir com a família, por exemplo. A falta de ficar perto de todo mundo, contato com as pessoas que agora a gente não tem mais (REC 2).

Medo de perder a família, acabou ficando mais próximo da gente faz mais questão de estar próximo das pessoas e dos familiares (REC 3).;

A aproximação de familiares, o fato de ficar mais próximos fisicamente daqueles que residiam no mesmo espaço físico, em alguns estudos, mostrou ser um fator de conflitos, inclusive de términos de relacionamentos (BARRETO *et al.*, 2021; MAGALHÃES, 2020). Esse fato não foi expresso pela população deste estudo, ao contrário, apontam ter se aproximado mais de seus familiares, tiveram oportunidade de realizar as refeições em família, auxiliar os filhos nas atividades remotas e maior aproximação dos idosos. Isso vai ao encontro do estudo de Falcão; Nunes e Maluschke (2020) o qual demonstra que o isolamento social impactou no fortalecimento familiar, na união das famílias e uma maior atenção foi dispensada aos idosos.

Barreto *et al.* (2021) corroboram, trazendo as repercussões positivas, como a união dos membros da família. Compreende-se que, no contexto da pandemia da Covid-19, é importante promover a saúde das famílias, pois, durante esse período de isolamento, compartilharam emoções e sensações como alegrias e angústias, medo e coragem, aproximação e separação (WRIGHT; LEAHEY, 2019).

6.3.2.4. Subcategoria 4 – Pós-covid e suas sequelas

Os trabalhadores relatam sobre um surto de Covid-19 ocorrido em janeiro de 2021, antes do início da imunização, quando vários profissionais foram contaminados, levando a algumas internações, mas não houve óbito. Relatos trazem o impacto do isolamento e o medo por ser uma doença nova na saúde mental:

Mas vou te falar o mais difícil nesses dias que eu fiquei em isolamento a cabeça assim nem foi o físico igual estou te falando nem foi o físico é o psicológico, sabe? Aí todo mundo conversava, foi porque foi naquela época que todo mundo contaminou. Aí você ficava conversando, ah hoje eu estou com isso, hoje eu estou com esse sintoma, hoje eu já melhorei, hoje é esse sintoma, sabe? Então a cabeça ficava ruim. Eu lembro que eu falei nossa tenho que trazer uma televisão porque eu fiquei no quartinho que não tinha televisão, senão eu vou surtar. Preciso ficar pelo menos rezando. Senão surtava. (ENF 8).

No começo que eu peguei eu não estava com tanto medo, não, mas depois que eu internei eu fiquei com medo. Aí fiquei com bastante medo porque era uma coisa nova (ENF 11).

Quando eu tive, eu passei mal em casa, fiquei assustado por ser uma doença nova [...] A internação da Covid, eu fiquei tranquilo queria até ir embora, mas não tinha jeito. (AMA 1).

Dentre as falas, os trabalhadores discursaram sobre as queixas de sequelas pós-Covid-19.

Olfato eu não tenho, tudo ainda até hoje, o restante voltou ao normal (ENF 8).

Eu ficava desesperada perdi o paladar e o olfato, eu cheirava, eu comecei a cheirar álcool em casa, eu pegava produto forte, eu cheirava, eu estava desesperada com medo daquilo, não voltar mais (TE 1).

Para não falar que eu não tive nada, eu fiquei sem olfato uns dias depois voltou. Mas assim, ruim, ruim eu não tive nada...assim, se eu tivesse ficado ruim, pode ser que eu ficasse com medo (BIO 1).

Perdi o paladar e a memória, até hoje não voltou ao normal, esqueço muito as coisas. (AAD 3).

Fiquei um pouco cansada e eu saturo pouco também, o máximo que eu chego é 95% não vai mais que isso não. Mas assim quando eu estava mais gordinha eu sentia mais cansaço (ENF 11).

Nossa, foi bem difícil, eu fiquei uns seis meses para tentar voltar ao normal, sentia cansada (FISIO 1).

Então tipo assim eu fiquei com tanto medo, aí quando eu peguei e eu fiquei com muito medo. Por eu ter tido problema respiratório, tinha muito medo de pegar, então dá um pouco de ansiedade, depressão, aquele sentimento de tristeza, eu senti isso na minha casa (REC 1).

Além dos aspectos psicológicos afetados pela vivência da Covid-19, os trabalhadores referiram a permanência de algumas sequelas após serem contaminados pela Covid-19, entre as quais, a perda de olfato, de paladar e de memória e o cansaço. Wu (2021) concluiu em seu estudo que, mesmo após a melhora da Covid-19, algumas pessoas apresentam sintomas persistentes, como fadiga, cefaleia, distúrbio de atenção, queda de cabelo, dispneia, entre outros. Demonstra que há presença de sequelas em longo prazo, mesmo após a “cura”. No que refere às sequelas neurológicas, são bastante referidas as que afetam o trato olfatório, causando hiposmia já relatado por diversos pacientes pós-covid-19 e bem como disgeusia (NOGUEIRA *et al.*, 2021).

6.3.2.4 Subcategoria 5 – Impacto positivo e negativos da pandemia por Covid-19 na vida dos trabalhadores em saúde

Diante de uma pandemia por Covid-19, num cenário de horror, insegurança, medo, perdas e contraditoriamente observaram-se outros fatores que impactaram de forma positiva a vida dos trabalhadores em saúde, esses depoimentos apontaram que houve melhora de relacionamentos pessoais, mais contato físico como abraço, maior valorização das pessoas e dos momentos juntos, cooperação e não deixar que os pequenos momentos e situações passem despercebidos.

O amor tem que falar mais alto, você não abraçava a sua família, hoje você abraça. Aquela coisa de você chegar em casa e não vou fazer isso, não vou fazer aquilo,

pronto. Aí vamos fazer isso, mãe. Ah, eu estou tão cansada. Não, vou fazer sim. Por quê? Porque você não fez durante dois anos. Nós ficamos afastados (ENF 1).

O impacto positivo foi a gente passou a valorizar que a gente não valorizava antes a gente precisava perder para dar valor. Às vezes, então a gente passou a valorizar as reuniões as pessoas que a gente passou a não ter mais contato as pessoas que a gente perdeu que perderam muitas vidas (AAD 1).

Valorizar cada momento, cada segundo da nossa vida, principalmente com as pessoas que estão ao nosso redor, porque a gente não sabe o dia de amanhã (AAD 2).

E acho que isso impactou de uma certa forma, de forma mundial, porque, para mostrar que nós não somos melhores que ninguém, a gente deve sempre ajudar no que pode porque foi uma forma de mostrar que dinheiro não compra tudo, que a gente precisa ser mais próximos um do outro (AAD 3).

Com certeza, eu acho que foi a valorização do próximo, principalmente em família. A gente começou a dar mais valor nos pequenos detalhes, às vezes eram coisas que passava despercebido, tipo até mesmo uma ligação, um oi, um abraço (REC 2).

A valorização das pessoas – de si e do outro - e da vida, de um modo em geral, foram relatadas e entendidas como pontos positivos.

Me fez uma pessoa melhor com certeza, me deu experiências que até hoje eu não vivi na minha vida e eu acho que não vou viver. (ENF1)

Aí eu acho que é isso. É um pouco de amor. Aumentou um pouco o querer o bem do outro. (ENF 4)

Eu acho que as pessoas também passaram a ver um pouco mais do lado dos outros, tipo assim, teve muita gente da minha idade que vacinou e todo mundo está na hora de vacinação, fala assim nossa a gente está vacinado, mas a minha mãe não. A gente passou a ver a querer mais pelas outras pessoas. (ENF 4)

Eu acho que as pessoas ficaram assim, nossa, vamos encontrar mais, acho que no geral, tipo, não sei se alguém vai morrer amanhã. Alguma coisa assim, eu acredito que nessa parte, sim, ficaram mais amorosa. (ENF6)

Você se preocupa mais com o outro. (ENF 9)

Eu acho que isso aí serviu a pandemia também, parece que eu penso comigo com esse negócio serviu para humanizar. (TE 1).

Vou falar por mim e outras pessoas que já ouvi falando. Acho que assim, teve muita gente que aprendeu pelo menos valor à vida, porque igual o J, ele sempre fala, nossa, aconteceu isso comigo e eu nunca imaginei que isso fosse acontecer. (TE 3).

Eu vou repensar mais e ter mais empatia também, questão da empatia às vezes se colocar no lugar do outro, se fosse eu nessa situação (TE 5).

Eu tive experiências maravilhosas na Covid como pessoa, como ser humano eu cresci como ser humano. Eu tive experiências mesmo assim que com pacientes, com colegas que evoluíram, que melhoraram como pessoa. Talvez nesse dia a dia, nesse cuidar diário não tem igual (FISIO 2).

Mas hoje eu aprendi, a gente aprende bastante coisa assim, viu? gente aprende porque no caso a gente aprende a dar mais valor nas pessoas que a gente tem. Às vezes, a gente reclama pessoa chata que é isso que é aquilo. Olha como é irmão mesmo. Sempre falava nossa é muito chato como você vem aqui e só enche o saco. Fiquei morrendo de saudade dele nesse período (ALA1).

Então eu acho que a pandemia trouxe um pouco de humanidade dentro do ser humano que estava faltando também. Viver o hoje porque foi assim que apareceu. Levou muita gente. Inclusive a gente podia ter morrido também (ENG 1).

Então, a gente tem uma empatia pelo próximo. Ah sou jovem aí vou numa festa, vou em alguma coisa, vou aglomerar com pessoas. Mas e o meu próximo? Se eu trabalho com a moça que é gestante, trabalho com uma outra que ela tem uma avó idosa em casa, então eu acho que fez essa também a pandemia nos fez pensar num coletivo. (REC 1).

Muitas pessoas que passaram ali comigo que eu converso hoje sempre fala isso. A gente tem que agradecer a Deus. A gente quase morreu e deu tudo certo e assim eu também eu vejo isso também porque a gente podia ter pegado também (TE 3).

Diante desse contexto, o sentimento de poder ajudar, de se colocar no lugar outro, de ser mais humano, trouxe uma nova e forte experiência na vida desses profissionais. Na pandemia, uma grande parte da população se uniu em grandes mobilizações para ajudar o próximo. É através das dificuldades que se observa maior solidariedade da população e maior empatia das pessoas e, nessa pandemia, não foi diferente (SOUZA, 2021).

Alguns trabalhadores trouxeram questões consideradas negativas como dependência do celular e do computador:

A gente ficou muito dependente do celular. Então um livro assim pra mim está muito difícil. Depois que está voltando agora normalmente estou dizendo ainda estou tendo um pouco de dificuldade (TRA 1).

O povo perdeu aquele gosto de passear, ajeitam tudo dentro de casa, é sério, computador é tudo, não quer sair mais (ENG 1).

O aumento da utilização de tecnologias durante a pandemia por Covid-19 tornou-se necessário em muitos casos, entre os quais, para os estudos, trabalhos *home office*, as conversas familiares e até para os eventos religiosos, que passaram a ser divulgados pelo acesso à *internet*. A tecnologia, como auxílio na pandemia, trouxe vários pontos positivos, como a facilidade da informação e comunicação para assuntos gerais, o acesso à educação, a aproximação de pessoas e o forte aumento das compras pela *internet* (GUIMARÃES, 2020). Por outro lado, houve pontos negativos e relatos de dependência. Pinheiro e Pinheiro (2021) afirmam que não basta saber mexer na *internet* é importante compreender a justa medida do uso, sendo uma forma de enfrentar os malefícios que surgem com uso excessivo desses recursos, tanto na aprendizagem, quanto na saúde mental.

O impacto da pandemia por Covid-19 na vida pessoal dos trabalhadores, nos aspectos que mais se apresentaram, foram o medo de sua forma geral, a falta do convívio com outras pessoas. Em sua maioria, foram relatados pontos negativos referentes à vida pessoal, mas alguns dos trabalhadores trouxeram falas de impactos positivos.

Sindesc (2020) informa que, para enfrentar a impacto do distanciamento social com maior tranquilidade, é importante buscar gerar bons sentimentos, manter hábitos saudáveis, realizar exercícios físicos regularmente, tirar momentos para lazer e manter contatos (físicos ou remotos). Essas são práticas que auxiliam a promover a felicidade e o bem-estar.

6.3.3 Categoria 3 - Impacto da pandemia por covid-19 na vida familiar dos trabalhadores em saúde

Os trabalhadores em saúde, por estarem expostos ao coronavírus, passaram por implicações e repercussões na vida familiar, pois o medo e a apreensão, sobretudo em relação ao risco de expor-se ao vírus e, por conseguinte, contaminar suas famílias, foi algo enfaticamente relatado por profissionais de saúde que atuavam na linha de frente tanto na China quanto no Brasil (KANG *et al.*, 2020; GÓES *et al.*, 2020; BARRETO *et al.*, 2021). Como em outros estudos, o distanciamento social foi o grande contribuinte para impactar na saúde emocional e social das famílias (SANTOS, 2021; MAGALHÃES, 2020).

O gráfico 2 reflete as respostas ao instrumento de pesquisa sobre o impacto na vida familiar dos trabalhadores estudados.

Gráfico 2 - Relato de mudanças ocorridas nos últimos dois anos trouxeram mudança na sua rotina familiar dos trabalhadores de saúde do hospital cenário do estudo



Fonte: Elaborado pela autora (2022).

De acordo com 55% dos entrevistados, os últimos dois anos trouxeram mudanças em sua rotina familiar. Observa-se no gráfico 2 que o isolamento social e físico, além de ser a variável de impacto citada pela maioria dos trabalhadores (51%), outras variáveis são decorrentes dele como dificuldade de reunir com familiares, o tempo em que passaram juntos, limitações em sair de casa e de viajar, adaptação de filhos na escola. Especificamente na dimensão psicológica e emocional, a preocupação e transmitir o vírus aos familiares, a impaciência nas relações e o luto foram apontadas. Por outro lado, houve mudanças que podem ser consideradas positivas como mais cuidado com a limpeza; mais tempo junto da família; ser mais cuidadoso com a família.

Portugal (2020) apresenta em seu estudo que a maioria dos profissionais ressaltam que o maior receio seria uma possível transmissão do vírus para pessoas da família. A rotina familiar desses profissionais também foi alterada drasticamente, levando-os a se adaptarem à nova realidade de forma abrupta, evitando contato com pai, com mãe, com esposo (a) e com filhos.

Pesquisa realizada por Lopes (2020) constata uma recorrência de falas que apontam para o aumento de vivências de sofrimento em ambiente de trabalho, entre as quais, o medo de adoecer em função do patógeno em questão e de transmitir o vírus a familiares ou a amigos.

Nessa categoria, pouca diferença houve em relação às diferentes funções e atuação do trabalhadores. Quando discursado sobre as mudanças relacionadas à rotina familiar, o distanciamento social e a falta de interação com a família foram os mais falados.

As subcategorias analisadas e discutidas referem-se ao isolamento social e suas consequência, os filhos e o sistema educacional formal, adoecer durante a pandemia por Covid-19 e a morte dos familiares, por ocasião da Covid-19.

6.3.3.1 Subcategoria 1- Isolamento social e físico e suas repercussões na rotina familiar em trabalhadores em saúde

O impacto do isolamento familiar na vivência dos trabalhadores de saúde remete com maior evidência ao fato de não poderem ir visitar seus familiares, em especial a mãe, o que demarca o impacto no convívio familiar.

Falta do convívio, pela falta da aproximação (ENF 7).

Mas na casa dela não ia, porque eu tinha medo de pensar se eu estiver contaminada sem os sintomas, então eu vou lá levar para minha mãe. Fiquei ali bem isolada só em casa mesmo (ENF 2).

Nossa socialização ficou prejudicada, minha família é muito unida. Quando eu tinha contato aqui, eu não tinha contato com eles. Não via a mãe, ficava só eu e o meu marido. Ficava um mês sem ver minha mãe (ENF 3).

Eu jogava bola dia de sábado e eu ia muito passear na casa dos parentes. E tudo foi se perdendo e isso repercutiu na família toda, no convívio das crianças com os primos também. Eu tinha muito contato com o meu irmão, minha irmã e mesmo depois que passou a pandemia, ele ficou falho nesse contato, a gente foi afastado (ENG 1).

O cuidado foi maior, eu fiquei sem amigo, sem ver minha vó, meus tios, não via. Só via a minha mãe, meus irmãos, meu sogro, minha sogra. Não fui ver minha família, eles são de fora. Fiquei bem preocupada (REC 1).

Eu vou te falar uma coisa para você assim uma questão foi eu chegar na casa da minha mãe na calçada dela e olhar para cima na sacada dela. Tomar a benção e eu não poder chegar perto da minha mãe [...] no Dia das Mães de 2020 eu coloquei uma máscara N 95, assim roupa para ela não encostar na minha e falei mãe eu preciso te dar um abraço, porque eu não sei se eu vou sobreviver (TE 1).

Porque a família já era distante de muitas coisas. Mas parece que piorou muito. Falo para minha mãe: Mãe, não sei como que estão as coisas, eu vejo a senhora de longe. Deixa as coisas amenizar um pouquinho que eu vou te ver (TE 2).

A gente não vai mais em lugar nenhum. O meu marido morre medo dos outros até hoje. Por mim, não, eu sou mais tranquila, para mim eu acho que não mudou muita coisa (TE 4).

Não fazia mais nada do mesmo jeito, eu não estava vendo os meus pais eu não estava vendo os meus amigos (NUTRI 2).

Primeiro ano a gente não tinha contato nenhum com meus pais, não ia na casa deles, meus sogros também nem com a minha irmã. Então, a gente ficava em casa, ficou eu e meu marido sem contato com ninguém, isso foi por um ano inteiro, até um ano e meio na verdade, até o nascimento da minha filha aí depois que a minha filha nasceu eu comecei a ter contato (NUTRI 1).

Como é que eu vou pra lá? E ainda correr o risco de levar alguma coisa para a minha mãe, então acabei ficando sem ir (FISIO 1).

Na minha vida familiar, eu deixei de fazer tudo o que eu fazia na minha vida familiar, [...] me tranquei em casa. Eu não ia ver minha mãe, eu fiquei quase um ano sem ver os meus pais. Minha filha, quando ia ficar com eles, fazia teste, eu fazia um teste de Covid para ela poder ir (MED 1).

Ela já está dentro do grupo de risco, eu chegava lá em casa eu pedia para minha mãe não ficar dentro do meu quarto, às vezes ela vinha e conversava, mas não ficava em ambiente fechado (AAD 5).

Tanto que eu não fui ver minha família, que são de fora, nesse período. Fiquei assim bem preocupada. Também mudou no sentido de a gente ter um distanciamento das pessoas (REC 1).

Lá na minha casa da minha mãe eu não ia. Não ia porque tinha medo de levar as coisas para elas daqui (ENF 5).

Não fui visitar minha irmã, ela teve muito doente em São Paulo e eu não pude vê-la (AAC 1).

Na casa dos meus pais, eu ainda ia, não muito com a frequência que eu vou hoje, eu ia menos (AMA 1).

Na casa da minha mãe, teve uma época que eu fiquei uns dois três meses sem ir, antes da vacina. Eu ia bem menos, depois eu voltei a ir uma vez por mês (ARH 1).

Fiquei sem visitar meus familiares que moram fora, não tinha coragem de ir lá, ficamos isolados, saía somente o necessário (TRA 2).

Eu acho da minha vida familiar o maior impacto mesmo foi a questão da minha avó. Porque a minha avó saía comigo, eu fazia tudo com a avó, e aí eu não pude fazer mais nada com a minha avó (FONO 1).

Eu me lembro como se fosse hoje a gente indo visitar meus sobrinhos, só dava tchau para a gente, mandava beijo e ficava olhando pra gente da janela (TEL 2).

Em relação ao afastamento familiar, observa-se maior frustração em não poder estar próximo do seu familiar, pela falta do convívio diário, de não poder manter contato físico. Os que possuem familiar que mora em outra cidade expressaram um maior tempo de afastamento. Observa-se, nos relatos dos trabalhadores, que a falta de estar perto, principalmente dos pais, foi o que trouxe maior impacto e sofrimento.

O convívio familiar no interior de Minas Gerais é um aspecto cultural forte, reunir com a família aos finais de semana para almoçar ou realizar um churrasco faz parte das tradições mineiras. Visitar os pais no final de semana, passar a tarde com eles, estiveram nas falas dos trabalhadores. Em concordância, Frieiro (1982) e Abdala (2015) discorrem que Minas Gerais tem como tradição reunir frequentemente a família ao redor de uma mesa farta, com cardápio típico. Percebe-se também que o afastamento familiar em alguns casos se manteve após a flexibilidade do isolamento.

Alguns trabalhadores usaram de recursos tecnológicos para manter o convívio familiar como apontam os discursos.

Meus irmãos era só por videochamada, ficou quase dois anos afastados, eles voltaram a vir agora no meio de dois mil e vinte e dois (ALA 1).

Meu avô e minha avó conversávamos por videochamada, mas era difícil pois tinham dificuldade em manusear o celular, às vezes até entender o que falávamos (ADM 2).

Os parentes de volta, sogro, sogro, irmão, a gente afastou muito e ficou afastados. O WhatsApp, hoje ele fala e você, quando dá conta, já faz seis meses que eu não vejo meu irmão eu estou falando com ele todo dia no WhatsApp (ENG 1).

A videochamada foi utilizada como estratégia de enfrentamento, diante do distanciamento imposto pela pandemia por Covid-19. Teve um papel importante para manter a aproximação dos familiares, que, mesmo distantes, mantinham-se próximos pela comunicação e pelo contato visual. Dessa forma, observa-se que a resiliência dos trabalhadores propiciou a criação de estratégias de enfrentamento para superar situações complexas e para garantir a continuidade. A população procurou superar o distanciamento social com apoio das tecnologias de comunicação. Para Spinola (2021), a percepção da coesão familiar, mesmo que por meios de tecnologia, fez com que as relações familiares ficassem mais fortes.

Para os idosos, foi um momento desafiador, pois, apesar do avanço tecnológico, existem muitos idosos que têm dificuldade em lidar com a tecnologia via internet, o que os levou a se afastar ainda mais de seus contatos próximos (BUCHER-MALUSCHKE; CARVALHO, 2018). Não existem evidências acerca da eficácia das intervenções de videochamada para diminuir a solidão e os sintomas depressivos em adultos mais velhos (FALCÃO, *et al.*, 2020). No entanto, foi uma estratégia de ressignificação para esses profissionais.

Para alguns, o fato de não poder ir visitar os familiares era por serem trabalhadores com maior susceptibilidade ao vírus, uma vez que trabalhavam no hospital, situação que os colocava em contato direto com o vírus.

Eu lembro quando começou a Covid eu estava lá na roça. Eu falei assim mãe estou indo embora. Foi bem lá no início mesmo. Estou indo embora. Mas não sei o que dia que eu volto. Porque a gente está com medo, eu trabalho no hospital (ENF 6).

Ver a mãe fiquei semanas sem vê-la, eu acho que uma coisa que eu nunca fiz, vou na casa da mãe todos os dias. Eu poderia ter contato, mas falei eu posso ter contaminado, aí eu já não ia mais na casa da mãe. Me afastei muito deles (ENF 8).

Impactou muito. Eu fiquei mais de um ano sem ver a minha mãe na pandemia. E porque eu ficava com medo. Falava estou na linha de frente. Minha mãe é hipertensa. A gente não tinha vacinado ainda (FISIO 1).

Eu fiquei mais longe da minha família, não ia muito na casa deles para eu trabalhar no hospital, ficava mais em casa (ALA 2).

Eu ficava entre a vontade de ver eles e o medo de passar para eles. Principalmente por causa do meu filho que eu nunca que eu ficava (sem vê-lo) (FARM 2).

Mesmo na pandemia, eu ia na casa dos meus pais porque eu ficava com medo deles contaminarem, então eu ia no supermercado na feira essas coisas e eu que fazia para eles (ENG 1).

Teve gente distanciou muito na época da Covid, porque não podia ter muito contato. Eu estava dentro do hospital, então a gente não podia ter nem tanto contato físico. A gente não conversava muito. Ficava eu e minha mãe em casa, mas mesmo que ficasse eu e a minha mãe a gente acabava ficando mais distante (ENF 4).

Os trabalhadores consideravam que o fato de trabalharem no ambiente hospitalar já os colocava como fator de risco para seus familiares. Esse pensamento trouxe insegurança e medo. Mesmo não manifestando nenhuns sintomas da doença, existia a possibilidade da transmissão, conforme dito por eles.

Frente ao temor diário de se contaminar e de transmitir o vírus para seus familiares, os trabalhadores precisam ao mesmo tempo de cuidar de pacientes contaminados e de se protegerem. Esse fato oferece uma sobrecarga emocional e representa um risco para a saúde mental (SANTOS, 2020).

Outra questão posta pelos trabalhadores em saúde foi o contato social, pessoas que gostavam e tinham o hábito de reuniões, festas comemorativas, almoços de finais de semana, sentiram a impossibilidade de manter o hábito ou o costume.

A minha família é muito unida. Gosta muito de festa, muito de sair, de reunir, na pandemia a gente teve que suspender esses contatos social (ENF 5).

A gente ficava quase sozinhos, não teve festa de aniversário para ninguém, nem reunião de família. Ficamos sem ir em restaurante (ENF 7).

A proximidade com a família a gente não teve, por isso, a nossa família é uma família muito unida. Gostava de sair finais de semana. Ficar junto, a gente teve muita dificuldade na época da Covid (ENF 9).

Eu fiquei quase um ano sem ver minha mãe e quase dois anos sem ver as minhas tias. Todo final de semana ou de quinze em quinze dias eu reunia com a minha família, minha mãe e meu irmão. A gente mora tudo pertinho, todo mundo lá em casa,

fazíamos o almoço de sábado e de domingo [...] não consigo mais ir almoçar na casa da minha mãe (TE 1).

E o medo do contato, a minha família é muito unida e dê muita reunião, então essas reuniões acabaram. E a gente passou a ser menos contato, principalmente dos meus avós idosos com medo deles principalmente de pegar (AAD 4.)

Um aniversário, uma festa, a gente não pode ir a nenhuma festa, a gente não podia fazer mais nada disso (TE 1).

Da presença em festas, casamentos, é questão de a gente não poder ir. (REC 2).

O prazer em estar juntos, os encontros e as festividades domésticas familiares sofreram repercussões devido ao advento da Covid-19. Alguns relatos demonstram o fortalecimento do convívio com a flexibilidade das restrições.

Os trabalhadores, quando perguntados sobre o impacto na vida familiar, trouxeram, em sua maioria, a falta do convívio familiar como o mais impactante. Os trabalhadores que participam deste estudo são, majoritariamente, adultos em fase ativa, são pessoas que estudam, trabalham e cuidam dos seus familiares e o distanciamento repentino obrigou que desenvolvessem estratégias para superar esse momento.

Magalhães (2020) corrobora o estudo, afirmando que os homens e mulheres mais novos tiveram maior repercussão do distanciamento familiar, devido ao fato de a situação exigir uma adaptação repentina, causando sofrimento, pela privação da liberdade, por não poder expressar carinho e não poder estar com familiares e com amigos.

Estar com familiares e amigos em festa ou encontros dá significado à vida, traz prazer e marca nosso tempo social e nos conecta a territórios identitários. Suas ausências são, por esse motivo, também uma perda de referências (SOUSA *et al.*, 2020). Segundo os autores, muitas pessoas mantiveram as festas domésticas como um modo de se sentirem vivas enquanto coletividade e esperançosas em relação a um mundo a ser reestabelecido.

A falta do contato físico foi mencionada como fator impactante:

Impacto na família e você não poder mais dá um cumprimento nas pessoas, dá um abraço (TE 1).

Familiar afetou a questão do afeto, do abraço, não poder ficar juntinho (REC 2).

Mas diminui os meus abraços, os meus carinhos com a minha mãe. O meu contato físico com ela foi muito reduzido. Ela é uma pessoa que tem doença crônica, idosa, tem muito problema de saúde. Então, se ela pegasse Covid igual no começo mesmo, quando a gente não tinha nem vacina (FISIO 2).

Aí comecei a ligar para ela todo dia, daqui quinze dias, vó [...] aí chegava e ficava meia hora abraçando. Deixei muitas vezes de ir lá, quando a gente mexia com muitas pessoas (ENF 9).

Com a minha mãe que é idosa, eu restringi muito, mas assim eu ia menos não existia abraço. Eu tenho um irmão que eu falo que eu acho que a pandemia o fez (mudar), era

um irmão muito carinhoso, sempre que eu chegava lá na roça ele me abraçava. Ele mudou um tanto, tanto que a semana passada mesmo eu falei para ele nossa você nem me abraça mais. Parece estar tão distante de mim e era um irmão que eu tinha muita ligação com ele (FAR 1).

O fato de não poder estar junto traz uma necessidade maior de ter contato, de tocar, de abraçar e de beijar os familiares. Os trabalhadores, que demonstram uma certa carência, um cuidado especial para com os familiares, em suas falas, tiveram momentos de emoção, em que deixaram transparecer o sofrimento.

O toque traz uma manifestação de afeto, é uma interação por meio do qual dois indivíduos têm influência recíproca se comunicando verbalmente ou não, sendo o toque uma forma não verbal (THOMAS; CARVALHO, 1999). O tocar é uma forma de ofertar carinho e cuidado sem ao mesmo ter que falar. O não poder estar perto e principalmente não poder tocar, trouxe abalos emocionais aos trabalhadores.

Alguns profissionais tiveram que recorrer a instituições e a cuidadores em decorrência de seu familiar ser idoso e eles não terem condições de cuidar.

Foi bem difícil. Meu pai, eu tive que internar ele também numa casa terapêutica. E ele também ficou isolado. A pandemia foi boa porque eu consegui deixar meu pai incluso dentro de uma clínica, mas eu quase não vi ele, via ele só pela janelinha por conta da pandemia (ENF 7).

De ter que ficar mais afastado da minha avó. Eu tive que contar mais com os cuidadores (FONO 1)

Os idosos foram muito afetados pelo distanciamento social proposto para tentar conter a disseminação em massa da Covid-19. Os trabalhadores de saúde, por estarem na linha de frente, no atendimento, se viram necessitados de afastar de seus idosos e de pedir ajuda para cuidadores, ou até institucionalizá-los para que ficassem afastados do risco da contaminação.

O cuidado do idoso no auge da pandemia se tornou algo complexo, com representação de risco independentemente da composição familiar. O idoso que mora sozinho ficou isolado e muitas vezes precisando de ajuda, para atividades diárias e os idosos que moram com outras pessoas correram o risco de serem contagiados por integrantes do lar que mantinham contato com o exterior (ARMITAGE; NELLUMS, 2020).

Desde o início da pandemia por Covid-19, estabeleceu-se uma grande preocupação com os idosos, devido à vulnerabilidade frente à doença. As instituições para idosos foram muito afetadas por surtos de Covid-19, resultando em inúmeras mortes. Esse fato se deu pela quantidade de pessoas em situação de risco estarem no mesmo espaço e precisarem de pessoas externas para oferecer este cuidado (RAMALHO, 2021). Muitos trabalhadores exercem a dupla jornada, trabalham em hospitais na linha de frente do atendimento a Covid-19 e prestam

cuidado em instituições para idosos, o que se tornou um risco assistencial no pico da pandemia por Covid-19.

O impacto econômico e a mudança de rotina também foram relatados quando os familiares tiveram que se afastar dos próprios trabalhos.

E a questão do isolamento é a vida financeira que todo mundo mudou muito meu menino perdeu a loja, teve que fechar a porta porque acabou que muita loja fechou. (ALA 1).

Observa-se que algumas famílias se importam e mostram solidariedade quando algum membro adocece.

Na semana passada mesmo, minha sobrinha contaminou. Aí ela isolou lá na edícula do meu irmão. E ela está cuidando lá e tudo. Mas você vê quando acontece uma coisa dessa em um minuto a família tudo fica todo mundo quer ajudar (ENG 1).

O isolamento social despertou a solidariedade entre as pessoas, várias ações sociais foram vistas a fim de ajudar as pessoas que perderam o emprego ou até mesmo os que não podiam sair para trabalhar. Apesar do medo da contaminação, as pessoas infectadas pela doença em isolamento domiciliar receberam apoio de seus familiares e de amigos e ajuda para comprar remédio e comida. Massau e Mamede (2022) afirmam que, em tempos de crise social, a solidariedade apresenta um crescimento importante. Se tal princípio estivesse ou fosse fortalecido, os futuros problemas que viessem a enfrentar causariam menos impactos individuais e sociais pelo fato da maior coesão social.

Tendo em vista que o distanciamento social foi uma realidade imposta para reduzir a transmissibilidade da Covid-19, para Prime *et al.* (2020), as famílias que conseguirem manter-se próximas durante o isolamento, apesar do estresse familiar elevado, provavelmente conseguirão demonstrar uma melhor competência e resiliência durante a pandemia.

6.3.3.2 Subcategoria 2 - Os filhos e o sistema educacional formal

O sistema educacional, as escolas e as creches, além do ensino, são lugares onde os pais deixam seus filhos em tempo parcial. Isso colabora com a rotina doméstica, possibilitando-lhes, inclusive, trabalhar. Com a pandemia por Covid-19, foi decretado de forma abrupta o fechamento das escolas e das creches, em março de 2020 (BRASIL, 2020). Nesse sentido, observou-se que tal condição foi impactante na vida familiar nos aspectos de não ter com quem deixar as crianças, não estar preparados tecnologicamente para as aulas remotas e pela falta do convívio com outras crianças. O ensino também foi prejudicado pelo isolamento social.

Assim, muitas crianças e adolescentes ficaram vários meses sem acesso à educação, pela falta de acesso à internet (FONSECA.; SGANZERLA; ENÉAS, 2020).

A reestruturação, quanto ao lugar para deixarem os filhos durante o período de trabalho, foi impactante para alguns trabalhadores.

Ficou na casa de pessoas que estavam ajudando nas aulas. Não era lugar que gostava de ficar. Então gerava mais ansiedade ainda (ENF 5).

A minha filha começou a estudar em casa porque nem sempre eu tinha alguém para ficar com ela. Ela é pequena e aí às vezes deixava na casa de um, deixava na casa do outro. Às vezes, minha mãe cuidava. Então assim, para mim, essa questão de ter que administrar a questão da escola foi o mais difícil (AAD 2).

A questão da escola, do convívio das crianças com os outros alunos questão financeira porque além de pagar a escola a gente ainda tinha que pagar alguém para cuidar fora da escola pra fazer as aulas remotas. Tinha que sair daqui pegar a minha menina, levar em outro bairro e depois buscar. O impacto foi gigantesco na minha família na minha questão familiar. Não tinha quem cuidasse delas, e as escolas estavam fechada (ENF 5).

Infelizmente, muitos pais a gente sabe que trabalham e precisa deixar a criança nas escolas. E não tem onde deixar, porque as escolas infelizmente ficaram fechada por um longo tempo (TEL 2).

A minha filha fica na casa de uma senhora meio período, na pandemia ficava o dia todo, mas precisei arrumar uma professora de reforço, para acompanhar a turma (FAR 1).

A sorte minha é que na questão de deixá-lo foi bem tranquilo porque ele sempre ficava com alguém. Eu que não tive problema de deixar o meu filho (TRA1).

Observa-se que a estratégia usada por uma das trabalhadoras foi levar a babá para morar em sua casa; já a outra, teve que manter o filho junto a ela.

Foi um momento muito difícil. Porque sou eu e ela, tenho uma pessoa que me ajuda é a minha babá, que foi morar na minha casa num período mais crítico da pandemia (MED 1).

Meu filho ficou comigo o tempo todo, não tinha como afastar ele de mim, ele era pequenininho e eu tinha que cuidar dele. Fiquei o que pude trabalhando de casa (BIO 1).

Os pais tiveram que fazer o papel dos professores, uma vez que as aulas eram *on-line* e muitas atividades escolares foram a eles designadas.

Eu sou mãe e ela está no processo de alfabetização. Nós tivemos que desdobrar, ser professora, ser psicóloga porque as crianças foram muito afetadas com a pandemia. Muito, muito mesmo (FAR 1).

Foi difícil, foi porque a criança não sabia nada, eles estavam ensinando, ensinava tudo para a criança, ela pegou na fase de aprender a recortar as cores, de aprender a recortar os números. A dificuldade que eu tinha com a minha filha é que ela queria que eu ensinasse, aí eu tinha que fazer à noite e à noite a criança está cansada, aí a dificuldade era essa, mas ela aprendeu (REC 4).

O aprendizado em aulas *on-line*, os equipamentos necessários e o papel social das escolas na vida dos filhos foram percebidos como fatores impactantes.

Minha filha foi muito prejudicada, o terceiro ano que ela fez foi o terceiro não nem foi quase foi o ano inteiro dentro de casa, era tudo, prova, as coisas era tudo on-line mesmo (TE 3).

Minha enteada está no ensino médio, estudou *on line*, mas o aprendizado não é igual, por mais que ela seja muito dedicada (TRA 2).

Minha menina está estudando, ela estudou um tempo a distância na *internet*, a gente ficava mais em casa mesmo (ALA 2).

Às vezes, não tinha uma internet que era muito boa, um computador tive que comprar um *notebook* para ela, pra ela poder estudar (AAD 2).

Porque impactou muito na escola para eles. É tipo assim até mesmo você vê que as crianças são tudo ansiosa, as crianças não tinham como brincar, não tinham com quem (TRA 1).

O fechamento das escolas ocorreu em nível mundial, devido ao alastramento dos casos de Covid-19, e o que era para ser por pouco tempo, permaneceu em torno de 8 meses. Com isso, tanto as escolas como os pais e responsáveis passaram por adaptações diárias, com o intuito de garantir a oferecer a continuidade do ensino. A dificuldade de ter com quem deixar os filhos e a dificuldade das aulas remotas, por acesso as tecnologias, foram diferentes de acordo com a classe econômica do trabalhador.

Estudos demonstram que a desigualdade social impactou na aprendizagem de diferentes maneiras. Fonseca; Sganzerla; Enéas, (2020) consideram que a pandemia por Covid-19 abriu lacunas entre os diferentes níveis socioeconômicos e afirmam que, se não houver intervenções políticas e de legislação para apoiar as classes menos favorecidas, a atual crise de saúde pode se transformar em uma crise de consequências duradouras para as crianças de famílias de baixa renda.

6.3.3.3 Subcategoria 3- O adoecer dos familiares durante a pandemia por Covid-19

Observa-se que familiares com algumas morbidades preexistentes se intensificaram durante a pandemia por Covid-19.

E ela está dentro de casa com medo. Então o processo de depressão dela deu uma piora por conta da pandemia. Ela via TV, aquelas notícias eram muito ruins. Ela ficava com muito medo (ENF 1).

Na minha casa, a Maria é muito ansiosa, ficou mais ansiosa ainda porque ficava fechada dentro de casa e acabava que comia mais (ENF 5).

Sábado passado fomos numa feira, tive que ir sozinha, porque o meu marido não foi de jeito nenhum. Aí eu já vou triste achando ruim dele ficar. Mas ele tem pânico de ficar no meio das pessoas (TE 4).

Meu filho é muito nervoso e agora aqui com essa pandemia ficou pior. Mas ele ficou bem ansioso. Eu vendo história aqui nem contava para ele, mas aí deu uma melhorada graças a Deus depois que tomou a vacina melhorou. Achei que iria me deixar louca. (TEL 1).

E para o meu pai tadinho, no começo, ele foi mais difícil porque ele não podia abrir o bar. Com o bar fechado, ficou só naquela rotinha lá dentro de casa e teve um pouquinho de depressão. Depois que ele tomou a vacina, eu falei pai o senhor pode colocar a máscara direitinho e se não tirar a máscara de jeito nenhum aí a gente vai deixando o senhor abrir o bar. Mas se o bar encher, aí eu peço para sair um pouco de gente (ALA 1).

A contaminação dos familiares e as sequelas adquiridas pós-covid-19 são relatadas pelos pesquisados.

O meu marido contaminou primeiro. Minha filha a gente fez o teste e deu negativo, aí depois ela repetiu o teste e deu positivo. Ele veio comigo com um febrão tadinho, foi bem forte para ele também, mas não precisou internar estava com pneumonia (ENF 11).

Eu estava mal, liguei para minha cunhada e ela falou que a minha sogra estava com Covid. Pegamos quatorze pessoas da família, fora os que não fizeram teste (REC 4).

Foi um momento, para mim que tive a família inteira contaminada. Eu acho que foi a primeira família aqui do hospital que contaminou todo mundo de uma forma muito rápida [...]. Mas o que mais me deu medo nessa Covid tudo que eu passei acho que foi minha filha ter adquirido aquela sequela cardíaca, o coraçãozinho dela chegou a quase 170 batimentos dentro de casa. Eu achei que eu fosse perder a minha filha. (TE 1).

A minha mãe atacou a audição, foi depois da pandemia. Ela teve que colocar o aparelho auditivo e mesmo assim ela escuta pouco com o aparelho. Ela tem uma dificuldade e ela ficou muito debilitada, emagreceu demais, até hoje ela não se recuperou, teve Covid no começo de 2020. Ela ficou muito ruim na época, é uma pessoa idosa que faz hemodiálise (AAD 3).

Fica claro, nas declarações dos trabalhadores, o impacto na saúde mental da pandemia por Covid-19 nos familiares; principalmente naqueles que já apresentavam crises de ansiedade e diagnóstico de depressão, o medo potencializou nestes casos. Outros relatos expressos pelos trabalhadores foram as sequelas enfrentadas pelos familiares após a contaminação pela Covid-19, que foram além de sintomas respiratórios, como era esperado no início da pandemia por Covid-19.

Franco *et al.* (2021) corroboram, afirmando que, em estudo realizado em todo o Brasil para identificar quais as sequelas pós-infecção pela Covid-19, foi observada a presença de pelo menos um sintoma persistente após a infecção, sendo os principais fadiga, hiposmia e cefaleia. Os autores concluíram que a Covid-19 pode deixar diversas sequelas e alterações

funcionais em curto e em longo prazo nos pacientes após a doença, e que essas repercussões causam grande impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes.

6.3.3.4 Subcategoria 4 - Morte de familiares durante a pandemia por Covid-19

Frente à perda de familiares pela Covid-19, os trabalhadores expressaram sentimento de medo, de tristeza, de indignação. Alguns fatores expostos como impactantes foram a falta da despedida, o tempo de internação, a falta da vacina e as comorbidades pré-existentes.

É isso é esse sofrimento essa tristeza das perdas também influenciou muito. Minha mãe sentiu muito, a família sentiu muito. Porque minha tia estava sim aparentemente bem, era uma pessoa idosa, era idosa, mas fazia tudo, não tinha comorbidade, acabou que ela veio a óbito. (ENF 1).

Aí eu vi o dia que o médico falou que realmente não tinha mais o que fazer. Eu entrei meio que debaixo do pano, entrei, mas foi coisa rápida. [...] A última vez que eu vi meu avô, foi quando internou, dei um abraço forte nele, que o rapaz da portaria falou que ele estava com Covid. Eu disse não, vou abraçar assim mesmo, porque talvez seja a última vez que eu vejo e realmente foi bem assim. Meu avô ficou 24 dias internado. Ele tinha câncer com metástase, mas ele tinha uma vida normal. Ele fazia tudo sozinho. Mas pegou a Covid e morreu. (ENF 2).

Morreu a gente nem viu por que também não podia ver, né? Veio a funerária e passou foi no túmulo e a gente enterrou de longe [...] é muito triste porque você fica com uma sensação de que você perdeu a pessoa, mas você realmente não sabe se é a pessoa porque se você não pode ver você passa ali você não pode nem chegar perto do túmulo, quando eles vão enterrar. Nossa, foi muito desumano. (ENF 2).

Mas uma coisa que eu acho que me impactou foi quando meu tio faleceu, uma semana depois a vacina começou a chegar. depois que ele faleceu. Eu não quis tomar vacina no início. Eu não queria. Porque eu fiquei com medo de todo mundo da minha família morrer e eu ser a única a estar vacinada e ficar sozinha. E senti mais depois que eu perdi meu tio. Antes até fiquei bem tranquila. Tinha medo em relação ao meu pai. Mas depois do meu tio, a gente ficou com medo (ENF 6).

Então, meu cunhado, se foi muito novo, ele era muito colaborativo, tudo que você falava fazia. Mesmo assim, ele morreu (ENF 11)

Irmão do meu pai, ele era mais ou menos a idade da minha mãe, morreu em março, ficou quarenta e cinco dias internado, era diabético e hipertenso e fumante (AAD 1).

A minha cunhada pegou, ela já perdeu a sogra dela, a única da família do meu marido que pegou no auge da pandemia (REC 4).

A morte de familiares trouxe aos relatos dos trabalhadores um sentimento de tristeza e de indignação. O trabalhador de saúde vive diariamente entre a vida e a morte, em meio ao cuidar e propiciar uma qualidade de vida aos pacientes, mas, quando este papel muda de lado, observa-se um impacto maior. O conhecimento dos protocolos implantados e da realidade vivenciada no atendimento ao paciente com Covid-19, que precisa de internação, traz a sensação de medo e de tristeza. No relato da ENF 2, observa-se o sentimento de tristeza de não

poder estar perto, não poder visitar e nem ao mesmo poder despedir do seu avô; ela resume as ações como desumanas.

Grisotti *et al.* (2022) trouxeram, em seu estudo, que os profissionais da saúde relataram que a morte por Covid-19 em pessoas internadas é enquadrada como uma “morte difícil”, em que se combinam sentimentos de abandono e de solidão em razão dos protocolos que restringem o contato tanto dos familiares quanto da equipe de saúde com o paciente.

Além da perda, as famílias enlutadas em situações de Covid-19 vivenciaram outros sofrimentos como o preconceito e o afastamento social. O suporte da equipe de saúde, através do acesso às informações e aos esclarecimentos, bem como suporte emocional e psicológico às famílias enlutadas, pode minimizar esse sofrimento, mantê-los informados, trazer uma sensação de segurança.

Na perspectiva de alguns trabalhadores, a Covid-19 pode indiretamente ser causadora de mortes.

Meu tio tinha 59 anos, ele tinha DPOC, tinha asma e fazia bombinha. Mas ele não faleceu pela Covid. Isso que me deixou mais frustrada na época. Ele faleceu decorrente de uma sonda. Porque eu acho que ele tinha problema de próstata e aí não conseguiram passar uma sonda nele, ele ficou esperando um urologista e na época era janeiro estava naquele *boom* da Covid então os profissionais, acho que não estavam indo nos hospitais estava tentando passar essa sonda e não conseguia aí ele lesionou a uretra ficou 3 dias sem conseguir passar essa sonda e aí deu uma insuficiência renal aguda nele, entrou em hemodiálise e deu uma parada durante o procedimento e morreu (ENF 6).

Minha mãe conversou com a minha tia ela disse que ele não ela não parava dentro de casa, pegou Covid e morreu... ficou quarenta e cinco dias internado, era diabético, hipertenso e fumante. A gente vê que a pessoa não morre realmente da Covid, a Covid abre uma porta para entrar todas as outras coisas que vem depois porque você imagina esse tempo todo internado a imunidade dele estava superbaixa, estava bem debilitado (AAD 1).

Quanto ao funeral, A ENF 2 aponta que o fato de não ver o corpo traz uma sensação de dúvida quanto a própria morte e quanto a quem, de fato, se enterra.

A gente tinha que ficar uma distância e não podia chegar perto na hora que colocava o caixão e fechado. Aí você fica naquela sensação, será que é mesmo, sabe? Eu fico meio assim, será que morreu mesmo? Será que não trocaram lá no hospital? Será que não tinha dois S e achava que era ele? E era outro? E aí você tem que conformar com aquilo (ENF 2).

A impossibilidade de acompanhar a assistência e de despedir do familiar trouxe dúvidas e negação frente à realidade da morte. Beigelman (2020) apresenta, em seu estudo, que as mortes ocorridas na pandemia e todo o contexto que as envolvem traduzem imagens que apenas confirmam o cenário de exclusão, de dor e de violência existentes diariamente no país. Como agravante, têm-se a ausência da oportunidade de um momento para despedidas, pacientes morrendo em companhia apenas dos profissionais de saúde, e os corpos seguindo direto para

os cemitérios. A pandemia traz a confirmação de que somos humanamente finitos (SANTOS; NASCIMENTO, 2020).

Em 2020, 14% das pessoas acometidas pela Covid-19, que foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS -, precisaram de internação e 5% destas pessoas precisaram de internação em UTI, de acordo com o Conselho Nacional de Secretaria de Saúde - CONASS (BRASIL, 2020). Para isso, seria preciso planejamento, solidariedade, colaboração e profissionais da linha de frente capacitados. Devido ao descontrole dos casos, não se observa nenhum preparo para os trabalhadores, o que levou à mudança abrupta em sua vida, profissional, pessoal e familiar.

Para Santos e Nascimento (2020), a hospitalização, nos casos da Covid-19, é um acontecimento muito angustiante tanto para o paciente quanto para seus familiares, pois representa um momento de fragilidade, de angústia e de medo. A internação pela Covid-19, em especial, é ainda mais solitária por dispensar, na maior parte das vezes, a presença dos familiares pelo risco de contaminação e de disseminação da doença.

A disseminação da doença, com desfecho no óbito dos familiares dos trabalhadores de saúde, trouxe a discussão sobre a angústia, os medos e os sofrimento. Talvez para esses trabalhadores, saber que seus entes queridos estavam com complicações pela Covid-19 tenha causado um maior sofrimento, por imaginar todo o processo pelo qual seu familiar poderia passar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca pela compreensão sobre a vivência dos trabalhadores em saúde de um hospital de pequeno porte, frente à situação da pandemia causada pela Covid-19, mostrou que a referida pandemia causou impacto direto na vida dos trabalhadores de saúde, interferindo no aspecto profissional, pessoal e familiar.

Considera-se que o impacto da pandemia por Covid-19 nos trabalhadores de saúde em diversas funções foi importante, abrangendo as três dimensões avaliadas. O sofrimento mental foi unânime e, com isso, evidencia-se que, diante de situações inusitadas como essa, é necessário que as instituições de saúde criem estratégias de enfrentamento e de ressignificação do processo de trabalho quanto às organização e condições de trabalho assim como nas relações socioprofissionais. Pelo fato de serem trabalhadores em saúde, a situação pandemia pode ter agravado os impactos na vida pessoal e familiar dessas pessoas, aumentando o sofrimento e interferindo em diversas áreas. As três dimensões analisadas mostraram interrelações entre si, evidenciadas pelo medo, pela exposição ao vírus, pela possibilidade de serem veículos de transmissão e pelo distanciamento social.

De acordo com os dizeres dos sujeitos pesquisados, a pandemia interferiu na vida profissional através da sobrecarga de trabalho, do medo de contrair a doença e de lidar com o desconhecido. Nesse tópico, as análises foram fundamentadas na psicodinâmica do trabalho de Dejours, com sua perspectiva antropológica do sofrimento humano nas organizações de trabalho. A fala dos sujeitos revela um maior impacto referente à necessidade de uso contínuo de EPI e à falta dele; as alterações das necessidades humanas fisiológicas (eliminações, hidratação e alimentação) referentes às mudanças de rotinas assistenciais; o preparo do corpo após a morte por Covid-19 e a posição de pronar paciente.

As relações socioprofissionais tiveram como impacto positivo a colaboração entre os trabalhadores e, como impacto negativo, os afastamentos ocasionados pela contaminação da Covid-19 ou por pertencer ao grupo de risco.

Tratando-se dos aspectos psicológicos e cognitivos, o impacto expressado com unanimidade foi referente à insegurança e ao medo de contrair a doença e de morrer.

Os agravantes que levaram ao impacto na saúde mental da área assistencial foram em relação à evolução e ao prognóstico ruim dos casos.

Salienta-se que o sofrimento no trabalho é um fenômeno subjetivo, inerente a qualquer atividade laboral e, ao lado do prazer, forma uma dialética de sentimentos que permeiam a luta do trabalhador para manter a própria saúde mental. A fim de diminuir esses riscos, facilitando

a predominância das vivências prazerosas, deve-se atentar para ações de enfrentamento a fim de mitigar os efeitos da pandemia.

Os resultados da pesquisa possibilitam apontar a interferência da pandemia na vida pessoal, caracterizados pelo medo de contaminar os familiares, pelas mudanças de hábitos de higiene corporal e de descontaminação de ambientes e de alimentos.

No geral, observou-se que a saúde mental e o sofrimento estiveram presentes nos três contextos, em que o medo de pegar Covid-19 e de passar para outra pessoa foi referido por todos os trabalhadores, ficando em segundo lugar, os relatos de medo por insegurança.

O estudo teve como fator limitador o fato de uma das pesquisadoras trabalhar em cargo de gestão na instituição pesquisada, o que pode ter levado à interferência nas respostas dos participantes da pesquisa. Outro limitador foi o referencial teórico usado que subsidiou a análise apenas na categoria trabalho, o que levou as demais categorias, pessoal e familiar, a ficarem sem um referencial teórico que as fundamentasse .

Por ser exploratória, a pesquisa buscou fornecer informações que ampliaram a familiaridade com a vivência do trabalhador da saúde em situação pandêmica, podendo propiciar o conhecimento dos gestores e dos profissionais sobre os impactos na vida dos trabalhadores e proporem medidas minimizadoras de sofrimento, uma vez que a pandemia ainda não se extinguiu. Também pode ser um objeto de consulta em outras situações parecidas como essa.

Sugerem-se novos estudos quanto a medidas de enfrentamento que reduzam o impacto de pandemias na vida nos trabalhadores de saúde nos três aspectos, ou seja, na vida profissional, pessoal e familiar.

REFERÊNCIAS

- ABDALA, M. C. Comida e gênero: reflexão sobre mulheres e cozinha em Minas Gerais. *In: MAIA, C.; PUGA, V. L. (org.). História das mulheres e do gênero em Minas Gerais.* Florianópolis: Editora Mulheres, 2015.
- AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. PNAD Contínua. Desemprego recua para 13,2% no tri até agosto e atinge 13,7 milhões de pessoas, Rio de Janeiro, 27 out. 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/31994-desemprego-recua-para-13-2-no-tri-ate-agosto-e-atinge-13-7-milhoes-de-pessoas>. Acesso em: 1 abr. 2022.
- AIRES, R. O. da S. Hospital de campanha como solução emergencial para o atendimento hospitalar de pacientes infectados pela COVID19. **Revista da FAESF**, [s. l.], v. 4, n. esp. COVID 19, p. 40-42, jun. 2020. Disponível em: <https://www.faesfpi.com.br/revista/index.php/faesf/article/view/114>. Acesso em: 22 abr. 2022.
- ALFENAS. Boletim epidemiológico covid-19. **Boletim diário prefeitura Municipal de Alfenas**, Alfenas, 15 set. 2022. Disponível em: <https://www.facebook.com/prefeituradealfenas/photos/pb.749872958506184.-2207520000..1898378090322326/?type=3&theater>. Acesso em: 1 abr. 2022.
- ALTINO, R. de C. *et al.* A importância da notificação compulsória frente à Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e covid-19. **SALUSVITA**, Bauru, v. 39, n. 3, p. 627-649, 2020. Disponível em: https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v39_n3_2020/salusvita_v39_n3_2020_art_02.pdf. Acesso em: 3 out. 2022.
- ALVES, D. F. S.; GUIRARDELLO, E. B. Ambiente de trabalho da enfermagem, segurança do paciente e qualidade do cuidado em hospital pediátrico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 2, n. 37, p. 1-7, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/qPF6V7xBWGSnVXf5Lg6rJkd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2022.
- ALVES, A. Ensino remoto na educação superior: desafios e conquistas em tempos de pandemia. **SBC Horizontes**, [s. l.], jun. 2020. Disponível em: <http://horizontes.sbc.org.br/index.php/2020/06/ensino-remoto-na-educacao-superior/>. Acesso em: 14 ago. 2020.
- ANDERSON, G. L.; HERR, K. The new paradigm wars: Is there room for rigorous practitioner knowledge in schools and universities? **Educational Researcher**, Washington, USA, v. 28, n. 5, p. 12-21, 1999. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.3102/0013189X028005012?journalCode=edra>. Acesso em: 23 out. 2022.
- ANJOS, L. M. dos. **Análise de lesão por pressão em indivíduos acometidos por COVID-19: revisão integrativa 2022.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2022. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/123456789/8526>. Acesso em: 27 mar. 2022.

ANVISA. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020**. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) – atualizada em 25/02/2021. Brasília, DF: ANVISA, 25 fev. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf. Acesso em: 27 mar. 2021.

AQUINO, E. M. L. *et. al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: Potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2423-2446, jun. 2020. Suplemento 1 – Covid 19: a pandemia que revirou o mundo. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/medidas-de-distanciamento-social-no-controle-da-pandemia-de-covid19-potenciais-impactos-e-desafios-no-brasil/17550?id=17550&id=17550>. Acesso em: 23 fev. 2022.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, supl. 1, p. 20-31. jun. 2007. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/148/o/FORMACAO_DE_PROFISSIONAIS_DE_SAUDE_NA_PERSPECTIVA_DA_INTEGRALIDADE.pdf. Acesso em: 5 jan. 2022.

ARAÚJO, F. H.; FERNANDES, L. H. S. Lighting the populational impact of COVID-19 vaccines in Brazil. **Fractals: Complex Geometry, Patterns, and Scaling in Nature and Society**, v. 30, n. 3, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1142/S0218348X22500669>. Acesso em: 12 out. 2022.

AREOSA, J. Christophe Dejours e a Psicodinâmica do Trabalho. **Revista Portuguesa de Psicanálise** 33 [2]: 29-41. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/55627229.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2022.

ARMITAGE, R.; NELLUMS, L. B. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. **The Lancet Public Health**, [s. l.], v. 5, n. 5, e256, 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2820%2930061-X>. Acesso em: 3 jan. 2022.

AUGUSTO, M. M.; FREITAS, L. G.; MENDES, A. M. Vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de uma fundação pública de pesquisa. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 34-55, abr. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682014000100004. Acesso em: 5 jan. 2022.

AVLESSON, M. Methodology for close up studies – struggling with closeness and closure. **Higher Education**, [s. l.], v. 46, p. 167-193, 2003. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1024716513774>. Acesso em: 28 dez. 2022.

AYDOGDU, A. L. F. Violência e discriminação contra profissionais de saúde em tempos de novo coronavírus. **Journal of Nursing and Health**, [s. l.], v. 10, n. esp., e20104006, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095922/3.pdf>. Acesso em: 7 dez. 2022.

BARBOSA, D. J. *et al.* Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: síntese de evidências. **Comunicação em ciências da saúde**, Brasília, DF, v. 31, supl. 1, p. 31-47, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1097300>. Acesso em: 1 nov. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, M. da S. *et. al.* Pandemia da COVID-19: repercussões no cotidiano da família de profissionais de saúde atuantes em unidades emergenciais. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. esp., 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/QT7Phv3DspPtYDMJTC3h8xS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 out. 2022.

BARROS, A. S.; MARTINS, C. R. M. A percepção do técnico de enfermagem sobre sua formação em Tanatologia. **Revista de Psicologia da Unesp**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 110-121, 2009. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/948>. Acesso em: 1 abr. 2022.

BECKER, H. S. Whose side are we on? **Social Problems**, Berkeley, USA, v. 14, n. 3, p. 239-247, 1967.

BELARMINO, A. C. *et.al.* Collaborative practices from health care teams to face the covid-19 pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rKzwK3MPsgVSD9X3Ttqm5tb/?lang=en> Acesso em: 02 jan. 2023.

BELUTI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 5, set/out, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/DwT8nJtQs6YkXGZt3yBmR4F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 1 abr. 2022.

BEZERRA, A. C. V. *et. al.* Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9g4hLHkSSW35gYsSpggz6rn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 9 out. 2022.

BOHLKEN, J. *et. al.* COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals. **Psychiatr Prax**, [s. l.], v. 47, n. 4, p. 190–197, 2020. Disponível em: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1159-5551.pdf>. Acesso em: 12 out. 2022.

BOLANÕS, R. R. *et. al.* The Urgent Need to Address Violence Against Health Workers During the COVID-19 Pandemic. **Medical Care**, [s. l.], v. 58, n. 7, p. 663, julho de 2020. Disponível em: https://journals.lww.com/lwwmedicalcare/Citation/2020/07000/The_Urgent_Need_to_Address_Violence_Against_Health.13.aspx. Acesso em: 12 maio 2022.

BORDIGNON, R. P. *et. al.* Higiene como princípio básico de uma boa saúde. *In: XXV SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO*, 25., 2020, Cachoeira do Sul. **Anais [...]**. Cachoeira do sul: Universidade Luterana do Brasil, v. 1, n. 1, 2020. p. 1-5. Disponível em: <https://www.ulbracds.com.br/index.php/sieduca/article/view/451>. Acesso em: 21 out. 2022.

BORGES, L. de O.; TAMAYO, Á. Estrutura cognitiva do significado do trabalho. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v.1, n. 2, p. 11-44, jul./dez. 2001. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572001000200002#:~:text=Prop%C3%B5e%2Dse%20um%20modelo%20de,partir%20de%20suas%20estruturas%20fatoriais. Acesso em: 5 out. 2022.

BORGES, F. E. de S. *et. al.* Fatores de risco para a Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, [s. l.], v. 95, n. 33, e-021006, 2020. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/835>. Acesso em: 4 out. 2022.

BOURDIEU, P. **Science of Science and Reflexivity**. Chicago: Polity Press and the University of Chicago, 2004.

BRAGA, J. C. de S.; OLIVEIRA, G. C. Dinâmica do capitalismo financeirizado e o sistema de saúde no Brasil: reflexões sob as sombras da pandemia de COVID-19. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, supl. 2, e00325020, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/C9Yz7cNt3GdM5wcxzrb74rR/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2022.

BRANNICK, T.; COGHLAN, D. **Doing Action Research in your own Organization**. London: Sage Publications, 2005.

BRANNICK, T.; COGHLAN, D. In defense of being native: the case for insider academic research. **Organizational research methods**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 59-74, jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CP nº 5/2020, aprovado em 28 de abril de 2020**. Reorganização do Calendário Escolar e da possibilidade de cômputo de atividades não presenciais para fins de cumprimento da carga horária mínima anual, em razão da Pandemia da COVID-19. Brasília: MEC, 2020.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência. **Norma Regulamentadora nº 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**. Esta Norma Regulamentadora - NR tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Brasília, DF: Ministério do Trabalho e Previdência, 16 nov. 2005. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-32.pdf/@download/file/NR-32.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 036, de 11 de maio de 2020**. Recomenda a implementação de medidas de distanciamento social mais restritivo (lockdown), nos municípios com ocorrência acelerada de novos casos de COVID-19 e com taxa de ocupação dos serviços atingido níveis críticos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 5 jan. 2021.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 2.924-A, de 2020**. Autoriza durante o período da pandemia da COVID-19 o registro, a fabricação e comercialização de Equipamentos de Proteção Individual - EPI por empresas com outros objetos sociais, adota procedimento simplificado de certificação pela ANVISA e dá outras providências; tendo parecer da Comissão de Desenvolvimento Econômico, Indústria, Comércio e Serviços, pela aprovação (relator: DEP. AUGUSTO COUTINHO). Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 14 jul. 2021. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node01up9sd9sux58hyskbmj68oybk10328282.node0?codteor=2049418&filename=Avulso+-PL+2924/2020. Acesso em: 7 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.012, de 1º de dezembro de 2009. Torna pública a proposta de Projeto de Resolução “Regulamento Técnico Mercosul para Produtos com Ação Antimicrobiana Utilizados em Artigos Críticos e Semi-críticos, Áreas Críticas e Semi-Críticas e Esterilizantes” e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 70, 2 dez. 2009.

BRASIL. Lei nº 7.394, de 29 de outubro de 1985. Regula o Exercício da Profissão de Técnico em Radiologia, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 15801, 29 out. 1985.

BRASIL. Lei nº 8.856, de 1 de março de 1994. Fixa a Jornada de Trabalho dos Profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2957, 2 mar. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18856.htm. Acesso em: 22 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Covid-19**: painel coronavírus. Brasília, DF, 2022a. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Vacinômetro Covid-19. **Total de doses aplicadas**. Brasília, DF, 2022b. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19_Vacina_v2/DEMAS_C19_Vacina_v2.html. Acesso em: 1 abr. 2022.

BREEN, L. J.; LEE, S. A.; NEIMEYER, R. A. Psychological Risk Factors of Functional Impairment After COVID-19 Deaths. **Journal of Pain Symptom Management**, [s. l.], v. 61, n. 4, e1-e4, abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.01.006>. Disponível

em: [https://www.jpsmjournals.com/article/S0885-3924\(21\)00011-7/fulltext](https://www.jpsmjournals.com/article/S0885-3924(21)00011-7/fulltext). Acesso em: 12 maio 2022.

BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F.; CARVALHO, J. S. A violência contra si mesmo: suicídio na velhice. In: PEDROSO, J. S.; ARAÚJO, L. F.; FALCÃO, D. V. S. (org.). **Violência e Cuidado na Velhice**. Curitiba: CVR, 2018. p. 49-64.

CAETANO, S. A.; PRADO, J. T. C. Mercado de trabalho: condições gerais do trabalho da enfermagem. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 56, p. 98-105, 2016.

CAMPOS, M. R. C. *et al.* Carga de doença da COVID-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bHbdPzJBQxfkwKWYnhccNH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 abr. 2022.

CAMPOS, D. B. *et al.* Reflexões sobre a pandemia COVID-19 e ações de educação permanente em enfermagem num hospital. **Global Academic Nursing Journal**, [s. l.], v. 1, n. 3, e50, 2020. Disponível em: <https://globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/45>. Acesso em: 3 out. 2022.

CAMPOS, A. de A. *et al.* **Uma visão da Pandemia: o coronavírus e a educação em saúde**. Botucatu: UNESP/FMB, 2021. *E-book*. Disponível em: <https://indd.adobe.com/view/64189271-c562-4c81-b062-5035ec982174>. Acesso em: 29 abr. 2021.

CANHOTA, C. Qual a importância do estudo piloto? In: SILVA, E. E. (org.). **Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica**. Lisboa: APMCG, 2008. p. 69-72.

CARDOSO, M. S.; GONTIJO, L.A. Avaliação da carga mental de trabalho e do desempenho de medidas de mensuração: NASA TLX e SWAT. **Gest. Prod., São Carlos**, v. 19, n. 4, p. 873-884, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/gp/a/ppRJbfzrVVvYzLPNRqnZhMv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 de jan. 2023.

CARVALHO, A. P., et al. Novo coronavírus (COVID-19). Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento científico de infectologia, N°14, fev. 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22340d-DocCientifico_-_Novo_coronavirus.pdf> Acesso em: 02 mar. 2021.

CARVALHO, M. H. P. de; MIRANDA, M. L. L. de. O princípio da solidariedade no enfrentamento da COVID-19 no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 13-38, jan./mar. 2021. DOI: 10.17566/ciads.v10i1.729. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/729>. Acesso em: 3 jan. 2023.

CAVALHEIRO, K. A. *et. al.* Perfil sociodemográfico de uma equipe de profissionais atuantes em um hospital acreditado pela onal. *In: SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA*, 27., 2019, Ijuí. **Anais [...]** Ijuí: Salão do Conhecimento, 2019. P. 1-5. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/12138>. Acesso em: 22 maio 2022.

CHADE, J.; PALHARES, I. Brasil tem maior taxa de transtorno de ansiedade do mundo: diz OMS. **Estadão**, São Paulo, 24 fev. 2017 <https://www.estadao.com.br/saude/brasil-tem-maior-taxa-de-transtorno-de-ansiedade-do-mundo-diz-oms/>. Acessado em: 20 dez. 2022.

CHAVES, L. A. *et. al.* Desabastecimento de medicamentos na literatura científica da saúde: uma revisão narrativa. **PHYSIS: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1-26, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/physis/article/view/43289>. Acesso em: 16 set. 2022.

CHIAVENATO, I. **Comportamento Organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa Perfil da enfermagem no Brasil**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>. Acesso em: 5 set. 2020.

CORREA, J. S.; OLIVEIRA, N. A. A arte de viver em tempos de pandemia. **Dialogia**, São Paulo, n. 36, p. 149-161, set./dez. 2020. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/dialogia/article/view/18288/8709>. Acesso em: 10 out. 2022.

COSTA, M. *et. al.* Nível de estresse da equipe de enfermagem de um hospital de pequeno porte no interior do estado de Goiás. **Revista Eletrônica da Faculdade Evangélica de Ceres**, Ceres, v. 3, n. 1, p. 14-41, 2014. Disponível em: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/refacer/article/view/334>. Acesso em: 5 abr. 2022.

COSTA, da S. S. Pandemia e desemprego no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 969-978, jul./ago. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122020000400969. Acesso em: 1 abr. 2021.

CREMESP. Jornada de trabalho dos médicos é a maior entre todas as profissões. **Informativos do CREMESP**, geral 2, ed. 221, jan. 2006. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=619>. Acesso em: 5 jan. 2022.

CUNHA FILHO, M. C. Os desafios do pesquisador nativo: reflexividade, triangulação e questões éticas em pesquisas qualitativas que envolvem o local de trabalho do pesquisador. **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 97-118, 2019. Disponível em: <https://reedrevista.org/reed/article/view/361>. Acesso em: 27 out. 2022

DAL'BOSCO, E. B. *et al.* A saúde mental da enfermagem no enfrentamento da COVID-19 em um hospital universitário regional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, supl. 2, e20200434, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/ck98YrXKhsh6mhZ3RdB8ZVx/citation/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 1 nov. 2020.

DALTRO, M. R.; BARRETO SEGUNDO, J. D. A pandemia que nos mostra quem somos? **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 9, n.1, p-5-8, mar. 2020. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/2844>. Acesso em: 7 mar. 2021.

DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface**, Botucatu, v. 25, supl. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/rCWq43y7mydk8Hjq5fZLpXg/citation/?lang=pt>. Acesso em: 27 abr. 2021.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. *In*: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2009. 145 p.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.

DEJOURS, C. A centralidade do trabalho para a construção da saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 228-235, 2016.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho : estudo da psicopatologia do trabalho**. 5. ed São Paulo: Cortez, 1992.

DEJOURS, C. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. *In*: Lancman, S., Sznelwar, L. I. (Orgs.). Christophe Dejours: da psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2008.

DEJOURS, C. Entrevista com Dejours. [Entrevista cedida a] Rubens Marcelo Volich. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, SP, v. 4, n. 3, p.158-163. 2000b. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2330/233018185015.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

DEJOURS, C. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000a.

DEJOURS, C. **Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações**. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAVET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C; BETIOL S. I. M. **Psicodinâmica do Trabalho**: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prod/v14n3/v14n3a03.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

DUARTE, M. L. C.; SILVA, D. G. da; BAGATINI, M. M. C. Enfermagem e saúde mental: uma reflexão em meio à pandemia de coronavírus. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, n. esp., e20200140, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngen/a/MnRHwqvvgq3kTrHQ3JP5LR7H/citation/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 5 maio 2022.

FACAS, E. P. **Protocolo de avaliação dos riscos psicossociais no trabalho**: Contribuições da Psicodinâmica do Trabalho. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

FAGUNDES, A. J. F. M. **Descrição, definição e registro de comportamento**. São Paulo: Edcon, 1985.

FALCÃO, D. V. da S.; NUNES, E. C. R. C; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. COVID-19: Repercussões nas Relações Conjugais, familiares e sociais de casais idosos em distanciamento social. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 23, n. tem. esp. 28 “COVID-19 e Envelhecimento”, p. 531-556. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/51608/33716>. Acesso em: 8 jan. 2023.

FARIA, S. S; FIGUEIREDO, J.S. Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. **Psicol. hosp.** São Paulo, v.15 no.1,2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092017000100005. Acesso em: 22 de mar. 2022

FARO, A. *et. al.* COVID-19 e saúde mental: A emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, e200074, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/dkxZ6QwHRPhZLsR3z8m7hvF>. Acesso em: 23 jun. 2022.

FERNANDES, J. S. *et al.* A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 404-412, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/re USP/a/WFhYr9kGxjBz3nPHLsR8FFn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 abr. 2022.

FERREIRA, L. C.; COSTA, C. de F. L.; PAULA, J. T. S. de S. O enigma da pandemia da Covid-19: solidariedade, formação humana e cidadania em tempos difíceis. **Revista Augustus**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 51, p. 165-182, 3 jun. 2020. Disponível em: <https://revistas.unisuam.edu.br/index.php/revistaaugustus/article/view/562>. Acesso em: 23 abr. 2021.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. “Só de pensar em vir trabalhar, à fico de mau humor”: Atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Revista Estudos de Psicologia**, Natal, v. 6, n. 1, p. 97-108, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/fzZkRRhBhdWGVB7dT6gq3yG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2021.

FIOCRUZ. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia do COVID-19: recomendações gerais**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2020. Disponível em: https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/cartilha_recomendacoes_gerais_06_04.pdf.pdf. Acesso em: 1 abr. 2021.

FONSECA, R. P.; SGANZERLA, G. C.; ENÉAS, L. V. Fechamento das escolas na pandemia de Covid-19: impacto socioemocional, cognitivo e de aprendizagem. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 28–37, 2020. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/23>. Acesso em: 22 jan. 2023.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Artmed: Porto Alegre, 2009.

FORTES, I. O sofrimento como travessia: Nietzsche e a psicanálise. **Revista EPOS**, Rio de Janeiro, v.5, n. 1, 99-111, jun. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-700X2014000100006. Acesso em: 10 jan. 2022

FRANCO, A. G. *et. al.* Máscaras cirúrgicas em tempos de coronavírus. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, [s. l.], v. 3, e202003003, 2020. Disponível em: <https://iajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/view/73/129>. Acesso em: 3 abr. 2021.

FRANCO, J. M. *et. al.* Sequelas pós Covid-19. *In: MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA – CONGREGA*, 17., 2021, [s. l.]. **Anais [...]**. [S. l.]: URCAMP, 2021. p. 329-335. Disponível em: <http://revista.urcamp.tche.br/index.php/congregaanaismic/issue/view/124>. Acesso em: 23 fev. 2022.

FRASER, T. M. **Human stress, work and job satisfaction: a critical approach**. Geneva: International Labour Office, 1983.

FREITAS, L. G. de; FACAS, E. P. Vivências de prazer-sofrimento no contexto de trabalho dos professores. **Estudos e pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 7-26, abr. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812013000100002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 dez. 2022.

FREUD, S. **Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos (1920-1922)**. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 12-85. (Edição Standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, v. 18).

FREUD, S. **A pulsão e seus destinos**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. 14).

FRIEIRO, E. **Feijão, angu e couve: ensaio sobre a comida dos mineiros**. 2. ed. Belo Horizonte: Editora Itatiaia; São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1982.

GARCIA, A. B. **Cultura organizacional e vivências de prazer e sofrimento no trabalho de profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico do interior do estado de São Paulo**. 2014. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014. Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06022015-180450/pt-br.php>. Acesso em: 5 mar. 2021.

GARCIA, A. B. *et. al.* Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 2, n. 33, p. 153-159, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Lw4ZKfgKrn4X4f6wWMVMLBw/?lang=pt>. Acesso em: 13 abr. 2022.

GARLET, E. R. **O processo de trabalho da equipe de saúde de uma unidade hospitalar de atendimento às urgências e emergências**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/13670>. Acesso em: 17 set. 2021.

GEMIGNANI, T. A. A. O vetor constitucional da segurança jurídica em tempos de coronavírus. In: BELMONTE, A. A.; MARTINEZ, L.; MARANHÃO, N. (coord.) **O Direito do Trabalho na crise da COVID-19**. Salvador: Editora JusPodivm, 2020. p. 113-122. *E-Book*. disponível em: https://www.trt1.jus.br/documents/21708/10110171/7_e-Book_O+Direito+do+Trabalho+na+Crise+do+COVID-1.pdf/2dfbda3d-4aac-b530-0c06-ae730f78ec99. Acesso em: 23 dez. 2022.

GERONE, L. T.; NOGAS, P. S. M. Uma análise estatística da espiritualidade entre os profissionais da saúde de um Hospital de Curitiba-PR. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, [s. l.], ano 5, ed. 9, v. 1, p. 72-88, set. 2020. DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/ciencia-da-religiao/estatistica-da-espiritualidade. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/ciencia-da-religiao/estatistica-da-espiritualidade>. Acesso em: 5 abr. 2021.

GIAMATTEY, M. E. P. *et. al.* Rituais fúnebres na pandemia de COVID-19 e luto: possíveis reverberações. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 26, n. esp., p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zGDv9BZ6Lc44fxJFBBz8ktC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 dez. 2022.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo : Atlas, 2007.

GÓES, F. G. B. *et. al.* Challenges faced by pediatric nursing workers in the face of the COVID-19 pandemic. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 28, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Zm88kfkbhvkYvrvyQWGqgCF/citation/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 23 fev. 2022.

GOYA, B. F. A; MANSANO, S. R. V. Lacunas entre o trabalho prescrito e o trabalho real: uma análise crítica sobre a formação e atuação do administrador de empresas. **Revista Economia & Gestão**, v. 12, n. 30, p. 64-81, 2012. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/economiaegestao/article/view/2971> Acesso em: 5 abr. 2022

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GRISOTTI, M. *et. al.* A morte contaminada: a experiência da morte por Covid-19 na perspectiva de profissionais da saúde. *In:* PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. (org.) **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde.** Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022. p. 309-319. *E-book.* (Série Informação para ação na Covid-19). Disponível em: <https://books.scielo.org/id/kymhj/pdf/portela-9786557081587.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2022.

GUERRA, A. Reserve algumas horas para o lazer; a sua saúde mental agradece. **Revista Forbes**, [s. l.], 23 mar. 2021. Disponível em: <https://forbes.com.br/colunas/2021/03/arthur-guerra-reserve-algumas-horas-para-o-lazer-a-sua-saude-mental-agradece/>. Acesso em: 3 maio 2022.

GUIMARÃES, H. P., *et al.* **Coronavírus e Medicina de Emergência:** recomendações para o atendimento inicial do Médico Emergencista pela Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE). [S. l.], 2020. Disponível: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/POSICIONAMENTO_ABRAMEDE_-_CORONAVIRUS_-_03-10032020.pdf. Acesso em: 1 abr. 2021.

GUIRRA, P. S. B. da. Manejo do paciente com COVID-19 em pronação e prevenção de Lesão por Pressão. **Health Residencies Journal**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 71–87, 2020. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/30>. Acesso em: 26 out. 2022.

HARTMANN, F. V. G. (org.) **Manual COVID-19-prevenção e tratamento.** [S. l.]: [s. n.], (2020). Disponível em: <http://repositorio.fepecs.edu.br:8080/bitstream/prefix/127/6/Manual%20COVID-19%2030042020.pdf>. Acesso em: 26 out. 2022.

HAYNES, S. N.; RICHARD, D. C. S.; KUBANY, E. S. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. **Psychological Assessment**, Arlington, USA, v. 3, n. 7, p. 238-247, 1995. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/232480869_Content_Validity_in_Psychological_Assessment_A_Functional_Approach_to_Concepts_and_Methods. Acesso em: 8 nov. 2021.

HORTA, R. L.; O estresse e a saúde mental de profissionais da linha de frente da COVID-19 em hospital geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, p. 30-38, jan./mar. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/3wN8kZGYJVd3B4tF6Wcctgs/citation/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 set. 2022.

HUANG, L. *et. al.* Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. **Critical Care**, [s. l.], v. 24, n. 120, p. 1-3, 2020. Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13054-020-2841-7>. Acesso em: 26 jun. 2021.

HUMEREZ, D. C. de; OHL, R. I. B.; SILVA, M. C. N. Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia Covid-19: ação do Conselho Federal de Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 25, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/74115/40808>. Acesso em: 10 jun. 2022

IASC. **Guia preliminar:** Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de Covid-19 – versão 1.5. [S. l.]: IASC, mar. 2020. Disponível em: https://opascovid.campusvirtualsp.org/sites/opascovid.campusvirtualsp.org/files/como_lidar_com_os_aspectos_psicossociais_e_de_saude_mental_referentes_ao_surto_de_covid-19.pdf. Acesso em: 1 abr. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010:** características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatística sociais 2021:** Em 2021, rendimento domiciliar per capita cai ao menor nível desde 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Renda_domiciliar_per_capita/Renda_domiciliar_per_capita_2017.pdf. Acesso em: 5 set. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 2019. (Estudos e Pesquisas – Informação Demográfica e Socioeconômica, nº 41).

JAVED, B. et.al. The coronavirus (COVID -19) pandemic's impact on mental health. *Int J Health Plann Manage.* v. 35, n. 3, p.993-996, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7361582/> Acesso em: 22 jan.2022.

JODAS, D. A.; HADDAD, M. do C. L. Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 192-197, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Cwm4H8Sf63h4nMHc6HMwZGs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 fev. 2022.

JÚNIOR, G. Profissionais de saúde são hostilizados em trens: ‘Sai do vagão, seu doente’. *Estadão*, São Paulo, 14 abr. 2020. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/saude/profissionais-de-saude-sao-hostilizados-em-trens-sai-do-vagao-seu-doente/>. Acesso em: 20 fev. 2022.

KANG, L. *et al.* The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*, [s. l.], v. 7, n. 3, e14, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32035030/>. Acesso em: 21 maio 2022.

KAZDIN, A. **Single case experimental designs.** New York: Pergamon Press, 1982.

KOLHS, M. *et al.* Nursing in urgency and emergency: between the pleasure and suffering. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 422-431, abr./jun. 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5427/pdf_1. Acesso em: 21 dez. 2022.

LACOMBE, F. J. M. **Recursos Humanos: Princípios e Tendências**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

LEANDRO, M. E. A saúde no prisma dos valores da modernidade. **Trabalhos de Antropologia e Etnologia**, [S. l.], v. 41, n. 3-4, 2020. Disponível em: <https://ojs.letras.up.pt/index.php/tae/article/view/9775>. Acesso em: 2 fev. 2022

LILLA, J. A. C. *et. al.* Impacto da vacinação e das medidas de prevenção para COVID-19 em trabalhadores da área da Saúde de 12 hospitais do estado de São Paulo. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, Salvador, v. 26, Sup. 1, 2022. Disponível em: <https://www.bjid.org.br/en-impacto-da-vacinacao-e-das-articulo-resumen-S141386702100266X#:~:text=A%20implanta%C3%A7%C3%A3o%20das%20medidas%20de%20interna%C3%A7%C3%B5es%20por%20covid%2D19>. Acesso em: 23 dez. 2022.

LIMA, E. M. de; MIGANI, E. J. As consequências da inobservância da nr 32 - saúde e segurança do trabalho nos estabelecimentos de saúde. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [s. l.], v. 8, n. 3, p. 1195–1213, 2022. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/4694>. Acesso em: 26 dez. 2022.

LIMA, R. C. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 30, n. 2, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/nyq3wrt8qpWFsSNpbgYXLWG/citation/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 dez. 2022.

LIMA, A. K. B. da S. *et. al.* Pandemia da covid 19: implicações para a saúde e qualidade de vida. **Temas em saúde**, João Pessoa, ed. esp. “COVID 19”, p. 51-60, 2020. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2020/08/20covid4.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2022.

LIMA, L. C. (org). **Tópicos em Gestão de Pessoas**. Belo Horizonte, MG: Poisson, 2017.

LIMA, C. K. T. *et. al.* The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). **Psychiatry Research**, Amsterdam, v. 287, maio 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32199182/>. Acesso em: 23 dez. 2022.

LUIGI, R.; SENHORAS, E. M. O novo coronavírus e a importância das Organizações Internacionais. **Nexo**, [s. l.], 17 mar. 2020. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/2020/O-novo-coronav%C3%ADrus-e-a-import%C3%A2ncia-das-organiza%C3%A7%C3%B5es-internacionais#:~:text=Nesse%20sentido%2C%20a%20difus%C3%A3o%20internacional,19%20desde%20o%20surto%20inicial>. Acesso em: 14 jun. 2021.

MAGALHÃES, A. M. M. A pandemia exacerbou os relacionamentos ou a solidão. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 40, n. 99, p. 192 – 204, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v40n99/a04v40n99.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2022

- MAGALHÃES, M. V; MELO, S. C. A. Morte e luto: o sofrimento do profissional da saúde. **Psicologia e Saúde em Debate**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 65–77, 2015. Disponível em: <http://www.psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/7>. Acesso em: 31 jan. 2022.
- MARTINS, T. **Gestão de estoque na pandemia COVID-19**, HLB Brasil, 11 Mar. 2020. Disponível em: <https://www.hlb.com.br/gestao-de-estoques-na-pandemia-da-covid19/>. Acesso em: 16 set. 2022.
- MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 4, n. 44. p. 1107-1111, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/MYBBvdHFGGrzCmMFrsg5cZCg/?lang=pt>. Acesso em: 5 abr. 2022.
- MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, São Paulo, v. 8. n. 20, p. 1-12, 2006. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/6471/sobre-confiabilidade-e-validade>. Acesso em: 17 set. 2021.
- MASTELLI *et.al.* Hotelaria no contexto hospitalar pandêmico. **Revista Qualidade HC**, Ribeirão Preto, 2020. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/300/300.pdf> Acesso em: 10 dez.2022.
- MAURO, M. Y. C. *et. al.* Trabalho da Enfermagem nas Enfermarias de um Hospital Universitário. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 13-18, jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/XsG3g5dXJr3wwKVhDDYJMmk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 7 jan. 2022.
- MASLOW, A. H. Creativity in self-actualizing people. In A. Maslow, *Toward a psychology of being* (pp. 127–137). **D Van Nostrand**. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2005-06675-010>. Acesso: 22 out.2022.
- MENDES, A. M.; LINHARES, N. J. R. A defesa como uma estratégia frente ao sofrimento no trabalho: Um estudo com enfermeiros de UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 2 n. 49, p. 267-280, 1996.
- MENDES, A. M. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. *In*: MENDES, A. M. (ed.) **Psicodinâmica do trabalho: Teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007a. p. 23-48.
- MENDES, A. M. Novas formas de organização do trabalho, ação dos trabalhadores e patologias sociais. *In*: MENDES, A. M. (ed.) **Psicodinâmica do trabalho: Teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007b. p. 49-87.
- MENDES, A. M.; MULLER, T. Prazer no trabalho. *In*: VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**. Curitiba: Juruá, 2013.

MINAS GERAIS. **Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais**. Confirmação do primeiro caso de Coronavírus (Covid-19) em Minas Gerais, Belo Horizonte, 8 marc. 2020. Disponível em:

<https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/12233-confirmacao-do-primeiro-caso-de-coronavirus-covid-19-em-minas-gerais>. Acesso em: 26 abr. 2021.

MIRANDA, T. L.; CHIMANSKI, E. **Relações de gênero**: algumas considerações conceituais. In: FERREIRA, A. J. (org.). *Relações étnico-raciais, de gênero e sexualidade: perspectivas contemporâneas*. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2014, p. 66-91. *E-book*. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/btydh/pdf/ferreira-9788577982103-05.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2022.

MOLINIER, P. PAPERMAN, P. Descompartimentar a noção de cuidado? **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, 2015, pp. 43-57. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/FPnRRdqBZFNmhmDPsYjz mhC/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 marc. 2022.

MOMM, L. **Mercado de Trabalho e Desemprego**: oferta e demanda de emprego via Internet, uma nova tendência. Estudo de caso no Banco Nacional de Empregos - BNE. 2004. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MORAIS, C. P. T. *et. al.* Impacto da pandemia na saúde mental dos profissionais de saúde que trabalham na linha de frente da Covid-19 e o papel da psicoterapia. **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 1660–1668, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/22693>. Acesso em: 15 nov. 2022.

MOTTA, R. de O. L. da; OLIVEIRA, M. L. D.; AZEVEDO, S. L. D. Contribuição da teoria ambientalista de Florence Nightingale no controle das infecções hospitalares. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 112, 2021. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/remS/article/view/1524>. Acesso em: 6 jan. 2023.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 15, p. 731-747, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/YDnWhSkP3tzfXdb9YRLCPjn/citation/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2021.

MURATA, S. *et al.* The psychiatric sequelae of the COVID-19 pandemic in adolescents, adults, and health care workers. **Depress & Anxiety**, [s. l.], v. 38, n. 2, p. 233-246, 2021. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/15206394/2021/38/2>. Acesso em: 22 nov. 2022

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F; BOGÚS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 44-57, 2004.

NOGUEIRA, R. P. BARALDI, S. RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e despreciação do trabalho na administração pública. **Observatório de**

Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises, São Paulo, v 2, p. 81-102, 2004.

NÚCLEO BRASILEIRO DE ESTÁGIO (NUBE). Pesquisa aponta que 5 em cada 10 formados entre 2019 e 2020 estão sem trabalhar. **Diário do Centro do Mundo**. São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.nube.com.br/clipping/2021/04/18/pesquisa-aponta-que-5-em-cada-10-formados-entre-2019-e-2020-estao-sem-trabalhar-diario-do-centro-do-mundo>. Acesso em 22 fev. 2022.

OLIVEIRA, A. R. R. dos S. de *et al.* Casos suspeitos e confirmados do novo coronavírus (COVID-19) registrados no mundo, no Brasil e na Rede Ebserh. **Boletim Vigilância em Foco**, ed. “COVID-19”, [s. l.], n. 90, ano 4, 31 maio 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/saude/covid-19/VigilanciaemFocoedioCovid19n90de31052020.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2021.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. /OMS; tradução do **Serviço Social da Indústria**, Brasília, 2010.

ORNELL, F. *et al.* O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n4/e00063520/>. Acesso em: 24 jan. 2022.

ORNELLA, C. F. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 51, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SfKnBcTMyK888bSx5trPgpL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 fev.2022.

PADULA, W. V.; DAVIDSON, P. **Países com altas concentrações de enfermeiras registradas (RN) observam taxas reduzidas de mortalidade da doença de coronavírus 2019 (COVID-19)**, abr. 2020. Disponível em: Acesso em: 24 abr. 2021

PASQUALI, L. (org.) **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento**. Brasília, DF: INEP, 1996.

PASQUALI, L. A. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. *In:* PASQUALI, L. A. (ed.). **Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração**. Rio de Janeiro: LabPAM/IBAPP, 2010.

PEREIRA, J. A. S. **Vivências de prazer e sofrimento na atividade gerencial em empresa estratégica: o impacto dos valores organizacionais**. 2003. 165f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2003. Disponível em: <https://silo.tips/download/vivencias-de-prazer-e-sofrimento-na-atividade-gerencial-em-empresa-estrategica>. Acesso em 23 dez. 2022.

PINHEIRO, A. P; PINHEIRO, F. O uso do celular em tempos de pandemia - uma análise da nomofobia entre os jovens. **ReTER**, Santa Maria, v.2 n.3, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reter/article/view/67222/html> Acesso em: 10 jan. 2022.

PINTO, M, B; CERQUEIRA, A.S. Reflexões sobre a pandemia da COVID-19 e o capitalismo

Revista Libertas, Juiz de Fora, v. 20, n. 1, p. 38-52, jan./jun. 2020. DOI 10.34019/1980-8518.2020.v20.30485 38. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3RqxxpPxbmY9MFC4tCFGvZP/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2022.

PIRES, D. E. P. de; LORENZETTI, J.; GELBCKE, F. L. Enfermagem: condições de trabalho para um fazer responsável. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 62., 2010, Florianópolis. **Anais [...]** Florianópolis: CBEn, 2010.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

PITANGA, F. J. G; BECK, C. C; PITANGA, C. P. S. Atividade Física e Redução do Comportamento Sedentário durante a Pandemia do Coronavírus. Ponto de Vista. **Arq. Bras. Cardiologia**, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/R7MH39r4TkfLz34z5WYWcyL/?lang=pt>. Acesso em: 21 jan.2021.

POLIT, F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTUGAL, J. K. A. *et. al.* Percepção do impacto emocional da equipe de enfermagem diante da pandemia de COVID-19: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. esp. 46, p. 2-6, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3794>. Acesso em: 1 mar. 2021.

RAMALHO, M. Estudo de caso: Surto de Covid em Lares de Idosos | Colunistas. **Sanar**, artigo científico, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/estudo-de-caso-surto-de-covid-em-lares-de-idosos-colunistas>. Acesso em: 22 de jan. 2023

RAMOS, D. K. R. *et. al.* Paradigmas da saúde e a (des)valorização do cuidado em enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 4, n. 1, p. 41-44, 2013. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/501>. Acesso em: 23 fev. 2022.

REIS, M. S. S. Sofrimento criativo e sofrimento patogênico: uma pesquisa com a equipe de saúde. 2013. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Especialização em Psicodinâmica do Trabalho) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/8409/6/2013_MariadoSocorrodosSantosdosReis.pdf. Acesso em: 19 ago. 2021.

ROBBINS, S. P; JUDGE, T. A.; SOBRAL, F. **Comportamento Organizacional**. 14º ed. São Paulo: Pearson, 2011. cap. 4, p. 93-116.

ROCHA, M. R. A. **Saúde do trabalhador no contexto hospitalar**. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2018. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/153848> Acesso em: 13 jan. 2022.

RODRIGUES, N. P. A. *et. al.* Divulgação de informações sobre higiene e mudança de hábitos durante a pandemia da Covid-19. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 1, p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11739/10553>. Acesso em: 9 nov. 2022.

RODRIGUES, N. H.; SILVA, L. G. A. da. Gestão da pandemia Coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional. Faculdade de Enfermagem. UFPel. **Journal Nursing and Health**, Pelotas, v. 10, n. 4, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18530>. Acesso em: 13 abr. 2021.

SANTOS, S. V. M. dos *et. al.* Características socioeconômicas, epidemiológicas e laborais de profissionais de enfermagem hospitalar. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, [s. l.], n. 7, e1391, 2017. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/1391/1567#:~:text=Por%20meio%20dos%20resultados%20deste,mensal%20de%201.500%20a%203.000>. Acesso em: 29 fev. 2022.

SANTOS, C. F. dos; NASCIMENTO, S. C. L. Covid-19 e a reinvenção da vida a partir do risco de finitude: um olhar a partir de Viktor Frankl. **Revista Transformar**, [s. l.], v. 14, ed. esp. “Covid-19: pesquisa, diálogos transdisciplinares e perspectivas”, mai./ago. 2020. Disponível em: <http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/385>. Acesso em: 7 out. 2022.

SANTOS, M. C. P. dos. **Mobilização da subjetividade de auxiliares e técnicos de enfermagem atuantes na linha de frente de combate à Covid-19: uma compreensão à luz da Psicodinâmica do trabalho**. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública para o Desenvolvimento do Nordeste) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2021.

SÃO PAULO (Município). **Secretaria Municipal de Saúde**. Perguntas e respostas – Coronavírus, São Paulo, 13 mar. 2021. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/coronavirus/index.php?p=295099. Acesso em: 26 abr. 2021.

SARTRE, J. P. **O ser e o nada**: ensaio de ontologia fenomenológica. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Entre 2000 e 2020, o número médio de filhos passou de 2,08 filhos por mulher para 1,56. **Imprensa**, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/entre-2000-e-2020-o-numero-medio-de-filhos-passou-de-208-filhos-por-mulher-para-156/#:~:text=16.09.2021-Entre%202000%20e%202020%2C%20o%20n%C3%BAmero%20m%C3%A9dio%20de%20filhos%20passou,por%20mulher%20para%201%2C56>. Acesso em 29 de dez. 2022.

SILVA, A. dos S.; BARBOSA, S. R. A atuação da assessoria de pele na prevenção de lesão por pressão em pacientes com COVID 19 em unidade de terapia intensiva. **Environmental Smoke**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 58–60, 2021. Disponível em: <https://www.environmentalsmoke.com.br/index.php/EnvSmoke/article/view/158>. Acesso em: 3 out. 2022.

SILVA, L. H.; OLIVEIRA, A. A. S. Contribuições do projeto piloto à coleta de dados em pesquisas na área de educação. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 10, n. 1, p. 225-245, 2015.

SILVA, A.; GONÇALVES, M.; ZONATTO, V. C. S. Determinantes de prazer e sofrimento no trabalho hospitalar: uma análise à luz da teoria da psicodinâmica do trabalho. **Base Revista de Administração e Contabilidade da UNISINOS**, São Leopoldo, v. 14, n. 3, p. 197-212, 2017. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/47426/determinantes-de- prazer-e-sofrimento-no-trabalho-hospitalar--uma-analise-a-luz-da-teoria-da-psicodinamica-do-trabalho>. Acesso em: 22 mar. 2022.

SILVA, M. L. da *et al.* Olhares acerca do lazer no contexto pandêmico da Covid-19 em 2020. **Revista Educação Física e Suas Interfaces: lazer, aventura e meio ambiente**, [s. l.], v. 3, 2020. Disponível em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/220107476.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2022.

SILVA, E. H. B. da; SILVA NETO, J. G.; SANTOS, M. C. Pedagogia da pandemia: Reflexões sobre a educação em tempos de isolamento social. **Revista Latino-Americana de Estudos Científicos**, [s. l.], v. 1, n. 4, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/ipa/article/view/31695>. Acesso em: 12 abr. 2022.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. O processo de socialização organizacional como estratégia de integração indivíduo e organização. **Reuna**, v. 18, n. 4, p. 5-20, 2013. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/21127/o-processo-de-socializacao-organizacional-como>. Acesso em 13 nov.2022

SILVA, A. P.; CARVALHO, E. S.; CARDIM, A. Trabalho noturno na vida dos enfermeiros. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 177-185, out. 2017. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1292/1078>. Acesso em: 16 abr. 2022.

SILVA, P. L. A. **Percepção de fontes de estresse ocupacional, coping e resiliência no fisioterapeuta**. 2006. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, 2006. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000120&pid=S0100-5502201200060000700015&lng=en. Acesso em: 4 ago. 2021.

SIRECI, S. G. The constructofcontentvalidity. **Social Indicators Research**, Dordrecht, Holanda, v. 45, p. 83-117, 1998. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1006985528729>. Acesso em: 23 fev. 2022.

SOARES, S. S. S. *et al.* Pandemia de Covid-19 e uso racional de Equipamentos de Proteção Individual. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, e50360, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/50360>. Acesso em: 15 mar. 2022

SOUZA, C. B. L. *et al.* Assistência de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: Um relato de experiência. **Revista Atenas Higeia**, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 16 - 21, 2020. Disponível

em: <http://www.atenas.edu.br/revista/index.php/higeia/article/view/65>. Acesso em: 26 set. 2022.

SOUZA, H. S. **A interpretação do trabalho em enfermagem no capitalismo**

financeirizado: um estudo na perspectiva teórica do fluxo tensionado. 2015. 238f.

Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-20012015-100501/pt-br.php>. Acesso em: 26 set 2022.

SOUZA, N. V. D. O. *et al.* Influência do neoliberalismo na organização e processo de trabalho hospitalar de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 70, n. 5, p. 912-919, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/FrjNK4sQtBQdGdgLPGgDs6d/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2022.

SOUZA, N. V. O. *et al.* Perfil socioeconômico e de saúde dos trabalhadores de enfermagem da policlínica Piquet Carneiro. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 232-240, 2012. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/524>. Acesso em: 4 jan. 2022.

SOUZA *et al.* Comidas especiais em tempos de pandemia: mudanças e permanências na comensalidade em espaços festivos domésticos no contexto da Covid-19. **XIV Encontro de pós-graduação e pesquisa em Geografia**, Valença, 2021. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/anais/enanpege/2021/trabalho_completo_ev154_md1_sa128_id247311112021204034.pdf. Acesso em: 22 de jan. 2023.

SOUZA NETO, A. R. de; FREITAS, D. R. J. de. Utilização de máscaras: indicações de uso e manejo durante a pandemia da Covid-19. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 25, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72867/pdf>. Acesso em: 27 set. 2022.

SERFATY, A. C. *et al.* Investigação de surto de covid-19 intra-hospitalar em hospital privado da cidade de São Paulo. **braz j infect dis**, São Paulo, 25(S1):101078, 2021. Disponível em: [https://www.bjid.org.br/en-investigacao-de-surto-de-covid19-articulo-S1413867020302221#:~:text=O%20surto%20ocorreu%20no%20m%C3%AAAs,deles%20\(42%25\)%](https://www.bjid.org.br/en-investigacao-de-surto-de-covid19-articulo-S1413867020302221#:~:text=O%20surto%20ocorreu%20no%20m%C3%AAAs,deles%20(42%25)%). Acesso em 22 jan. 2023.

TAVARES, B. L. L. *et al.* Cuidar e ser cuidado em tempos de pandemia. **Cadernos ESP**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 138–142, 2020. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/374>. Acesso em: 5 jan. 2023.

TSAMAKIS, K. *et al.* COVID-19 and its consequences on mental health (Review). **Experimental and Therapeutic Medicine**, New York, n. 244, 2021. Disponível em: <https://www.spandidos-publications.com/10.3892/etm.2021.9675>. Acesso em: 22 marc. 2022.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/>. Acesso em: 7 jan. 2022.

TELLES, S. L.; VOOS, M. C. Distúrbios do sono durante a pandemia de COVID-19. **Fisioterapia e Pesquisa**, [s. l.], v. 28, n. 2, p. 124-125, abr./jun. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/cJ5F4x6N9374ByhGwqNdVTQ/citation/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 abr. 2022.

THEODOSIO, B. A. de L. *et. al.* Barreiras e facilitadores do trabalho multiprofissional em saúde na Pandemia da COVID-19. **Brazilian Journal of Development**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 33998–34016, 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/27554>. Acesso em: 5 out. 2022.

THOMAS, L. S. *et al.* Atuação do enfermeiro emergencista na pandemia de COVID-19: Revisão narrativa da literatura. **Brasilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 3, n. 6, p. 15959-15977, 2020. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/19631>. Acesso em: 23 set. 2022.

THOMAS, C. T.; CARVALHO, V. L. **O cuidado ao término de uma caminhada**. Santa Maria: Pallotti, 1999.

TOLEDO, C. A. A.; GONZAGA, M. T. C. **Metodologia e técnicas de pesquisa nas áreas de Ciências Humanas**. Maringá: Eduem, 2011.

TUÑAS, I. T. de C. Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19): uma abordagem preventiva para Odontologia. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 77, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/1776/pdf>. Acesso em: 2 abr. 2021.

UNIFAL. Comitê de ética em Pesquisa. **Comunicado CONEP e Termo de Compromisso**, 2021. Disponível em: <https://www.unifal-mg.edu.br/cep/covid-19/>. Acesso em: 1 de maio 2021.

VARANDA, S. S.; BENIDES, C. L. Validação de instrumentos na pesquisa qualitativa: contribuições de um professor pesquisador em formação. *In*: EDUCERE – CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 13., 2017, Curitiba. **Anais [...]**. Curitiba: PUC, 2017.

VASCONCELOS, A.; FARIA, J. H. Saúde mental no trabalho: contradições e limites. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 20, n. 3, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/6X46nvFMKpmcLKv7HnYx76R/?lang=pt>. Acesso em: 5 jun. 2021.

VENTURA *et.al.* Desigualdade no Acesso a Vacinas Contra a Covid-19. **OXFAM Brasil**, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://materiais.oxfam.org.br/relatorio-desigualdade-no-acesso-a-vacinas-contra-covid-19-no-brasil>. Acesso em 23 jan. 2023.

VERAS, J. V. Limiares entre mundos: Reflexões e taxonomias sobre a (s) morte (s), o morrer e o morto na pandemia da COVID-19. **Novos Debates**, [s. l.], v. 7, n. 1, 202. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/354198015_Limiares_entre_mundos_Reflexoes_e_t

axonomias sobre as mortes o morrer e o morto na pandemia da COVID-19. Acesso em: 26 fev. 2022.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 4 ed. São Paulo : Atlas, 2005.

WANG, X.; POWELL, C. A. How to translate the knowledge of COVID-19 into the prevention of Omicron variants. **Clinical and Translational Medicine**, [s. l.], v. 11, n. 12, e680-e680, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34898050/>. Acesso em: 30 jan. 2022.

WEINTRAUB, A. C. A. de M. *et al.* **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: orientações aos trabalhadores dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEPEDES, 2020.

WHO. **Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief**. Genebra, WHO, 2 mar. 2022. (Scientific brief). Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1. Acesso em: 12 dez. 2022.

WRIGHT, L. M; LEAHEY, M. **Nurses and families: A guide to family assessment and intervention**. 7. ed. Philadelphia: Davis, 2019.

WU, M. Síndrome pós-Covid-19: Revisão de Literatura. **Revista Biociências**, Taubaté, v. 27, n. 1, p. 1-14, 2021. Disponível em: <http://periodicos.unitau.br/ojs/index.php/biociencias/article/view/3313>. Acesso em: 23 fev. 2022.

YAN, Y. *et al.* Consensus of Chinese experts on protection of skin and mucous membrane barrier for health-care workers fighting against coronavirus disease 2019. **Dermatologic Therapy**, [s. l.], v. 33, n. 4, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228211/pdf/DTH-33-0.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

ZAROCOSTAS, John. How to fight an infodemic. **The Lancet** 2020. 395(10225):676. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X). Acesso em: 23 jan.2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de pesquisa

INSTRUMENTO DE PESQUISA - QUESTÕES DE 1 À 16

CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA, PROFISSIONAL, PESSOAL E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA	CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL
<p>1. SEXO: <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO</p> <p>2. IDADE EM ANOS: _____</p> <p>3. ETNIA: <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> OUTRAS</p> <p>4. ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> CASADO (A) / COM COMPANHEIRO (A)</p> <p>5. ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL COMPLETO <input type="checkbox"/> SUPERIOR COMPLETO <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> MÉDIO COMPLETO <input type="checkbox"/> PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> SUPERIOR INCOMPLETO</p> <p>6. RENDA FAMILIAR: <input type="checkbox"/> 1 A 3 SALÁRIOS <input type="checkbox"/> 4 A 6 SALÁRIOS <input type="checkbox"/> MAIS QUE 6 SALÁRIOS</p> <p>7. CRENÇA RELIGIOSA: <input type="checkbox"/> CATÓLICA <input type="checkbox"/> EVANGÉLICA <input type="checkbox"/> ESPIRITA <input type="checkbox"/> SEM RELIGIÃO <input type="checkbox"/> OUTRA. ESPECIFICAR: _____</p> <p>8. TEM FILHOS: <input type="checkbox"/> SIM. QUANTOS: _____ <input type="checkbox"/> NÃO</p>	<p>9. FORMAÇÃO PROFISSIONAL: _____</p> <p>10. FUNÇÃO QUE EXERCE: _____</p> <p>11. TEMPO DE TRABALHO NESTE HOSPITAL: _____ ANOS</p> <p>12. CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____ HORAS</p> <p>13. POSSUI OUTRO EMPREGO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE SIM ONDE: _____ CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____ HORAS.</p> <p>14. TURNO DE TRABALHO: <input type="checkbox"/> MATUTINO (6H/DIA) <input type="checkbox"/> VESPERTINO (6H/DIA) <input type="checkbox"/> MATUTINO/ VESPERTINO (12/36) <input type="checkbox"/> NOTURNO(12/36) <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO (8H/DIA)</p> <p>15. SEU TURNO DE TRABALHO É DE SUA PREFERÊNCIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>16. SETOR QUE ATUA NO HOSPITAL: <u>ASSISTENCIAL:</u> <input type="checkbox"/> UNIDADE DE INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> BLOCO CIRÚRGICO <input type="checkbox"/> UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA <input type="checkbox"/> PRONTO ATENDIMENTO</p> <p><u>APOIO:</u> <input type="checkbox"/> LAVANDERIA <input type="checkbox"/> CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO <input type="checkbox"/> SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO <input type="checkbox"/> HIGIENE <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO POR IMAGEM</p> <p><u>ADMINISTRATIVO:</u> <input type="checkbox"/> RECEPÇÃO</p>

INSTRUMENTO DE PESQUISA - QUESTÕES DE 17 À 32

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	RELAÇÃO DE TRABALHO
<p>17. CONSIDERA O NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS DA SUA EQUIPE SUFICIENTE PARA EXERCER AS ATIVIDADES PROPOSTAS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>18. CONHECE OS PROTOCOLOS DE TRABALHO DO SEU SETOR: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>19. EXECUTA AS ATIVIDADES CONFORME DESCRITO EM PROTOCOLOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>20. FOI AFASTADO DO TRABALHO POR PROBLEMA DE SAÚDE RELACIONADO AO TRABALHO NO ÚLTIMO ANO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><u>CONDICÃO DE TRABALHO</u> 21. TRABALHA EM AMBIENTE: <input type="checkbox"/> NÃO CRÍTICO <input type="checkbox"/> SEMICRÍTICO <input type="checkbox"/> CRÍTICO</p> <p>22. SEU LOCAL DE TRABALHO É ORGANIZADO E LIMPO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>23. SEU LOCAL DE TRABALHO É SEGURO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>24. TEM EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) SUFICIENTE: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>25. SEU TRABALHO REQUER MAIS ESFORÇO: <input type="checkbox"/> FÍSICO <input type="checkbox"/> MENTAL <input type="checkbox"/> AMBOS</p>	<p>26. RELACIONA-SE BEM COM SEU SUPERIOR DIRETO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>27. RELACIONA BEM COM SUA EQUIPE DE TRABALHO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>28. TRABALHA COM CONTATO DIRETO COM OS CLIENTES/PACIENTES? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><u>VIDA PESSOAL</u> 29. O QUE VOCÊ FAZ EM SEU MOMENTO DE LAZER? <input type="checkbox"/> PASSEIO EM PARQUE <input type="checkbox"/> PASSEIO EM SHOPPING <input type="checkbox"/> VISITA A AMIGOS E/OU FAMILIARES <input type="checkbox"/> CINEMA <input type="checkbox"/> TEATRO <input type="checkbox"/> LEITURA <input type="checkbox"/> CLUBE <input type="checkbox"/> CASA DE SHOWS E DANÇA <input type="checkbox"/> FESTA <input type="checkbox"/> BARES/RESTAURANTES <input type="checkbox"/> DORME/DESCANSA <input type="checkbox"/> VIAGEM (COM QUE FREQUÊNCIA?) _____ <input type="checkbox"/> OUTRAS ATIVIDADES OU HOBBIES? QUAIS? _____</p> <p>30. PRÁTICA ALGUM ESPORTE E/OU ATIVIDADE FÍSICA? <input type="checkbox"/> SIM QUAL(IS)? _____ COM QUE FREQUÊNCIA? _____ <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>31. OS ÚLTIMOS 02 ANOS TROUXERAM MUDANÇAS NA SUA ROTINA PESSOAL? <input type="checkbox"/> SIM QUAIS: _____ <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>32. OS ÚLTIMOS 02 ANOS TROUXERAM MUDANÇAS NA SUA ROTINA FAMILIAR? <input type="checkbox"/> SIM. QUAIS: _____ <input type="checkbox"/> NÃO</p>

APÊNDICE B – Carta Convite



Alfenas __ de _____ de 2021

Prezada Prof. Dr

Estamos dando início a pesquisa “**VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ÁREA HOSPITALAR NO ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DA COVID-19**” e desde já, contamos com sua colaboração, certos de que será de grande valia.

Este documento foi elaborado a fim de obter a avaliação de especialistas em gestão em serviços de saúde e elaboração de instrumento de pesquisa, sobre os itens componentes do instrumento **CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, PROFISSIONAL, PESSOAL E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE HOSPITALAR**. Este instrumento foi desenvolvido para ser aplicado por pesquisadores em profissionais da equipe de saúde hospitalar, com o objetivo de levantar dados de caracterização da população de estudo, incluindo questões relacionadas à organização do trabalho, além de características sociodemográficas, profissionais e pessoais.

De acordo com o nosso cronograma de pesquisa, no próximo mês, nos ocuparemos da avaliação deste instrumento por especialistas, quanto a sua aparência, adequação, relevância e clareza, para só então ser aplicado em um teste piloto.

O instrumento é composto por 32 itens, que poderão ser mantidos ou descartados, sendo que ele também poderá sofrer acréscimos de itens.

O desenvolvimento do conteúdo deste instrumento foi embasado na literatura e na experiência das pesquisadoras. Dessa forma, os itens são compostos por informações relevantes no estudo da Psicodinâmica do trabalho abordado por Christophe Dejours, bem como os valores organizacionais.

Gratas, desde já, por seu aceite e participação.

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: Prof.^a Dra. Sueli de Carvalho Vilela.

PESQUISADOR(A): Cláudia Helena de Oliveira Souto

**APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos
Juízes na validação do instrumento**

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), na validação de um instrumento de coleta de dados a ser usado na pesquisa: **VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ÁREA HOSPITALAR NO ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DA COVID-19**, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao prosseguir as etapas do questionário recebido por e-mail. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição. Você receberá uma cópia deste termo via eletrônica assinada pelos pesquisadores onde consta o telefone e endereço do pesquisador (a) principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ÁREA HOSPITALAR NO ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DA COVID-19

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL: Prof^ª. Dra . Sueli de Carvalho Vilela.

ENDEREÇO: Gabriel Monteiro da Silva, 700. CEP: 37.130-001. Alfenas, MG Brasil. UNIFAL-MG.

TELEFONE: (35) 3701-9471

PESQUISADORES PARTICIPANTES: Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG): Cláudia Helena de Oliveira Souto

OBJETIVO: Compreender a vivência dos profissionais de saúde de um hospital privado de pequeno porte, localizado no sul do Estado de Minas Gerais, frente a situação da pandemia causada pela Covid-19, analisando os impactos ocorridos na vida profissional, familiar e pessoal.

JUSTIFICATIVA: Refletir as situações que envolvem as vivências desses profissionais no contexto da pandemia e qual seu impacto na vida profissional, pessoal e familiar.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: A coleta de dados ocorrerá no segundo semestre de 2021, por meio de e-mail. O Juiz terá acesso ao TCLE via eletrônica, e após sua assinatura, abrirá um questionário contendo conteúdos de organização do trabalho e da Covid-19, para proceder à validação de conteúdo e de aparência, relevância e pertinência. O Juiz terá um período de 30 dias para analisar o questionário. Utilizará o índice de concordância para análise das validações. Os nomes dos participantes serão omitidos e substituídos por códigos para evitar a identificação e preservar o anonimato e sigilo.

RISCOS E DESCONFORTOS: Poderá apresentar risco mínimo referente ao desconforto ou constrangimento relacionado à validação do instrumento. Neste caso o participante, assim como os demais, terá garantido o seu direito de desistir ou de se recusar a participar da entrevista. Poderá haver, em caso de necessidade, encaminhamento a serviços especializados da rede do SUS para avaliação e acompanhamento.

BENEFÍCIOS: Sua colaboração será de grande valia no sentido de contribuir com um instrumento destinado a compreender o impacto da pandemia da Covid-19, no trabalho, na vida pessoal e familiar do profissional de saúde.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com sua participação. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Os dados da pesquisa poderão ser apresentados em eventos científicos, publicados em revistas e usados para outros fins científicos, no entanto, a identificação dos participantes, será mantida em sigilo.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Eu, _____ declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado (a) pelos pesquisadores (a) Cláudia Helena de Oliveira Souto e Sueli Vilela de Carvalho, dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa. Diante disso, concordo em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEPUNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, CEP - 37130-001, Fone: (35) 37019153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário para obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

LOCAL E DATA: _____, _____ de _____ de _____.

(NOME E ASSINATURA DO SUJEITO OU RESPONSÁVEL)

Contato: Sueli de Carvalho Vilela, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714, Centro. Tel: (35) 3701-9471.

APÊNDICE D – Formulário Google forms



Formulário de validação INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO O formulário de avaliação está disposto em um formulário do Google. Na primeira página estão as orientações e a apresentação na íntegra do questionário da pesquisa. A partir da segunda página, as questões serão abordadas uma a uma, no total de 32 questões, onde cada questão será apresentada para a análise e a validação, através de questões objetivas. Caso necessário, utilize o espaço dos comentários para especificar as modificações ou eliminar a questão. Algumas orientações devem ser consideradas durante a avaliação. A validação de conteúdo diz respeito ao grau de aparência, de relevância, de clareza e de adequação dos itens do instrumento em relação ao seu construto-alvo. No caso do presente estudo, o construto-alvo refere-se à caracterização sociodemográfica, profissional, pessoal e a organização do trabalho do profissional de saúde da área hospitalar. Enquanto juiz, você deve ser imparcial e avaliar todos os itens, separadamente, segundo os critérios:

Aparência: referente à estrutura do item. **Adequação:** diz respeito à adequação entre o item e o construto proposto.

Relevância: refere-se à importância do item enquanto levantamento de informação sobre aquele construto.

Clareza: refere-se à objetividade e facilidade de compreensão daquele item, excluindo possibilidades de dupla interpretação.

Item deve ser modificado: apesar de ser pertinente, o item apresenta algum problema em relação aos critérios avaliados e deve sofrer modificações.

Item deve ser eliminado: o item não é pertinente para o construto em estudo. **Comentários:** É um campo destinado às observações.

Caso identifique que o item deve ser modificado ou eliminado, o registro deverá ser realizado no comentário e também poderá ser utilizado para dúvidas, críticas e sugestões.

Em caso de dúvidas relacionadas a validação do formulário, entre em contato com a pesquisadora através do telefone (35)99940-0209 ou pelo e-mail: claudia.souto@sou.unifal-mg.edu.br

A seguir, encontram-se as questões com os itens para a avaliação

Seção 2 de 7

IDENTIFICAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA



Descrição (opcional)

QUESTÃO 1 *

1. SEXO:

 FEMININO

 MASCULINO

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.1 - Comentários sobre a questão 1

Texto de resposta longa

QUESTÃO 2 *

2. IDADE EM ANOS: _____

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2.1 - Comentários sobre a questão 2

Texto de resposta longa

QUESTÃO 3 *

3.ETNIA:

- () PRETA () PARDA () BRANCA
 () AMARELA () INDÍGENA () OUTRAS

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.1 - Comentários sobre a questão 3

Texto de resposta longa

QUESTÃO 4 *

4.ESTADO CIVIL:

- () SOLTEIRO () SEPARADO
 () VIÚVO () DIVORCIADO
 () CASADO (A) / COM COMPANHEIRO (A)

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.1 - Comentários sobre a questão 4

Texto de resposta longa

QUESTÃO 5 *

5.ESCOLARIDADE:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL COMPLETO | <input type="checkbox"/> SUPERIOR COMPLETO |
| <input type="checkbox"/> ENSINO MÉDIO INCOMPLETO | <input type="checkbox"/> PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO |
| <input type="checkbox"/> MÉDIO COMPLETO | <input type="checkbox"/> PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO |
| <input type="checkbox"/> SUPERIOR INCOMPLETO | |

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.1 - Comentários sobre a questão 5

Texto de resposta longa

QUESTÃO 6 *

6.RENDA FAMILIAR:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 A 3 SALÁRIOS | <input type="checkbox"/> 4 A 6 SALÁRIOS |
| <input type="checkbox"/> MAIS QUE 6 SALÁRIOS | |

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.1 - Comentários sobre a questão 6

Texto de resposta longa

7. CRENÇA RELIGIOSA:

- () CATÓLICA () EVANGÉLICA
 () ESPIRITA () SEM RELIGIÃO
 () OUTRA. ESPECIFICAR: _____

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.1 - Comentários sobre a questão 7

Texto de resposta longa

QUESTÃO 8 ***8. TEM FILHOS:**

- () SIM. QUANTOS: _____ () NÃO

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8.1 - Comentários sobre a questão 8

Texto de resposta longa

Seção 3 de 7

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

Descrição (opcional)

QUESTÃO 9 *

9.FORMAÇÃO PROFISSIONAL: _____

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9.1 - Comentários sobre a questão 9

Texto de resposta longa

QUESTÃO 10 *

10.FUNÇÃO QUE EXERCE: _____

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10.1 - Comentários sobre a questão 10.

Texto de resposta longa

QUESTÃO 11 *

11. TEMPO DE TRABALHO NESTE HOSPITAL: _____ ANOS

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11.1 - Comentários sobre a questão 11.

Texto de resposta longa

QUESTÃO 12 *

12. CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____ HORAS

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12.1 - Comentários sobre a questão 12.

Texto de resposta longa

QUESTÃO 13 *

13.POSSUI OUTRO EMPREGO? () SIM () NÃO
 SE SIM ONDE: _____
 CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____ _HORAS.

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13.1 - Comentários sobre a questão 13.

Texto de resposta longa

QUESTÃO 14 *

14.TURNO DE TRABALHO:
 () MATUTINO (6H/DIA) () VESPERTINO (6H/DIA)
 () MATUTINO/ VESPERTINO (12/36) () NOTURNO(12/36)
 () ADMINISTRATIVO (8H/DIA)

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14.1 - Comentários sobre a questão 14.

Texto de resposta longa

QUESTÃO 15 *

15. SEU TURNO DE TRABALHO É DE SUA PREFERÊNCIA
 SIM NÃO

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15.1 - Comentários sobre a questão 15.

Texto de resposta longa

QUESTÃO 16 *

16. SETOR QUE ATUA NO HOSPITAL:

ASSISTENCIAL:

UNIDADE DE INTERNAÇÃO BLOCO CIRÚRGICO
 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PRONTO ATENDIMENTO

APOIO:

LAVANDERIA CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO
 SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA LABORATÓRIO
 HIGIENE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

ADMINISTRATIVO:

RECEPÇÃO

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16.1 - Comentários sobre a questão 16.

Texto de resposta longa

Seção 4 de 7

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO



Descrição (opcional)

QUESTÃO 17 *

17. CONSIDERA O NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS DA SUA EQUIPE SUFICIENTE PARA EXERCER AS ATIVIDADES PROPOSTAS:

() SIM () NÃO

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17.1 - Comentários sobre a questão 17.

Texto de resposta longa

QUESTÃO 18 *

18. CONHECE OS PROTOCOLOS DE TRABALHO DO SEU SETOR:

() SIM () NÃO

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18.1 - Comentários sobre a questão 18.

Texto de resposta longa

QUESTÃO 19 *

19.EXECUTA AS ATIVIDADES CONFORME DESCRITO EM PROTOCOLOS
 () SIM () NÃO

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19.1 - Comentários sobre a questão 19.

Texto de resposta longa

QUESTÃO 20 *

**20.FOI AFASTADO DO TRABALHO POR PROBLEMA DE SAÚDE
 RELACIONADO AO TRABALHO NO ÚLTIMO ANO?**
 () SIM () NÃO

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20.1 - Comentários sobre a questão 20.

Texto de resposta longa

Seção 5 de 7

CONDIÇÃO DE TRABALHO

Descrição (opcional)

QUESTÃO 21 *

21. TRABALHA EM AMBIENTE:

() NÃO CRÍTICO () SEMICRÍTICO () CRÍTICO

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21.1 - Comentários sobre a questão 21.

Texto de resposta longa

QUESTÃO 22

22. SEU LOCAL DE TRABALHO É ORGANIZADO E LIMPO:

() SIM () NÃO

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22.1 - Comentários sobre a questão 22.

Texto de resposta longa

QUESTÃO 23

23. SEU LOCAL DE TRABALHO É SEGURO:

() SIM () NÃO

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23.1 - Comentários sobre a questão 23.

Texto de resposta longa

QUESTÃO 24 *

24. TEM EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) SUFICIENTE:

() SIM () NÃO

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24.1 - Comentários sobre a questão 24.

Texto de resposta longa

QUESTAO 25

25.SEU TRABALHO REQUER MAIS ESFORÇO:
 () FÍSICO () MENTAL () AMBOS

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25.1 - Comentários sobre a questão 25.

Texto de resposta longa

Seção 6 de 7

RELAÇÃO DE TRABALHO

Descrição (opcional)


QUESTÃO 26 *

26.RELACIONA-SE BEM COM SEU SUPERIOR DIRETO:
 () SIM () NÃO

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26.1 - Comentários sobre a questão 26.

Texto de resposta longa

QUESTÃO 27 *

27.RELACIONA BEM COM SUA EQUIPE DE TRABALHO:
 () SIM () NÃO

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27.1 - Comentários sobre a questão 27.

Texto de resposta longa

QUESTÃO 28 *

28.TRABALHA COM CONTATO DIRETO COM OS CLIENTES/PACIENTES?
 () SIM () NÃO

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28.1 - Comentários sobre a questão 28.

Texto de resposta longa

Seção 7 de 7

VIDA PESSOAL

Descrição (opcional)

QUESTÃO 29 *

29.O QUE VOCÊ FAZ EM SEU MOMENTO DE LAZER?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PASSEIO EM PARQUE | <input type="checkbox"/> PASSEIO EM SHOPPING |
| <input type="checkbox"/> VISITA A AMIGOS E/OU FAMILIARES | <input type="checkbox"/> CINEMA |
| <input type="checkbox"/> TEATRO <input type="checkbox"/> LEITURA | <input type="checkbox"/> CLUBE |
| <input type="checkbox"/> CASA DE SHOWS E DANÇA | <input type="checkbox"/> FESTA |
| <input type="checkbox"/> BARES/RESTAURANTES | <input type="checkbox"/> DORME/DESCANSA |
| <input type="checkbox"/> VIAGEM (COM QUE FREQUÊNCIA?) _____ | |
| <input type="checkbox"/> OUTRAS ATIVIDADES OU HOBBIES? QUAIS? _____ | |

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29.1 - Comentários sobre a questão 29.

Texto de resposta longa

QUESTÃO 30 *

30. PRÁTICA ALGUM ESPORTE E/OU ATIVIDADE FÍSICA?

() SIM QUAL(IS)? _____
 COM QUE FREQUÊNCIA? _____
 () NÃO

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30.1 - Comentários sobre a questão 30.

Texto de resposta longa

.....

QUESTÃO 31 *

31. OS ÚLTIMOS 02 ANOS TROUXERAM MUDANÇAS NA SUA ROTINA PESSOAL?

() SIM
 QUAIS: _____
 () NÃO

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31.1 - Comentários sobre a questão 31.

Texto de resposta longa
.....

QUESTÃO 32 *

32.OS ÚLTIMOS 02 ANOS TROUXERAM MUDANÇAS NA SUA ROTINA FAMILIAR?

() SIM. QUAIS: _____
() NÃO

	Sim	Não
Aparência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adequação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relevância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clareza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser modificado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Item deve ser eliminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32.1 - Comentários sobre a questão 32.

Texto de resposta longa
.....

APÊNDICE E- Tabela de Concordância de validação de conteúdo

Tabela 1 – Índices de Concordância da validação de conteúdo por juízes dos itens do instrumento “Caracterização sociodemográfica, profissional, pessoal e a organização do trabalho do profissional de saúde hospitalar”. Alfenas, Minas Gerais, 2022.

Proposta do item	Aparência (%)		Adequação (%)		Relevância (%)		Clareza (%)		Item deve ser modificado (%)		Item deve ser eliminado (%)	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1	100	0	80	20	100	0	80	20	20	80	0	100
2	100	0	100	0	100	0	100	0	0	100	0	100
3	80	20	60	40	100	0	60	40	20	80	0	100
4	60	40	20	80	100	0	100	0	60	40	0	100
5	80	20	40	60	100	0	80	20	40	60	0	100
6	100	0	80	20	100	0	100	0	20	80	0	100
7	100	0	80	20	100	0	80	20	20	80	0	100
8	100	0	100	0	100	0	100	0	0	100	0	100
9	80	20	80	20	100	0	80	20	0	100	0	100
10	80	20	60	40	100	0	80	20	40	60	0	100
11	100	0	80	20	100	0	100	0	20	80	0	100
12	80	20	40	60	100	0	80	20	40	60	20	80
13	80	20	80	20	100	0	80	20	20	80	0	100
14	100	0	100	0	100	0	100	0	0	100	0	100
15	100	0	100	0	100	0	100	0	0	100	0	100
16	80	20	60	40	100	0	80	20	20	80	0	100
17	100	0	100	0	100	0	100	0	20	80	0	100
18	100	0	100	0	100	0	100	0	0	100	0	100
19	100	0	100	0	100	0	80	20	0	100	0	100
20	100	0	60	40	80	20	80	20	20	80	0	100
21	100	0	80	20	100	0	80	20	20	80	0	100
22	80	20	100	0	100	0	100	0	0	100	0	100
23	100	0	80	20	100	0	80	20	20	80	0	100
24	100	0	80	20	100	0	80	20	40	60	0	100
25	100	0	100	0	100	0	100	0	0	100	0	100
26	100	0	100	0	100	0	100	0	0	100	0	100
27	100	0	80	20	100	0	100	0	40	60	0	100
28	80	20	80	20	80	20	80	20	0	100	20	80
29	100	0	100	0	10	0	100	0	0	100	0	100
30	100	0	100	0	100	0	100	0	0	100	0	100
31	100	0	100	0	100	0	100	0	0	100	0	100
32	80	20	100	0	100	0	100	0	20	80	0	100

Fonte: Elaboração da autora

**APÊNDICE F – Instrumento de pesquisa: “Caracterização Sociodemográfica, Profissional, Pessoal e Organização do trabalho do trabalhador de saúde hospitalar.”
Pós validação dos juízes**

CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA, PROFISSIONAL, PESSOAL E A ORGANIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA	CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL
<p>1.GÊNERO: () FEMININO () MASCULINO () OUTRO: Especificar _____</p> <p>2.IDADE EM ANOS: _____</p> <p>3.COR/RAÇA: () PRETA () PARDA () BRANCA () AMARELA () INDÍGENA () OUTRA: Especificar _____</p> <p>4.ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO(A) () CASADO (A)/COM COMPANHEIRO (A) () SEPARADO (A)/ DIVORCIADO () VIUVO (A)</p> <p>5.ESCOLARIDADE: () ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO () ENSINO MÉDIO COMPLETO () ENSINO MÉDIO INCOMPLETO () ENSINO SUPERIOR COMPLETO () ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO () PÓS GRADUAÇÃO COMPLETO () PÓS GRADUAÇÃO INCOMPLETO</p> <p>6.RENDA FAMILIAR: () 1 A 3 SALÁRIOS () 4 A 6 SALÁRIOS () MAIS QUE 6 SALÁRIOS</p> <p>7.CRENÇA RELIGIOSA: () CATÓLICA () EVANGÉLICA () ESPIRITA () CANDOMBLÉ () UMBANDA () SEM RELIGIÃO () OUTRA. Especificar: _____</p> <p>8.TEM FILHOS: () SIM. QUANTOS: _____ () NÃO</p>	<p>9.FORMAÇÃO PROFISSIONAL: _____</p> <p>10.FUNÇÃO QUE EXERCE Nesta instituição: _____</p> <p>11.TEMPO DE TRABALHO NESTE HOSPITAL: _____ ANOS.</p> <p>12.CARGA HORÁRIA DE TRABALHO NESTE HOSPITAL: _____ HORAS</p> <p>13.TURNO DE TRABALHO: () MATUTINO (6H/DIA) () VESPERTINO (6H/DIA) () MATUTINO/ VESPERTINO (12/36) () NOTURNO(12/36) () ADMINISTRATIVO (8H/DIA)</p> <p>14.SEU TURNO DE TRABALHO É DE SUA PREFERÊNCIA () SIM () NÃO</p> <p>15.POSSUI OUTRO EMPREGO? () SIM () NÃO QUAL A FUNÇÃO QUE EXERCE NO OUTRO EMPREGO: _____ CARGA HORÁRIA SEMANAL: _____ HORAS.</p> <p>16.SETOR QUE ATUA NO HOSPITAL: <u>ASSISTENCIAL:</u> () UNIDADE DE INTERNAÇÃO () BLOCO CIRÚRGICO () UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA () PRONTO ATENDIMENTO</p> <p><u>APOIO:</u> () LAVANDERIA () CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO () SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA () LABORATÓRIO () HIGIENE () DIAGNÓSTICO POR IMAGEM</p> <p><u>ADMINISTRATIVO:</u> () RECEPÇÃO () OUTRO _____</p>

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	
<p>17.CONSIDERA O NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS DA SUA EQUIPE SUFICIENTE PARA EXERCER AS ATIVIDADES PROPOSTAS? () SIM () NÃO SE NÃO VOCÊ CONSIDERA: () SUPERIOR () INFERIOR.</p> <p>18.CONHECE OS PROTOCOLOS DE TRABALHO DO SEU SETOR? () SIM () NÃO SE NÃO QUAL MOTIVO: _____</p> <p>19.EXECUTA AS ATIVIDADES CONFORME DESCRITO EM PROTOCOLOS? () SIM () NÃO SE NÃO, QUAL MOTIVO: _____</p> <p>20.FOI AFASTADO(A) DAS ATIVIDADES LABORAIS POR PROBLEMA DE SAÚDE RELACIONADO AO TRABALHO NOS ÚLTIMOS DOIS ANO? () SIM. QUAL MOTIVO: _____ () NÃO</p> <p><u>CONDIÇÃO DE TRABALHO</u></p> <p>21.TRABALHA EM AMBIENTE: () ÁREA NÃO CRÍTICA: área em que não existe, risco de transmissão de doenças e não existe a presente de pacientes contaminados. Exemplo: recepção, raio-x, tomografia etc.</p> <p>() ÁREA SEMICRÍTICA: área na qual existe risco moderado a risco baixo para o desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos e semicríticos ou pela realização de atividades assistenciais não invasivas em pacientes não-críticos. Exemplo: enfermaria, farmácia, banheiro etc.</p>	<p>() ÁREA CRÍTICA: área na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, pela realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com susceptibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microrganismos de importância epidemiológica. Exemplo: UTI, área suja da lavanderia, CME, bloco cirúrgico etc.,</p> <p>22.SEU LOCAL DE TRABALHO É ORGANIZADO : () SIM () NÃO</p> <p>23. SEU LOCAL DE TRABALHO É LIMPO: () SIM () NÃO</p> <p>24.VOCÊ CONSIDERA SEU LOCAL DE TRABALHO SEGURO: () SIM () NÃO, QUAL O MOTIVO: _____</p> <p>25.NO SEU SETOR EM QUE ATUA TEM EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) SUFICIENTES: () SIM () NÃO, QUAL MOTIVO _____</p> <p>26.SEU TRABALHO REQUER MAIS ESFORÇO: () FÍSICO () MENTAL () PSICOEMOCIONAL () TODOS</p> <p><u>RELAÇÃO DE TRABALHO</u></p> <p>27.RELACIONA-SE BEM COM SEU SUPERIOR DIRETO: () SIM () NÃO</p> <p>28.RELACIONA-SE BEM COM SUA EQUIPE DE TRABALHO: () SIM () NÃO</p> <p>29.TRABALHA COM CONTATO DIRETO COM OS CLIENTES/PACIENTES? () SIM () NÃO</p>

VIDA PESSOAL	
30. O QUE VOCÊ FAZ EM SEU MOMENTO DE LAZER?	
<input type="checkbox"/> PASSEIO EM PARQUE	<input type="checkbox"/> PASSEIO EM SHOPPING
<input type="checkbox"/> VISITA A AMIGOS E/OU FAMILIARES	<input type="checkbox"/> CINEMA
<input type="checkbox"/> LEITURA	<input type="checkbox"/> CLUBE
<input type="checkbox"/> CASA DE SHOWS E DANÇA	<input type="checkbox"/> FESTA
<input type="checkbox"/> BARES/RESTAURANTES	<input type="checkbox"/> DORME/DESCANSA
<input type="checkbox"/> VIAGEM	
<input type="checkbox"/> OUTRAS ATIVIDADES OU HOBBIES? QUAIS? _____	
31. PRÁTICA ALGUM ESPORTE E/OU ATIVIDADE FÍSICA?	
<input type="checkbox"/> SIM QUAL(IS)? _____	
COM QUE FREQUÊNCIA? _____	
<input type="checkbox"/> NÃO	
32. OS ÚLTIMOS 02 ANOS TROUXERAM MUDANÇAS NA SUA ROTINA PESSOAL?	
<input type="checkbox"/> SIM	
QUAIS: _____	
<input type="checkbox"/> NÃO	
33. OS ÚLTIMOS 02 ANOS TROUXERAM MUDANÇAS NA SUA ROTINA FAMILIAR?	
<input type="checkbox"/> SIM. QUAIS: _____	
<input type="checkbox"/> NÃO	

APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E - Alfenas/MG- CEP 37130-000

Fone: (35) 3701 9153



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE -Participante da Pesquisa-

Dados de Identificação

Título da pesquisa: VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ÁREA HOSPITALAR NO ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DA COVID-19.

Pesquisador(a) responsável: Prof. Dr^a. Sueli de Carvalho Vilela

Pesquisador(es) participante(s): Cláudia Helena de Oliveira Souto

Nome do participante: _____

Data de nascimento: ____/____/____ **CPF:** _____

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa *Vivência dos profissionais de saúde da área hospitalar no enfrentamento a pandemia da Covid-19*, de responsabilidade da pesquisadora Prof. Dr^a. Sueli de Carvalho Vilela. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra ao pesquisador(a) responsável. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa ao final desse documento.

1. Esta pesquisa tem por objetivo, compreender a vivência dos profissionais de saúde de um hospital privado de pequeno porte, localizado no sul do Estado de Minas

Gerais, frente a situação da pandemia causada pela Covid-19, analisando os impactos ocorridos na vida profissional, familiar e pessoal.

2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em em submeter a responder ao questionário de identificação, sociodemográfico e participar de uma entrevista presencial. Todas as fases da pesquisa serão realizadas presencialmente. A pesquisa será no segundo semestre de 2021 e primeiro semestre de 2022, em duas etapas, sendo: Na primeira etapa a pessoa receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Também será agendada a entrevista. Na segunda etapa a pessoa participará da entrevista que versará sobre quatro categorias: Categoria I – Caracterização pessoal, Categoria II – Caracterização profissional, Categoria III – Atuação profissional, Categoria IV – Vida pessoal, Categoria V – Vida familiar. Em seguida será realizada a entrevista, tendo como referência as perguntas norteadoras: Qual o impacto da pandemia por Covid-19 no seu trabalho, qual o impacto da pandemia por Covid-19 na sua vida pessoal e qual o impacto da pandemia na vida familiar. A entrevista será individual, em uma sala ampla 25 m², onde serão tomadas todas as medidas de segurança para prevenção da Covid-19 de acordo com as orientações do Ministério da Saúde. Será mantido distanciamento de no mínimo 1,5 metros do entrevistado, uso de máscara cirurgica, higienização das mãos ao entrar e sair da sala, também será colocado frasco de álcool gel ao lado do entrevistado para utilizar quando julgar necessário. A entrevista será gravada com um gravador de audio, para ser transcrita em seguida pelo pesquisador, duração em média de 30 minutos. Os dados da entrevista servirão para análise posterior e como base para a pesquisa.

3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos de desconforto e constrangimentos que poderão surgir no momento da entrevista. Nestes casos, os inscritos serão avaliados pelo psicólogo responsável e, se necessário, encaminhados ao atendimento psicoterápico online com o pesquisador responsável. Também existe o risco de contaminação pela Covid-19, pois estamos no meio de uma pandemia. Serão tomadas todas as medidas de segurança para prevenção de contaminação, no entanto, caso existam a contaminação e esta for identificada que ocorreu no momento da entrevista, o pesquisador tomará as devidas providencias quanto ao atendimento e tratamento dos infectados, eximindo-o de gastos. que serão minimizados Para evitar desconforto e constrangimento, será garantido o acesso em um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante, obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa. Será informado a respeito do anonimato e da impossibilidade de interromper o processo quando desejar se, danos e prejuízo à pesquisa e a si próprio.

Serão tomadas as seguintes medidas minimizadoras frente ao risco de contaminação pela Covid-19: O local da entrevista será em uma sala de reuniões, com 25 m² serão oferecidas todas as medidas de segurança necessárias, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde (ANVISA, 2021) , ou seja, será mantido o distanciamento social mínimo de 1.5 metros de distância entre a pesquisadora e o entrevistado, delimitando o espaço com a presença de uma mesa de um metro e vinte de largura e três metros de comprimento; onde o entrevistador e o pesquisador ficarão

um em cada ponta da mesa; o uso de máscara cirúrgica durante todo o desenvolvimento da entrevista; ao ser recebido e após a entrevista será realizada a higienização das mãos com aplicação de álcool gel; o ambiente será iluminado e ventilado mantendo janela aberta e porta entreaberta; a mesa será higienizada entre as entrevistas com álcool 70%. Reitera-se que o pesquisador e o entrevistado não terão nenhum contato físico.

4. Ao participar desse trabalho você contribuirá com o desenvolvimento de estudos na temática.

5. Sua participação neste projeto terá a duração de *dois encontros, em torno de 30 minutos, conforme cronograma previamente determinado.*

6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, sendo os questionários, entrevistas, aulas, cursos, palestras, consultas/exames/tratamentos/etc. totalmente gratuitos; e deixará de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. Você foi informado e está ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito à buscar ressarcimento.

8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, assegurado e periciado ser a pesquisa motivadora do mesmo você terá direito a assistência integral e imediata, de forma gratuita avaliada e indicada por profissionais capacitados pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização mediante avaliação comprobatória.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

10. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

11. Conforme o item III.2, inciso (i) da Resolução CNS 466/2012 e o Artigo 3º, inciso IX, da Resolução CNS 510/2016, é compromisso de todas as pessoas envolvidas na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para os indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação.

12. Você poderá consultar a pesquisadora Prof. Dr^a. Sueli de Carvalho Vilela, no seguinte telefone (35)99954-3429 ou email sueli.vilela@unifal-mg.edu.br e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

**O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.*

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO****Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG**

Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Sala 314 E - Alfenas/MG- CEP 37130-000

Fone: (35) 3701 9153



Eu _____,
CPF nº _____, declaro ter sido informado (a) e concordo em
participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

(Cidade), (dia) de (mês) de (ano)

.....
(Assinatura do participante da pesquisa)

.....
(Assinatura do pesquisador responsável / pesquisador participante)

APÊNDICE H – Termo de compromisso para desenvolvimento de protocolos de pesquisa no período da pandemia do coronavírus (Covid-19)

TERMO DE COMPROMISSO PARA DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLOS DE PESQUISA NO PERÍODO DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS (COVID-19)

Eu, Sueli de Carvalho Vilela, CPF 61218642653 e RG M5868388 SSP-MG, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa intitulado **VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ÁREA HOSPITALAR NO ENFRENTAMENTO A PANDEMIA DA COVID-19**, estou ciente enquanto à necessidade do cuidado à integridade física e emocional de pesquisadores e participantes da pesquisa, conforme diretrizes do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da própria CONEP, como descrito no Comunicado CONEP de 09/05/2020. Dessa forma, para a execução dos procedimentos de pesquisa presenciais, planejados para serem realizados no período de segundo semestre de 2021 e primeiro semestre de 2022, serão adotadas medidas sanitárias para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa. De maneira específica no presente protocolo, serão tomadas as seguintes medidas minimizadoras de riscos: O local da entrevista será em uma sala de reuniões, com 25 m² serão oferecidas todas as medidas de segurança necessárias, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde (ANVISA, 2021) , ou seja, será mantido o distanciamento social mínimo de 1.5 metros de distância entre a pesquisadora e o entrevistado, delimitando o espaço com a presença de uma mesa de um metro e vinte de largura e três metros de comprimento; onde o entrevistador e o pesquisador ficarão um em cada ponta da mesa; o uso de máscara cirúrgica durante todo o desenvolvimento da entrevista; ao ser recebido e após a entrevista será realizada a higienização das mãos com aplicação de álcool gel; o ambiente será iluminado e ventilado mantendo janela aberta e porta entreaberta; a mesa será higienizada entre as entrevistas com álcool 70%. Reitera-se que o pesquisador e o entrevistado não terão nenhum contato físico.

Se mesmo sendo tomadas todas as medidas descritas, resultar necessária a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, submeterei imediatamente notificação para apreciação do Sistema CEP/CONEP.

15 de setembro de 2021



Sueli de Carvalho Vilela

ANEXO

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vivência dos profissionais de saúde da área hospitalar no enfrentamento a pandemia da Covid-19

Pesquisador: Sueli de Carvalho Vilela

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52037021.4.0000.5142

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.032.026

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa de curso de mestrado (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem), submetido pela orientadora da mestranda, a ser realizado com financiamento próprio. Não foram identificados conflitos de interesse.

Objetivo da Pesquisa:

Resumo: Este projeto de pesquisa tem como objetivo compreender a vivência dos profissionais de saúde de um hospital privado de pequeno porte, localizado no sul do Estado de Minas Gerais, frente a situação da pandemia causada pela Covid-19. O mundo vive a pandemia da Covid-19 há mais de um ano e o número de pessoas doentes e óbitos relacionados a infecção tem aumentado diariamente no Brasil, ocasionando sobrecarga nos serviços de saúde e consequentemente, o desgaste emocional dos profissionais por terem de lidar com fatores de estresse no ambiente de trabalho. Neste sentido, torna-se relevante refletir as situações que envolvem as vivências desses profissionais no contexto da pandemia. Para fundamentar este exercício de pesquisa, recorreremos aos estudos sobre a temática, dentre eles a participação dos profissionais que atuam no hospital, no atendimento direto ou indireto aos pacientes com Covid-19. São profissionais da assistência, administrativo e da área de apoio. A abordagem metodológica estará ancorada na perspectiva descritiva de natureza qualitativa. O relato das vivências dos profissionais de saúde ocorrerá através de entrevista semiestruturada. A análise de conteúdo será realizada de acordo

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 - Sala O 314 E
 Bairro: centro CEP: 37.130-001
 UF: MG Município: ALFENAS
 Telefone: (35)3701-9153 Fax: (35)3701-9153 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br