



Revista Affectio Societatis
Departamento de Psicoanálisis
Universidad de Antioquia
revistaffectiosocietatis@udea.edu.co
ISSN (versión electrónica): 0123-8884
Colombia

2023

Davisson Gonçalves Giaretta & Mônica Medeiros Kother Macedo

Entre cuidado e caos: trabalho médico na urgência e emergência

Revista Affectio Societatis, Vol. 20, N.º 39, julio-diciembre de 2023

Art. # 06 (pp. 1-25)

Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia

Medellín, Colombia

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN



ENTRE CUIDADO E CAOS: TRABALHO MÉDICO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Davisson Gonçalves Giaretta¹

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

davissonggiaretta@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9192-369X>

Mônica Medeiros Kother Macedo²

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

monicakothermacedo@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9347-8537>

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.affs.v20n39a06>

Resumo

A partir de intensas demandas de cuidado ao outro presentes no contexto de urgência e emergência hospitalar, este artigo explora o exercício laboral de cuidado praticado pelo médico nesse cenário. A reflexão desenvolvida toma como eixo nortea-

dor a ética do cuidado em Psicanálise, a qual vai ao encontro da meta de humanização do cuidado vigente na Política Nacional de Humanização. Apresentam-se narrativas de quatro médicos residentes como testemunhos dos inegáveis efeitos subjetivos

-
- 1 Psicólogo. Mestre em Psicologia (PUCRS). Residência Integrada Multiprofissional em Saúde com ênfase em cardiologia (Instituto de Cardiologia/Fundação Universitária de Cardiologia/Porto Alegre-RS). Especialização em Psicologia Hospitalar (Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS). Psicólogo servidor público no município de Novo Hamburgo/RS.
 - 2 Psicóloga, Psicoanalista. Doctora en Psicología. Profesora del Programa de Posgrado en Psicoanálisis - Clínica y Cultura de la Universidad Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Bolsista Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D. Membro do Grupo de Trabalho: Psicanálise, subjetivação e cultura contemporânea - da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). Membro do Grupo Brasileiro de Pesquisas Sándor Ferenczi (GBPSF) membro da Internacional Sándor Ferenczi Network.

experenciados nessas vivências profissionais. Conclui-se ser imprescindível a implementação de políticas públicas e ações institucionais que contemplem o efetivo cuidado ao cuidador, instituindo, assim, a vigência

de outra lógica não restrita ao desempenho técnico.

Palavras-chave: trabalho; ética do cuidado; humanização; emergência; médicos.

ENTRE EL CUIDADO Y EL CAOS: TRABAJO MÉDICO EN LA URGENCIA Y LA EMERGENCIA

Resumen

A partir de las intensas demandas de cuidado al otro presentes en el contexto de la urgencia y la emergencia hospitalarias, este artículo explora el ejercicio laboral del cuidado realizado por los médicos en dicho escenario. La reflexión que se lleva a cabo toma como eje orientador la ética del cuidado en el Psicoanálisis, la cual va al encuentro de la meta de humanización del cuidado vigente en la Política Nacional de Humanización. Se presentan narrativas de cuatro médicos residentes como testigos de los inne-

gables efectos subjetivos experimentados en esas vivencias profesionales. Se concluye que es imprescindible la implementación de políticas públicas y acciones institucionales que contemplem el efectivo cuidado al cuidador, instituyendo, así, la vigencia de otra lógica que no se limite al desempeño técnico.

Palabras clave: trabajo; ética del cuidado; humanización; emergencia; médicos.

BETWEEN CARE AND CHAOS: MEDICAL WORK IN URGENCY AND EMERGENCY

Abstract

Based on the intense demands of caring for others, present in the context of hospital urgency and emergency, this paper explores the work practice of care that physicians perform in this

situation. The reflection has the ethics of care in Psychoanalysis as a guiding axis, which matches up with the goal of humanizing care, currently in force in the National Policy for Humaniza-

tion. It presents the narratives of four resident physicians as witnesses of the undeniable subjective effects undergone in these professional experiences. It concludes that it is essential to implement public policies and institutional actions that take into ac-

count the effective caring for the caregiver, thus establishing the validity of another logic not restricted to technical performance.

Keywords: work; ethics of care; humanization; emergency; physicians.

ENTRE LE SOIN ET LE CHAOS : LE TRAVAIL MÉDICAL DANS LES SOINS D'URGENCE ET LES SERVICES D'URGENCE

Résumé

Cet article explore l'exercice du travail de soin effectué par les médecins dans le cadre des urgences hospitalières, où d'intenses demandes de soin ont lieu. La réflexion menée s'appuie sur l'éthique du soin en psychanalyse, qui répond à l'objectif d'humanisation des soins en vigueur dans la Politique nationale d'humanisation. L'on présente les récits de quatre médecins internes en tant que témoins des effets subjectifs indé-

niables vécus dans ces expériences professionnelles. L'on en conclut qu'il est essentiel de mettre en œuvre des politiques publiques et des actions institutionnelles qui envisagent la prise en charge effective du soignant, en instituant ainsi la validité d'une autre logique qui ne se limite pas à la performance technique.

Mots clés : travail ; éthique des soins ; humanisation ; urgence ; médecins.

Recibido: 06/08/2023 • Aprobado: 02/10/2023

Introdução

Trabalhar não é meramente exercer uma atividade produtiva. Para Martins (2009), é inerente à atividade laboral a interação interpessoal, em que a subjetividade do trabalhador está implicada em seu fazer. A atividade do trabalho tem-se mostrado um elemento central na vida do sujeito, visto que possui um papel imprescindível na constituição identitária, bem como tem se desvelado um importante fator com influência no processo saúde-doença (Martins, 2009; Roosli et al., 2020). Estudos indicam a associação existente entre atividade laboral e adoecimento, destacando o fato de que sua expressão pode se dar por meio de padecimentos psicológicos (Cruz et al., 2019; Stehman et al., 2019; Silva & Marcolan, 2020). Nessa direção, constata-se a relevância de estudos e problematizações a respeito das condições implicadas nas diferentes dinâmicas frente as quais o trabalho pode constituir-se como uma relevante fonte tanto de saúde quanto de sofrimento para quem o exerce.

Para uma reflexão a respeito do trabalho desempenhado no campo da saúde, particularmente em instituições hospitalares, aspectos singulares devem ser considerados a fim de acessar a especificidade e a complexidade próprias a esse cenário laboral. Nessas instituições marcam presença fatores como sobrecarga de trabalho, inflexibilidade dos processos da instituição, enfrentamento com o sofrimento alheio e iminência cotidiana de morte (Altenbernd & Macedo, 2020; Monteiro et al., 2012). Constata-se que tais fatores podem fomentar experiências de intenso sofrimento psíquico para os profissionais de saúde.

Em meio às muitas demandas que fazem parte do cotidiano do atendimento em Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência (SHUE), estão as tarefas de pronto socorro e de práticas interventivas sustentadas na exigência cotidiana do desempenho calcado em atenção qualificada e eficaz, a fim de propiciar a excelência no cuidado demandado. A Resolução N° 2.077/14 (CFM, 2014) do Conselho Federal de Medicina (CFM), que dispõe sobre a normatização do funcionamento dos SHUE e do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho, determina que os SHUE são compostos pelos prontos-socorros hospitalares, pronto-atendimentos hospitalares,

emergências hospitalares, emergências de especialidades, exceto os Serviços de Atenção às Urgências não Hospitalares, como, por exemplo, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e congêneres.

No intuito de contextualizar a especificidade de funcionamento dos SHUE, a Resolução N° 2.077/14 do CFM (CFM, 2014) alerta para o risco advindo de precárias condições de trabalho. A Resolução refere, por exemplo, que a sobrecarga de trabalho que ultrapassa o limite físico e intelectual do profissional pode comprometer a qualidade do atendimento médico prestado. Logo esta Resolução alerta para o incremento de riscos uma vez que o médico, além de se deparar com casos graves e de alta complexidade, inerentes ao seu fazer, pode ainda estar inserido, muitas vezes, em um ambiente laboral insalubre, caracterizado pela precariedade das condições de trabalho. Entende-se, portanto, ser indispensável o questionamento e a consideração sobre o efeito dessas condições prejudiciais e impeditivas da excelência do cuidado a ser dispensado aos pacientes, incluindo-se a reflexão sobre a saúde do trabalhador médico.

Assim, cabe a indagação sobre os inegáveis efeitos no *sujeito* trabalhador quando, em sua prática laboral em SHUE, é evidente o risco de limitação e desgaste de seus recursos subjetivos e técnicos. A intensidade e o ritmo presentes no cotidiano de assistir o outro nesse cenário laboral sempre repercute no agente dessa ação. Assim, dedicar atenção aos profissionais de saúde, de forma ética, genuína, permanente e integral, tem inquestionável relevância uma vez que o agente de cuidado é um *sujeito* que, também, corre o risco de padecer frente ao descuido consigo mesmo e/ou frente a condições de trabalho marcadas pelo excesso.

Tendo em vista a especificidade do contexto laboral dos SHUE, busca-se, neste artigo, explorar e problematizar elementos relativos aos fatores implicados no exercício de cuidado por parte de médicos residentes. Para tanto, dentre as disciplinas que abordam elementos referentes ao cuidado ao cuidador elegem-se as contribuições teóricas da Psicanálise no intuito de problematização referente aos elementos subjetivos que se somam às aptidões e habilidades técnicas de um sujeito ao exercer seu trabalho. Acredita-se que a reflexão sobre a práti-

ca laboral de cuidado não deve prescindir de um olhar sobre o agente de cuidado. Busca-se, assim, trazer ao debate aspectos relativos à formação do médico e, também, elementos que permitam uma reflexão sobre a complexa prática de cuidado médico em contextos marcados por singulares exigências e evidentes precariedades. Serão apresentadas, como recurso ilustrativo, narrativas de quatro médicos residentes a respeito de seu fazer no contexto de urgência e emergência hospitalar (Tabela 1). Optou-se por utilizar tais narrativas por revelarem a complexa conjuntura do exercício laboral do médico problematizada neste artigo. Esses dados decorrem de resultados de uma pesquisa maior de cunho qualitativo na qual foram entrevistados 15 profissionais de saúde enfermeiros e médicos residentes (Giaretta & Macedo, 2021; Altenbernd & Macedo, 2020). Conduzido em uma universidade do sul do Brasil, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa dessa instituição. Cabe ressaltar que as narrativas utilizadas neste artigo foram coletadas antes da pandemia do coronavírus (COVID-19). Não obstante, são narrativas que retratam um cenário laboral já marcado por intensas dificuldades e limitações em SHUE, bem como explicitam seus efeitos devastadores na saúde do profissional médico. Destarte, a experiência pandêmica contribuiu sobremaneira para a constatação do agravamento das precárias condições identificadas e exploradas no artigo referentes à escassa mutualidade de cuidados na saúde pública. Os dados do estudo apresentados neste artigo referem-se aos seguintes participantes:

Tabela 1. Caracterização dos participantes médicos residentes

Participante	Idade	Sexo	Residência	Ano da Residência	Ano de Formação em Medicina
Participante 1	32	F	Medicina de Emergência	R2	2014
Participante 2	33	F	Gastroenterologia	R2	2010
Participante 3	28	F	Medicina de Emergência	R2	2014
Participante 4	40	M	Medicina de Emergência	R2	2013

Observação. Elaboração própria.

A complexidade humana no contexto de saúde e doença

A fim de analisar e compreender o processo saúde-doença, faz-se necessário resgatar e contextualizar historicamente os deslizamentos dos sentidos conferidos à experiência de sofrimento. Furtado e Szapiro (2016) destacam três tempos cruciais: o primeiro tempo diz respeito à época medieval, em que o sofrimento e a morte consistiam em fenômenos naturais, os quais faziam parte da vida. Já no segundo tempo, a Modernidade, com o surgimento da Medicina, inaugurou uma nova concepção de sofrimento e de morte, tornando-os objetos de conhecimento e intervenção. Por último, como resultado de desdobramentos da Medicina moderna, o terceiro e mais atual tempo se caracteriza pela transformação do sofrimento em patologia, devendo, portanto, ser corrigido (Furtado & Szapiro, 2016).

No século xvii houve um crescente interesse pelas Ciências Naturais. Nesse contexto, René Descartes instaura o Método Científico, no qual vigora os postulados racionalistas da doutrina cartesiana, a qual compreende o sujeito subordinado à certeza do *cogito* e da supremacia de uma visão consciencialista (Moraes & Macedo, 2018). A partir do método proposto por Descartes como relevante operador do campo científico, prepondera a dicotomia mente *versus* corpo (Costa et al., 2020).

A Medicina anatomopatológica moderna surge e se desenvolve a partir da crítica e da recusa das representações mágicas e religiosas da doença, bem como de uma casuística - coleção de casos - e de uma constituição de um *corpus* clínico alicerçado sobre uma observação metódica advinda da investigação acerca da natureza, ou seja, do corpo vivo (Askofaré, 2006). Nessa perspectiva, o sofrimento outrora concebido como uma circunstância humana, condição irremediável e natural com a qual lidavam os humanos, converte-se em um problema a ser tratado (Furtado & Szapiro, 2016). Logo uma nova concepção de saúde resultará desse deslocamento, o qual, por sua vez, fará alusão a um funcionamento normal dos organismos e dos comportamentos. A doença, portanto, será tratada como um desvio da normalidade (Furtado & Szapiro, 2016).

Já no século XVIII, a Medicina, de acordo com Foucault (2011/1972), seja ela psíquica, psiquiátrica, psicopatológica ou neurológica, tinha como principal função a substituição da prática e doutrina religiosa que visavam a conversão do pecado em doença. Ou seja, cabia à Medicina o papel de ditar os hábitos morais da sociedade, o que lhe conferia uma “função judiciária”, visto que definiria não somente o que é normal e patológico, mas também o lícito e o ilícito, o criminal e o não criminal (Foucault, 2011/1972). A prática laboral e a produção de conhecimento em Medicina, inicialmente, não se valiam da instituição hospitalar. O nascimento dessa instituição como instrumento terapêutico consiste em uma invenção relativamente recente, visto que data do final do século XVIII (Foucault, 2011/1978; Foucault, 2004/1979). Anteriormente a esse período, Foucault (2004/1979) refere que o hospital se constituía essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, produzindo práticas de segregação e exclusão. Logo a prática da Medicina não se vinculava ao cenário institucional, sendo hospital e Medicina domínios independentes. Para o autor, a qualificação do médico se pautava na mera transmissão de receitas, ficando a experiência hospitalar ausente em sua formação. Por conseguinte, a intervenção do médico na doença era organizada em torno da noção de *crise*. O profissional, ao observar o doente e a doença, deveria descobrir quando apareceu a crise – momento em que se confrontam, no doente, sua natureza sadia e o mal que o ataca. Era dever do profissional observar os sinais, prever a evolução e ter um prognóstico, sendo a cura considerada o predomínio da natureza em detrimento da doença, pautada na relação individual entre médico e doente (Foucault, 2004/1979).

A partir de meados do século XVIII, a Medicina, pela primeira vez, adquire uma capacidade e um poder suficientes para que alguns doentes, frente à melhora de suas condições iniciais, deixassem o hospital (Foucault, 2011/1976). Assim, a origem do hospital médico, com fins terapêuticos e de cura, se dá a partir do ajuste de dois processos. O primeiro processo consiste no deslocamento da intervenção médica antes endereçada à doença propriamente dita e, agora, à anulação dos efeitos negativos do ambiente do hospital, transformando as condições do meio em que os doentes são alocados. Já o segundo processo, compreende a disciplinarização do espaço hospitalar (Foucault, 2011/1978; Foucault, 2004/1979). A “medicalização” do hospital, no século XVIII, está, por-

tanto, diretamente relacionada a uma questão disciplinar, econômica e social (Foucault, 2011/1978), imperando, assim, um entendimento de caráter naturalista, o qual legitima as práticas de medicalização.

Vale lembrar que Bernardino Ramazzini é considerado o pai da Medicina do Trabalho pelo seu pioneirismo e interesse aos fatores laborais associados ao adoecimento dos operários (Mendes, 2016). Em 1700, Ramazzini publicou a primeira edição do *De Morbis Artificum Diatriba* (traduzido para o português como “As doenças dos trabalhadores”), no qual a atenção da ciência médica se voltou à saúde do trabalhador (Mendes, 2016; Nogueira, 2016). Pela primeira vez na história, é referida a possibilidade de que o trabalho poderia produzir doença (Nogueira, 2016). A relevância atribuída a Ramazzini no campo da saúde é, portanto, inegável devido a sua contribuição ímpar para o desenvolvimento da Medicina relativa à promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores (Mendes, 2016), além de privilegiar uma visão mais integradora do sujeito trabalhador.

Nessa direção, encontra-se também em Sigmund Freud, criador da Psicanálise, no final do século XIX e início do século XX, o destaque ao fato de que mente e corpo estão intimamente relacionados (Moraes & Macedo, 2018). Os fenômenos histéricos representavam um desafio para a Medicina, visto que seus sintomas não correspondiam à nenhuma lesão neurológica localizável no âmbito da anatomia. Assim, Freud compreendeu a histeria desde uma perspectiva que enfatizou aspectos inconsciente do sujeito, integrando, nessa concepção, uma leitura do corpo como campo de expressão de conflitos psíquicos (Moraes & Macedo, 2018). Cabe ressaltar, como refere Birman (2021), que “a invenção da psicanálise foi uma subversão fundamental no campo dos saberes sobre o psíquico” (p. 36). Contemporaneamente Costa et al. (2020) asseveram que o dualismo mente *versus* corpo é considerado ultrapassado, visto que, tanto na clínica quanto nas produções científicas no campo da saúde, o trabalho tem se orientando no sentido de uma superação definitiva da dissociação entre psicológico e biológico. A Psicanálise, nesse sentido, se apresenta como uma ferramenta teórica de reflexão sobre variados fenômenos humanos, colocando em evidência o sujeito e sua singularidade. A partir dessa perspectiva, busca-se refletir sobre a complexidade do trabalho de-

sempenhado pelo médico em SHUE, levando em conta sua singularidade como um *sujeito* que desempenha funções em um cenário laboral marcado por excessos e precariedades.

A ética do cuidado e a atenção ao cuidador: efeitos no fazer médico

Com o advento da Psicanálise, observa-se, por conseguinte, uma ruptura epistemológica com o modelo do Método Científico proposto por Descartes. Freud modifica significativamente a compreensão e o tratamento das patologias psíquicas, ao deslocar a ênfase da descrição da patologia para a escuta do sintoma. Em sua Conferência *Sobre a Psicoterapia*, Freud (1996/1905) enfatiza a relevância da relação médico-paciente ao se referir ao tratamento das psiconeuroses: “essas doenças não são curadas pelo medicamento, mas pelo médico, ou seja, pela personalidade do médico, na medida em que através dela ele exerce uma influência psíquica” (p. 249). Essa proposição inclui a subjetividade do médico, contribuindo para a problematização de aspectos identificados no campo da saúde. Nesse sentido, a Psicanálise é uma disciplina que contribui para a reflexão sobre as condições implicadas na prática médica ao priorizar elementos não restritos à qualificação técnica, mas associando o cuidado a uma prática que, também, reconhece e acolhe a complexidade do sofrimento.

Castro et al. (2006), ao aludirem à concepção de doença, incluem a influência do ambiente. Conjugam-se na dinâmico do adoecimento, segundo os autores, fatores provenientes do corpo, da mente, da interação corpo-mente, bem como da interação do sujeito com o ambiente e o meio social. Privilegia-se, assim, uma concepção integrada de saúde que consiste no somatório dos aspectos somáticos, psíquicos e socioculturais.

Tal evolução acerca das concepções de saúde e doença, bem como do lugar do sujeito no processo de adoecimento, mostra-se imprescindível no reconhecimento da complexidade presente no encontro entre paciente e profissional de saúde. O conceito ampliado de saúde-

-doença envolve aspectos do sujeito – biológicos e psíquicos – e sua interação com o meio no qual encontra-se inserido, tendo importantes implicações na própria concepção e dinâmica das práticas de cuidado estabelecidas.

No que tange às repercussões de tal visão ampliada do sujeito e de sua relação com a cultura, constata-se que a leitura psicanalítica sobre os padecimentos humanos contribui significativamente. Freud (1996/1930), ao deter-se no estudo sobre o sofrimento psíquico, identifica três fontes: “o poder superior da natureza, a fragilidade de nosso próprio corpo e a deficiência das disposições que regulam os relacionamentos dos seres humanos na família, no Estado e na sociedade” (p. 94). Na escrita freudiana destaca-se a terceira fonte de sofrimento, proveniente do campo social, a qual, por ser de difícil reconhecimento, desvela sua paradoxal concepção. Assim, ao identificar que “não podemos perceber por que os regulamentos estabelecidos por nós mesmos não representam, ao contrário, proteção e benefício para cada um de nós”, Freud (1996/1930, p. 94) permite a aproximação de tal paradoxo à dinâmica observada em relações sociais no trabalho estabelecidas em campos, marcadamente, destinados ao cuidado. Constata-se, portanto, que em cenários laborais como hospitais, não é raro o predomínio de condições e relações marcadas por precariedades e pela desconsideração ao fator humano. Tais condições acabam caracterizando, muitas vezes, a instauração de uma lógica de produtividade em detrimento ao cuidado com o sujeito trabalhador. Nessa lógica, ancorada pelo discurso neoliberal, a performatividade faz sucumbir, perigosamente, condições de atenção às reais condições psíquicas dos agentes do cuidado, instaurando um mal-estar laboral, promotor de diversas modalidades de padecimento psíquico.

Nessa direção, a partir dos anos 1970, observa-se uma exigência absoluta de flexibilidade dos empregos, promovendo, assim, uma precarização estrutural e uma intensificação do trabalho (Thebaud-Mony, 2011). Para Araújo e Morais (2017), tal precarização laboral se dá em virtude da crescente, difundida e excessiva flexibilização das formas de emprego, caracterizada por instabilidade, desproteção legislativa e flexibilização contratual. As autoras asseveram que vivências precarizadas nas condições e relações de trabalho podem acar-

retar diversos e importantes impactos no trabalhador, desde comprometimento de sua saúde até prejuízos psicossociais. As condições insatisfatórias de trabalho, derivadas da política da flexibilização e desregulamentação de direitos sociais, previdenciários e trabalhistas, impactam negativamente não apenas a saúde do trabalhador, mas, também, a sua cidadania e dignidade (Araújo & Morais, 2017).

Nesse sentido, diversos obstáculos e desafios decorrentes da burocratização do serviço e da cristalização das questões organizacionais provocam importantes impactos nos SHUE do Brasil (Poll et al., 2008). Na ilustração desse caos se apresentam a superlotação dessas unidades; carência quantitativa e qualitativa de recursos humanos; sobrecarga de trabalho; demanda inadequada (casos de menor complexidade que poderiam ser resolvidos na atenção básica são destinados a esses serviços); estrutura física inapropriada; verba insuficiente; precariedade ou ausência de equipamentos e materiais; gerenciamento precário de recursos; ausência de leitos de retaguarda; fragilidade no planejamento efetivo (Mendes et al., 2013; Poll et al., 2008; Rosado et al., 2015). Limitações e precariedades, efetivos obstáculos e desafios no cotidiano do trabalho médico, marcam presença nas falas dos participantes e desvelam o impacto dramático nas condições no cuidar ao outro, assim como no cuidado dirigido a si mesmo, conforme constata-se a seguir:

“Às vezes tu não consegues dar o atendimento que gostarias, porque tu tens tanta coisa para fazer, tens tanta gente para ver e tudo, que tu não consegues dedicar da forma como seria necessário. Então, às vezes entristece-se tu olhas por esse lado, porque é muita dificuldade ainda, muitos problemas que, quem sabe um dia, a gente conseguirá resolver”. (Participante 1).

Na mesma direção, a participante 2 conta sobre sua experiência como médica contratada em uma unidade de emergência de um hospital geral após o término de sua primeira residência em Medicina Interna: *“Emergência sempre lotada e eram... às vezes quinze pacientes por turno de seis horas para ser visto, evoluído, prescrito, visto exames, discutido, tudo, falar com a família. Então era uma coisa enlouquecedora!” (Participante 2).*

As precárias condições de trabalho, o excesso de atividades e a exigência de prontidão e de êxito no atendimento em urgência e emer-

gência têm efeitos diretos na saúde do profissional. Esses elementos podem impor uma modalidade de trabalho cujo ritmo constante, intenso e de pressão, gera uma sobrecarga de trabalho, inclusive mental, contribuindo para a ocorrência de sofrimento psíquico (Monteiro et al., 2019). Também a ocorrência de acidentes de trabalho, a manifestação de doenças psicossomáticas, a possibilidade de uso abusivo de medicações controladas, o consumo de álcool e de outras drogas, o absenteísmo, a elevada rotatividade e os conflitos profissionais são expressões do excesso encontradas nesses contextos laborais (Poll et al., 2008). No que tange às condições do sistema de saúde brasileiro, a participante 1 denuncia um aspecto que merece especial atenção: *“A gente vê hoje o problema da saúde pública, querendo ou não, acaba estourando nas emergências”*.

Os prontos-socorros, desse modo, acabam sendo o lugar de primeira escolha no acesso ao sistema de saúde. Viana et al. (2018) consideram a atenção básica – primeiro nível de atenção em saúde e de menor complexidade – a porta de entrada adequada no sistema. No entanto, os autores alertam que tal situação não ocorre de fato em virtude do pouco reconhecimento desses serviços por parte da população como efetivo lugar de cuidado regular. Logo a atenção básica falha na função de “porta de entrada” para acesso posterior e adequado encaminhamento aos recursos de maior complexidade na saúde pública.

Destaca-se que a pandemia do coronavírus instituiu práticas cotidianas de denúncia e de alerta referentes aos poucos recursos laborais no âmbito da saúde pública. A precarização do trabalho, processo em curso já há algum tempo, configurou, sob condições de incremento das precariedades existentes, uma dinâmica ainda mais dramática para a eficaz ação de cuidado ao outro no âmbito do enfrentamento da pandemia. Importante estudo multicêntrico intitulado *The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES) Informe Regional de las Américas*, coordenado pela Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022), avaliou o impacto da pandemia na saúde mental dos trabalhadores de serviços de saúde, durante a vigência da pandemia³.

3 “El estudio considera evaluaciones de seguimiento realizadas aproximadamente a los 6, 12 y 24 meses, desde el inicio del estudio o línea de base. Al 27 de septiem-

No referido informe, a partir de dados relativos a 11 países participantes do estudo, foram identificados preocupantes efeitos na saúde mental de trabalhadores da saúde. Considerando-se a inter-relação de fatores individuais, familiares, laborais e sociais, constatou-se elevadas taxas de sintomas depressivos, ideação suicida e estresse psicológico nesses profissionais.

Nessa mesma direção, Lopes (2020) demonstra, em pesquisa realizada em dois hospitais de Goiânia, referências em atendimento a pacientes com COVID-19, que o contexto pandêmico impactou de forma inegável no cotidiano laboral de enfermeiros e enfermeiras. Entre os principais achados, o autor destaca o fato de que esses profissionais vivem de forma singular processos marcados pela intensificação da precarização e da flexibilização das condições e relações laborais, culminando na amplificação de vivências de sofrimento e adoecimento por parte dos trabalhadores.

A pandemia, portanto, via incremento de riscos à vida, dá maior visibilidade à evidente precarização desse campo laboral. No contexto marcado pelo desvelamento da precarização de condições e do excesso ao qual se vê submetido cotidianamente o profissional de saúde, a relevância do cuidado é inquestionável, principalmente ao englobar a necessária atenção, desde o adequado fornecimento de recursos materiais (Sahebi et al., 2021), até o efetivo suporte social e emocional aos trabalhadores (Weibelzahl et al., 2021). Essas constituem práticas fundamentais considerando-se o objetivo de mitigar o sofrimento e prevenir o adoecimento físico e psicológico dos trabalhadores em saúde.

Carrieri et al. (2018) formulam importante crítica ao fato de que a maioria das publicações sobre saúde mental de médicos tende a enfatizar os recursos individuais desses profissionais, responsabilizando-os por sua própria saúde mental e, muitas vezes, negligenciando o

bre del 2021, la red de colaboración que aloja el estudio cuenta con 26 países, de los que 21 han realizado al menos una recolección de datos. En la Región de las Américas, estos son Argentina, Brasil, Chile, Colombia, el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, la República Bolivariana de Venezuela y Uruguay” (OPS, 2022, p. 06).

impacto da estrutura do contexto organizacional no bem-estar desses profissionais. Nessa direção, Walton et al. (2020) consideram que o suporte/apoio em saúde mental para os profissionais de saúde compõe um aspecto crucial e, ao mesmo tempo, crítico do sistema de saúde. O cuidado em saúde mental, portanto, deve se dar sob diferentes vértices a fim de contemplar desde o nível coletivo até o nível individual. Os autores consideram de extrema relevância o suporte proveniente da organização de saúde, mediante o qual se deve poder identificar e atender às demandas das equipes de saúde. A partir das considerações de Walton et al. (2020), observa-se o imprescindível papel do sistema de saúde, bem como das instituições de saúde, na oferta e na sistematização de amparo aos seus trabalhadores. Amparo que se traduz sob a forma de um cuidado, cuja prática permita identificar e atender às demandas específicas dos trabalhadores, desde as necessidades básicas, como fornecimento adequado de equipamentos de proteção e insumos até a atenção relativa a singulares demandas emocionais.

Na ineficiência do amparo do sistema de saúde e institucional, corre-se o risco de o profissional ingressar em uma experiência de desalento, a qual, segundo Birman (2012), alude à inexistência ou à ineficiência do atendimento de apelo e demanda do sujeito em direção ao outro. Assim, acaba por instituir-se a passivização do sujeito, cuja captura em um estado de desesperança, impede o trabalho necessário para modificar seu sofrimento. O sujeito trabalhador, desse modo, mediante descaso e desatenção institucional à sua subjetividade, marcado pelo incremento do risco de adoecimento, terá efeitos evidentes em si mesmo e em suas práticas laborais. Destarte, é fundamental incluir na reflexão sobre as condições do exercício laboral na instauração de padecimentos. Essa questão é abordada pela participante 1:

“A gente não é ouvido na maioria das vezes. Até a gente estava questionando que a gente não tem um feedback da nossa chefia, por exemplo. (...) A maioria das vezes a gente não tem isso, não tem esse retorno.(...) Até a gente comentou, mas ninguém nos ouve em relação a isso. E, às vezes, eles nos ouvem só para nos dizer não”.

A narrativa da participante 1 alude a expectativa de um olhar institucional atento e sensível às necessidades dos profissionais, bem

como o efeito funesto frente ao não efetivo reconhecimento da importância de suas demandas. Cabe, portanto, a reflexão sobre a ausência do olhar e da escuta em relação ao *sujeito médico*, o qual, no contexto de urgência e emergência hospitalar, está direta e continuamente sob o efeito de experiências relativas ao sofrimento humano. O relato a seguir, da participante 3, indica que é inerente à profissão médica o contato com o sofrimento do outro. A narrativa permite identificar que tal aproximação deveria se dar mediada pela proposição da humanização de práticas. A participante 3 é crítica sobre a ausência dessa condição no cotidiano de seu trabalho e assume a preocupação sobre como encontrar alternativas frente aos impasses que experencia: *“Falta humanização mesmo, a gente tem que humanizar o atendimento. A gente tem que sentir, mas a gente tem que moldar como a gente vai perceber aquelas coisas e as nossas reações, que é o mais difícil, né?”*.

Na existência do humano, é imprescindível a experiência de cuidado que se dá no encontro com o outro. Trata-se, portanto, de considerar que, no cuidado ao outro, também são demandas ao cuidador suas experiências de autocuidado. Nessa lógica de reciprocidade, além do paciente, torna-se fundamental incluir efetivamente as condições referentes ao sujeito cuidador. No campo da saúde, entende-se que a dimensão sociocultural contempla tanto as condições de trabalho ofertadas/ direcionadas ao profissional de saúde, bem como oferta diretrizes sobre sua prática laboral de cuidado. Evidencia-se, assim, que a problematização de elementos relativos ao cuidar em saúde são relevantes, uma vez que deles decorrem o delineamento das práticas de políticas públicas que visem e assegurem a saúde do trabalhador.

No Brasil, a Política Nacional de Humanização (PNH) consiste em uma política pública, caracterizada por uma estratégia essencial de interferência no processo de produção de saúde (HumanizaSUS, 2004). A PNH refere-se a um conjunto de diretrizes transversais que norteiam toda atividade institucional, englobando usuários ou profissionais de saúde em qualquer instância de efetuação. Uma importante orientação contemplada nessas diretrizes alude a proporcionar cuidado, pessoal e institucional, ao cuidador (Rios, 2009).

Para Rios (2009), a humanização está fundamentada no respeito e na valorização da pessoa humana, consistindo-se, assim, em um processo que objetiva a transformação da cultura institucional a partir da construção coletiva de compromissos éticos e de métodos para as ações de atenção à saúde e gestão de serviços. Pontua-se, mais especificamente, o lugar do médico nesse processo de humanização, tanto de agente do cuidado como, também, de sujeito a ser cuidado. As diretrizes da PNH, portanto, reconhecem essa necessidade, mas, cabe a questão sobre como, na prática, se dá a sua implementação. Nesse sentido, o participante 4, ao mesmo tempo em que reconhece como sendo essencial a política de cuidado ao trabalhador, denuncia a deficiência em sua efetiva implementação:

“E quem é que cuida das pessoas que cuidam das pessoas? (...) Falta esse suporte psicológico. (...) Por que a mente do médico não se fragiliza? Por que a mente do técnico de enfermagem, do enfermeiro não se fragiliza? É óbvio que se fragiliza! E por que a gente não tem esse suporte psicológico?”

Na clínica psicanalítica situa-se uma modalidade singular de cuidado que, ao exigir a reflexão constante sobre seu fazer, orienta-se a partir de uma *ética do cuidado*, a qual tem início em Sándor Ferenczi, seu legítimo fundador. Tendo em vista o trabalho psíquico do analista no processo de escuta ao analisando, ou seja, a implicação das condições da pessoa do analista em seu labor, Ferenczi (2011/1928) marca a importância da elaboração de uma “higiene” particular do analista, indicando, como condição imprescindível a análise do analista. Tomando-se a constatação ferencziana e, associando-a com a relevância do cuidado ao cuidador desenvolvida neste artigo, entende-se como prioritárias as condições de cuidado do médico consigo mesmo frente ao cotidiano exercício laboral no qual lhe são exigidas prontidão e qualificação na urgência e emergência de cuidado ao outro. Trata-se, portanto, não apenas do dano associado a pouca atenção dedicada aos fatores psicológicos relativos aos pacientes, mas, sobretudo, ao risco de descuido às suas próprias condições subjetivas implicadas, inevitavelmente, na prática de cuidado ao outro.

Ferri e Gomes (2015) afirmam, por exemplo, que o principal objetivo do internato (período final da formação médica cumprido em um

hospital vinculado à universidade) consiste em oferecer uma formação prática generalista, privilegiando os aspectos técnico e experimental, a fim de estimular a formação de profissionais mais aptos à compreensão de evidências científicas. A excessiva ênfase dada à aquisição de conhecimento técnico-científico desde a formação médica, destarte, alerta para o risco de uma prática reducionista e exclusivamente tecnicista, a qual desprezaria a subjetividade tanto do paciente como do profissional. Nogueira (2016) reconhece que a maioria das escolas brasileiras de Medicina não oferece em seus currículos uma disciplina de Medicina do Trabalho. Frente a essa constatação, o autor critica a formação de médicos, na qual concluem a graduação em Medicina, na maioria das vezes, sem saber que o trabalho pode produzir doença.

Muitas vezes os profissionais conseguem com mais facilidade identificar as fragilidades e vulnerabilidades da população atendida, mas não incluem nos “problemas” que identificam o fato de eles próprios se depararem com importantes limitações pessoais e profissionais em seu cotidiano laboral. Os profissionais entrevistados narraram suas angústias e preocupações em prestar um atendimento médico integral ao sujeito/paciente e não, meramente, tratar a patologia em questão, conforme é ilustrado na fala da participante 3:

“Então, são dois problemas ali que a gente enfrenta: a situação em si de doença, tratamento, de técnica e a situação com as pessoas que estão em volta, que não deixam de serem seres humanos. Então a gente tem que humanizar aquele atendimento, para ele não se tornar uma coisa objetiva, técnica, vou curar, vou aplicar essa técnica”.

A prática médica nesse cenário gera singulares efeitos no campo intersubjetivo, sem dúvida. A fala da participante 3 ilustra o desafio em trabalhar com pacientes graves considerando-se, ainda, o fato de que a superlotação da unidade soma-se, como excesso, à evidente gravidade das situações clínicas que lhe são demandadas e que acabam por impor limitações imperiosas e incontornáveis ao trabalho exercido:

“É difícil, é pesado, eu me sinto carregada, eu chego em casa, meu Deus, querendo tomar um banho e ‘botar’ tudo para fora, porque é pesado. É pesado lidar com gente que está grave, paciente grave, é mais pesado ainda lidar com superlotação”.

A participante 2 narra o reconhecimento à necessidade de criar recursos pessoais para dar conta das demandas laborais cotidianas:

“No começo eu sonhava bastante com os pacientes, com os casos. Eu ficava muito envolvida. Aí depois, aos poucos, tu consegue se envolver, mas não tanto assim de trazer as coisas para casa. (...) E não sei, acho que isso foi acontecendo, tanto pela terapia, mas pelo dia a dia... acho que tu vai aprendendo a lidar com as coisas de uma forma natural. Não sei explicar”.

A participante recorre à terapia como recurso de enfrentamento ao excesso demandado. É recorrente o uso de estratégias e recursos individuais, por parte dos médicos, tais como práticas de lazer, conversas informais com colegas, amigos e familiares, mas, também, há a constatação de riscos decorrentes da automedicação como perigosa tentativa de autocuidado (Giaretta & Macedo, 2021; Monteiro et al., 2019).

Nessa direção, Moretto (2019) afirma que o hospital é o lugar onde impera a ordem médica, cujo discurso, regido por uma objetividade, cientificidade e tecnicidade, prima por excluir a subjetividade tanto do paciente quanto do médico. No entanto, segundo a autora, uma vez que o discurso médico fracassa ao produzir fenômenos que não consegue tratar, abre-se espaço para introduzir uma outra ordem. Essa nova ordem, sustentada pelo discurso psicanalítico, traz para a cena hospitalar a subjetividade do sujeito, seja ele o paciente ou o médico. Por conseguinte, “onde só impera a ordem médica o hospital é um caos humano” (Moretto, 2019, p. 66).

É de extrema relevância o cuidado dispensado aos médicos em SHUE, a partir da atenção às suas demandas singulares e coletivas, levando sempre em conta as especificidades de seu exercício laboral, marcado por excessos e precariedades (Giaretta & Macedo, 2021). Para tanto, faz-se necessário reconhecer a dualidade da posição que o médico ocupa em seu fazer: ao mesmo tempo em que exerce o cuidado, deve ser, também, sujeito alvo de cuidado.

Nesse sentido, segundo Monteiro et al. (2019), a saúde do trabalhador deve ser tratada como uma questão de saúde pública, a qual é cada vez mais negligenciada no país, já que se constata a redução de inves-

timentos em saúde nas últimas décadas. As autoras ainda destacam que, na ausência de uma efetiva política pública, torna-se impossível promover e acurar a saúde mental do trabalhador. Além de incidir na subjetividade do profissional, as parcas condições de trabalho promovem fragilidades nas práticas de cuidado ao paciente. Dessa forma, as demandas de cuidado e atenção podem ser atendidas, mediante o reconhecimento de seus desdobramentos, por meio da implementação de ações de cuidado nos âmbitos institucional, coletivo e social, bem como mediante sistemática oferta de formação continuada a esses profissionais (Monteiro, Mendes, & Beck, 2020). Logo, uma genuína promoção da saúde mental dos profissionais de saúde decorre, necessariamente, de modificações na organização do trabalho (Monteiro et al., 2020).

Como afirma Birman (2021), a psicanálise, ao considerar a relevância das intensidades psíquicas, reconhece as condições para a subjetividade “enunciar algo sobre sua experiência dolorosa” (p. 42). Destarte, a contribuição da Psicanálise, ao escutar de forma sensível o sujeito, é potente no que se refere à promoção de novas formas de abordagem ao paciente, bem como ao profissional de saúde (Roosli et al., 2020). Ademais, o cenário laboral de excessos e precariedades é agravado pelo contexto da pandemia do coronavírus, o qual potencializou o caos já existente nos SHUE. Destaca-se, sobremaneira, a urgente necessidade de revisar, reestruturar e implementar políticas e ações que efetivamente visem a promoção e a manutenção da saúde do trabalhador, a fim de minimizar a lacuna existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real. Para tanto, é imperioso reconhecer que o excesso vivenciado pelos profissionais de saúde não finda com a pandemia, visto serem cruciais a garantia e a legitimação de apropriadas e acolhedoras condições de trabalho na saúde coletiva. Nessa via de reconhecimento e enfrentamento da precariedade e seus efeitos, poderá ocorrer a real efetivação da humanização em saúde, a qual não pode prescindir de fatores subjetivos e emocionais do médico na prática laboral de cuidado. Assim, como resultado, tem-se melhores condições de trabalho e qualificação da atenção prestada. A essência da humanização é, portanto, o enlace entre a competência técnica e tecnológica e a competência ética e relacional exercidas em um contexto de hospitalidade tanto para com o paciente, como para o profissional de saúde.

Considerações finais

É relevante escutar de forma sensível e empática os profissionais, dando-lhes condições de expressão e de reconhecimento de suas angústias e sofrimentos a partir da singularidade dos efeitos decorrentes de suas práticas laborais. A escuta de suas narrativas permitiu identificar tanto os aspectos assinalados como potencialmente excessivos e dificultadores do trabalho, como, também, reconhecer o potencial de mudança a partir da implementação de práticas que tragam para o centro da reflexão a complexidade dos elementos implicados em uma genuína prática de cuidado em saúde. A partir do reconhecimento desses fatores é possível contribuir com ações, tanto individuais quanto coletivas, no intuito de implementar condições de promoção ao cuidado e atenção à saúde psíquica do trabalhador e de uma consistente efetividade em suas práticas. A humanização, portanto, sustenta-se no imprescindível reconhecimento dos impactos subjetivos implicados na condição laboral dando, assim, acolhimento à vulnerabilidade e ao sofrimento de um profissional diante das demandas de seu fazer.

Nesse sentido, a prática de cuidado exercida pelo médico no contexto laboral que mescla demandas de cuidado e de enfrentamento ao caos, indica ser inadiável a efetiva implementação de políticas públicas e ações institucionais que contemplem o cuidado ao cuidador, instituindo, assim, a vigência de outra lógica que não restrita ao desempenho técnico. As narrativas singulares das práticas laborais contempladas nesse artigo não deixam dúvida quanto ao fato de que a subjetividade é o elemento central e insubstituível na qualidade de uma ação humana.

Referências

- Altenbernd, B., & Macedo, M. M. K. (2020). Rigor e sensibilidade: singulares demandas do cuidado em enfermagem no contexto de urgência e emergência. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 10(1), 9-33. <http://dx.doi.org/10.26864/pcs.v10.n1.1>

- Araújo, M. R. M., & Morais, K. R. S. (2017). Precarização do trabalho e o processo de derrocada do trabalhador. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 20(1), 1-13. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v20i1p1-13>
- Askofaré, S. (2006). A arqueologia do cuidado: da prática ao discurso. *Psicologia USP*, 17(2), 157-166. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642006000200008>
- Birman, J. (2012). *O sujeito na contemporaneidade*. Civilização Brasileira.
- Birman, J. (2021). *Ser justo com a psicanálise: ensaios de psicanálise e filosofia*. Civilização Brasileira.
- Carrieri, D., Briscoe, S., Jackson, M., Mattick, K., Papoutsi, C., Pearsom, M., & Wong, G. (2018). 'Care Under Pressure': a Realist Review of Interventions to Tackle Doctors' Mental Ill-health and its Impacts on the Clinical Workforce and Patient Care. *BMJ Open*, 8(2). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021273>
- Castro, M. G., Andrade, T. M. R., & Muller, M. C. (2006). Conceito mente e corpo através da história. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 39-43. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000100005>
- Conselho Federal de Medicina (CFM). (2014). *Resolução Nº 2.077/14 de 24 de jul. 2014*. <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>
- Costa, C. B., Limberger, J., Frantz, M. F., Donelli, T. M. S., Mosmann, C. P., Andretta, I., & Castro, E. K. (2020). Processos de saúde-doença: diálogos entre as teorias psicanalítica, cognitivo-comportamental e sistêmica. *Revista da SPAGESP*, 21(2), 111-125. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v21n2/v21n2a09.pdf>
- Cruz, S. P., Cruz, J. C., Cabrera, J. H., & Abellán, M. B. (2019). Fatores relacionados à probabilidade de sofrer problemas de saúde mental em profissionais de emergência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 27:e3144, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3079-3144>
- Ferenczi, S. (2011/1928). Elasticidade da técnica psicanalítica. In A. Cabral (Ed. e Trad.), *Obras Completas - Psicanálise* (vol. 4, pp. 29-42). Editora WMF Martins Fontes.
- Ferri, P. A., & Gomes, R. S. (2015). Formação situada ou situações do formar: internato médico em Questão. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(2), 252-260. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e02502014>
- Foucault, M. (2004/1979). *Microfísica do poder*. Graal.
- Foucault, M. (2011/1972). As grandes funções da medicina em nossa sociedade In M. Foucault, *Ditos & Escritos Vol VII. Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina* (pp. 305-306). Forense Universitária.
- Foucault, M. (2011/1976). Crise da medicina ou crise da antimedicina? In M. Foucault, *Ditos & Escritos Vol VII - Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina* (pp. 374-393). Forense Universitária.

- Foucault, M. (2011/1978). A incorporação do hospital na tecnologia moderna. In M. Foucault, *Ditos & Escritos Vol VII. Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina* (pp. 444-458). Forense Universitária.
- Freud, S. (1996/1905). Sobre a psicoterapia. In J. Salomão (trad.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. VII, pp. 245-257). Imago.
- Freud, S. (1996/1930). O mal-estar na civilização. In J. Salomão (trad.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (vol. XXI, pp. 67-151). Imago.
- Furtado, M. A., & Szapiro, A. M. (2016). O lugar do sofrimento no discurso da medicina biotecnológica contemporânea. *Subjetividades*, 16(2), 93-104. <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.16.2.93-104>
- Giaretta, D. G., & Macedo, M. M. K. (2021). Urgências e emergências no cuidado: narrativas de médicos residentes. *Interação em Psicologia*, 25(1), 55-65. <http://dx.doi.org/10.5380/riep.v25i1.71235>
- HumanizaSUS. (2004). *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf
- Lopes, E. A. B. (2020). Vivências de sofrimento e adoecimento em ambiente de trabalho: uma análise do cotidiano profissional de enfermeiras e enfermeiros num contexto pandêmico em dois centros de referência no atendimento a pacientes de Covid-19. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 23(2), 218-235. <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/172389/167320>
- Martins, S. R. (2009). *Clínica do trabalho*. Casa do Psicólogo.
- Mendes, A. C. G., Araújo Júnior, J. L. A. C., Furtado, B. M. A. S. M., Duarte, P. O., Silva, A. L. A., & Miranda, G. M. D. (2013). Condições e motivações para o trabalho de enfermeiros e médicos em serviços de emergência de alta complexidade. *Rev. Bras. Enferm.*, 66(2), 161-166. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200002>
- Mendes, R. (2016). A atualidade de Ramazzini, 300 anos depois. In: B. Ramazzini, *As doenças dos trabalhadores* (pp. 289-297). Fundacentro. <https://www.unicesumar.edu.br/biblioteca/wp-content/uploads/sites/50/2019/06/Doencas-Trabalhadores-portal.pdf>
- Monteiro, D. T., Mendes, J. M. R., & Beck, C. L. C. (2019). Health Professionals' Mental Health: a Look at their Suffering. *Trends in Psychology*, 27(4), 993-1006. <https://doi.org/10.9788/TP2019.4-12>
- Monteiro, D. T., Mendes, J. M. R., & Beck, C. L. C. (2020). Percepções dos profissionais da saúde sobre a morte de pacientes. *Subjetividades*, 20(1), 1-13. <http://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i1.e9164>

- Monteiro, J. K., Oliveira, A. L. L., Ribeiro, C. S., Grise, G. H., & Agostini, N. (2012). Sofrimento psíquico de trabalhadores de unidade de terapia intensiva. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 12(2), 245-250. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v12n2/v12n2a09.pdf>
- Moraes, F. C. F. S., & Macedo, M. M. K. (2018). A noção de psicopatologia: desdobramentos em um campo de heterogeneidades. *Revista Ágora*, 21(1), 83-93. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-44142018001008>
- Moretto, M. L. T. (2019). *O que pode um analista no hospital?* Artesã.
- Nogueira, D. P. (2016). Bernardino Ramazzini. In: B. Ramazzini, *As doenças dos trabalhadores* (pp. 299-310). Fundacentro. <https://www.unicesumar.edu.br/biblioteca/wp-content/uploads/sites/50/2019/06/Doencas-Trabalhadores-portal.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *The COVID-19 Health caRe wOrkers Study (HEROES). Informe Regional de las Américas*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHHMHCOCVID-19220001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Poll, M. A., Lunardi, V. L., & Lunardi Filho, W. D. (2008). Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 509-514. <https://www.scielo.br/j/ape/a/P73cRnFWZgxfGszq69wNgRL/?lang=pt&format=pdf>
- Rios, I. C. (2009). Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(2), 253-261. <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200013>
- Roosli, A. C. B. S., Palma, C. M. S., & Ortolan, M. L. M. (2020). Sobre o cuidado na saúde: da assistência ao cidadão à autonomia de um sujeito. *Psicologia USP*, (31), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564e180145>
- Rosado, I. V. M., Russo, G. H. A., & Maia, E. M. C. (2015). Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 3021-3032. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.13202014>
- Sahebi, A., Nejati-Zarnaqi, B., Moayedi, S., Yousef, K., Torres, M., & Golitaleb, M. (2021). The Prevalence of Anxiety and Depression among Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: An Umbrella Review of Meta-analyses. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, (107). Doi: 10.1016/j.pnpbp.2021.110247
- Silva, M. R. G., & Marcolan, J. F. (2020). Condições de trabalho e depressão em enfermeiros de serviço hospitalar de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0952>
- Stehman, C. R., Testo, Z., Gershaw, R. S., & Kellogg, A. R. (2019). Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part

- I. *Western Journal of Emergency Medicine*, 20(3), 485-494. Doi: 10.5811/westjem.2019.4.40970
- Thebaud-Mony, A. (2011). Precarização social do trabalho e resistências para a (re)conquista dos direitos dos trabalhadores na França. *Caderno CRH*, 24(1), 23-35. <https://doi.org/10.1590/S0103-49792011000400003>
- Viana, A. L. A., Bousquat, A., Melo, G. A., Negri Filho, A., & Medina, M. G. (2018). Regionalização e redes de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1791-1798. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>
- Walton, M., Murray, E., & Christian, M. D. (2020). Mental Health Care for Medical Staff and Affiliated Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 9(3), 241-247. Doi: 10.1177/2048872620922795
- Weibelzahl, S., Reiter, J., & Duden, G. (2021). Depression and Anxiety in Healthcare Professionals During the COVID-19 Pandemic. *Epidemiology and Infection*, 149, e46, 1-10. <https://doi.org/10.1017/S0950268821000303>