

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

André Luís José de Sant Anna

A MORTALIDADE DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
POR COVID-19 NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: MORRER DE CUIDAR

Rio de Janeiro

2022

André Luís José de Sant Anna

A MORTALIDADE DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
POR COVID-19 NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: MORRER DE CUIDAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr. Ana Cristina G. V. dos Reis.

Rio de Janeiro

2022

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

S231m Sant Anna, André Luis José de
 A mortalidade dos profissionais de enfermagem
 por Covid-19 no Estado do Rio de Janeiro: morrer
 de cuidar / André Luis José de Sant Anna. - Rio
 de Janeiro, 2022.
 96 f.

Orientadora: Ana Cristina G. V. dos Reis

Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo
Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação
Profissional em Saúde, 2022.

1. Profissionais de Enfermagem. 2. Covid-19.
3. Mortalidade. 4. Condições de Trabalho.
I. Reis, Ana Cristina G. V. dos. II. Título.

CDD 610.73

André Luís José de Sant Anna

A MORTALIDADE DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM
POR COVID-19 NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: MORRER DE CUIDAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 18/08/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis (FIOCRUZ/EPSJV)

Prof^ª. Dr^ª Mônica Vieira (FIOCRUZ/EPSJV)

Prof. Dr Pedro Paulo Corrêa Santana (Fundação Estatal de Saúde de Niterói)

*Dedico este trabalho
aos profissionais de Enfermagem
do Estado do Rio de Janeiro e do Brasil,
meus filhos Lara, Theo, minha querida
Tessia, minha mãe
Luzinete e a Henrique Santian.*

AGRADECIMENTOS

A minha querida Professora Doutora Ana Cristina Reis por me dar a oportunidade de ser minha orientadora, pela confiança na minha capacidade e por apostar na minha competência. Agradeço imensamente a sua visão crítica, seu acolhimento e seu companheirismo durante o processo de construção dessa dissertação.

Aos professores do curso de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica Joaquim Venâncio por todas as aulas, ensinamentos, provocações, problematizações e temáticas dentro do processo de social que envolve nossas vidas, nosso trabalho e nossa aprendizagem: Marcela, Ana Maria, Mauricio, Gracia, Edilene, Cátia, Carla Martins, Ana Lucia, André, Sergio, Marcio, Angelica, Marcos, Marcia, Leticia, Carla Carneiro, Marise, Francisco Lobo, André Feitosa, Rafael Bílio, Ana Violeta. Todas as discussões e reflexões em Marx me ajudaram a melhorar a minha percepção social e política. Todos(as) corroboraram de várias formas na condução desse trabalho de mestrado. À Clarissa e Leila, por toda paciência e socorro nesses anos. À comissão de bolsas pela imensa generosidade e auxílio, nos momentos de dificuldade.

À todos os profissionais de enfermagem do Estado do Rio de Janeiro por sua incansável luta e abnegação para o exercício do cuidado. A Deputada Estadual Enfermeira Rejane do Partido PC do B, por sua resistência e sua fundamental luta pela categoria de trabalhadores da Enfermagem.

À Tessia, pessoa que amo bastante e a quem dedico em particular este trabalho. Foi com sua força e suporte que me formei técnico de enfermagem - no início dos anos 2000, e envolvido no processo constante de melhoria e qualificação, hoje eu busco me formar Mestre em Educação Profissional em Saúde graças particularmente a você. Tenho a certeza de que você sabe das mudanças que trouxe a minha vida. Você me ensinou a voar, e eu nunca mais parei.

Aos meus filhos Lara e Théó, meus maiores tesouros nesta terra. Agradeço aos céus por vocês terem me escolhido como pai. Dedico a vocês essa dissertação com todo meu amor e carinho e pelas horas de ausência do nosso convívio. A Educação é um caminho transformador e o ser humano através principalmente dela, tem poder de mudar sua própria vida. Evoluam e melhorem sempre. Essa, talvez seja a mágica que melhorar as coisas no mundo. Que vocês entendam ser pertencentes a classe trabalhadora e que tenham orgulho de saber que seus pais também são, como os pais dos seus pais também foram.

A minha mãe Senhora Luzinete por toda sua ajuda em incansáveis dias de luta. Não poupou medidas a fim de que pudesse me permitir conquistar as melhores e possíveis oportunidades. Se “desdobrou” para que meus objetivos e sonhos fossem alcançados. Se venci, foi por sua ajuda. Sem você nada disso teria sido possível.

Aos meus irmãos e irmãs Luciene, Luciano, Adriana, Patrícia e Paulo César que dentro das suas possibilidades estiveram comigo. Nos momentos importantes mais importantes da minha vida vocês estiveram lá. Compartilhamos momentos difíceis, risos, choros, lutas, vitórias e derrotas e a escolha por vocês como irmãos já estava feita, mesmo antes de andar por estas terras. Amo vocês.

A Emily e Patrick, especialmente a vocês dois, meus sobrinhos e amigos por toda ajuda e compartilhamento dos momentos difíceis que passei e tudo que fizeram por mim desde o início deste mestrado até o presente momento.

Aos meus sobrinhos Ramon, Diego, Daniel, Lucille, Rebeca, Giovana, Sophia, Beatriz, Tatiane, Douglas, Ariel, Ellen, João, Letícia, Nicolas, Marvio Júnior, Lorraine e Yasmim. Vocês estão presentes em minha vida e nesta Conquista também.

Aos meus sogros Dona Jucemi e seu Ondino, por me acolherem como um filho e me deram toda a força necessária para seguir aqui e ir além. Amo vocês. Agradeço também a minha querida Tia Ana por todo carinho e força até aqui, e aos meus primos Mauricio e Sarah. Minhas tias Bete, Vera, Gina e Mira e as minhas primas(os) Eneila, Silvia, Evelyn Marcelle, Bia, Rose, Cátia, Thaiane, Nina, Mateus e Léo. Obrigado por me aceitarem.

A Raimundo, Amanda, Marcílio, Cíntia, Ismael, Tássia, Edson, Thaíse, Francisco, Lu, Helvio e Deia. Vocês estão presentes na minha vida e dentro do meu coração. Compartilho esse momento de muita alegria da minha vida com vocês.

A vocês que estão materialmente ausentes nesse período da minha vida, estarão, contudo, sempre no meu coração. Agradeço a Deus e aos Céus por suas passagens em minha vida. Gratidão por ter conhecido e vivido com vocês. Meu pai Dalmacir, minha tia Lúcia, Nélio, Marcelo e Marvio meus cunhados e ao meu querido sobrinho Flavio. Minha querida prima Ana Lúcia e minha Tia Emilinha, que estaria certamente na primeira fila de convidados da minha defesa.

Aos meus amigos, irmão(ãs) que eu escolhi, Eliane, Fabiano, Renato, Guilherme, Simone, Elaineinha, Eloísa, Daiane, Waltaír, Simone e Gilson. Meus afilhados Mariana e Kaue. À Bruna, Anderson, Hudson, Bruno e Washington, amigos a quem muito devo nessa longa caminhada. À Silvana, por tudo e por sempre. Sempre conto com você e você sempre está lá. Estaria dentro desse texto obrigatoriamente.

Á Clarinha, Isabela, Arthur, Verônica Wermelinger e Verônica Alexandrino, amigos do mestrado para vida. Agradeço pela parceria e pelo acolhimento. Foram momentos divertidos, embora repletos de uma lamentável distância, nunca faltando a fraternidade e o suporte para vencer os desafios. Não teria chegado aqui inteiro sem vocês.

A Marisa Augusta por estar sempre presente nos melhores momentos da minha vida e me conduzir pela mão nos momentos mais difíceis em que passei dentro desse processo de mestrado.

As Enfermeiras(os) Adriana, Paula, Marcia, Janaíza, Nei, Cleise Jane, Orlando, Lídia e a todxs, os outrxs colegas do Hospital Balbino (Me perdoem não por aqui todxs os nomes). Dedico esta dissertação por me acompanharem neste processo e me ajudarem constantemente a melhorar. Foram momentos difíceis de angústia e medo durante a pandemia da covid-19. Estivemos atuando na linha de frente e não poderia deixar de dedicar sobretudo ao companheiro Marco Aurélio (Tatu) acometido pela COVID-19 em 2020.

Aos meus coordenadores e Enf. Rotina da UPA Rocha Miranda, Vitor, Tatiane e Felícia, por estarem sempre disponíveis a ajudar dentro de todas as possibilidades. Aos Enfermeiros e técnicos de plantão 5 desta Unidades, do qual orgulhosamente faço parte.

Aos colegas de trabalho do NUST/FIOCRUZ, Beatriz, Luciane, Nelson, Leandro, Natalia, Patrícia, Thiago, Duda, Bruna, Belchior, Matheus, Livia, Thais, Jonas, Fabiane, Atila e Isis. Muito Obrigado por toda cobertura nessa reta final.

A Henrique Santian por estar presente desde o início. Por toda força e por toda sua ajuda com suas palavras de encorajamento e fé. Você foi e é um alívio nos momentos em que mundo parecia desmoronar. No fim deste processo e segurando minha mão, você consegue tornar os dias mais doces. Você me ajuda na travessia da poeira da luta diária e nas lutas cotidianas.

As minha eternas professoras Wilma, Janete, Celeda, Simoni e Márcio. Vocês impulsionaram toda a minha vontade e satisfação por estudar a história e em especial a história da enfermagem. Contribuíram muito para minha formação como Enfermeiro e devo essa conquista a vocês.

Aos meus camaradas Fatinha e Marcos “Kiko”, Alex, Lucia, Fernando e em especial aos camaradas do PT- Partido dos Trabalhadores por toda a força e resistência dentro da que reconhecemos como nossa orientação, construção e luta política.

*“Vocês que fazem parte dessa massa, que
votam nos projetos do futuro.
É duro tanto ter que caminhar e dar muito
mais do que receber.”*
(Zé Ramalho)

“Homem primata, capitalismo selvagem”
(Titãs)

RESUMO

Os profissionais de enfermagem do Estado do Rio de Janeiro representam uma classe de trabalhadores na área da saúde que tiveram suas vidas e rotinas de serviço impactadas com a chegada da pandemia da COVID-19 em 2020. Esses profissionais executam a prática do cuidado como ferramenta essencial de trabalho em locais diversos como Hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Objetivos:** Como objetivo geral foi proposto analisar o padrão de mortalidade dos profissionais de enfermagem do Estado do Rio de Janeiro seja enfermeiro, técnico de enfermagem e ou auxiliares de enfermagem no Estado no período compreendido entre 2015 e 2021. **Percurso Metodológico:** Trata-se de um estudo ecológico descritivo, com pesquisa em banco de mortalidade da Secretaria de Saúde do Estado, o SIM (Sistema de Informação de Mortalidade). As variáveis, sexo, raça-cor, ocupação detalhada, faixa etária e escolaridade foram escolhidas para composição da compreensão do perfil de mortalidade dos profissionais de Enfermagem. **Resultados e Discussão:** Os Registros do SIM, revelaram que há uma mortalidade maior entre os profissionais do sexo feminino, da raça-cor branca com escolaridade entre 8 e 11 anos, técnicas de enfermagem na faixa etária acima dos 50 anos. A COVID-19 promoveu significativas transformações no trabalho de profissionais de enfermagem e continua a impactar esta classe de trabalhadores. **Conclusão:** Existe a necessidade de avançar nos conhecimentos e estudos no sobre o impacto da doença no processo de trabalho e na saúde desses profissionais, sobretudo no Brasil, para preservação de suas vidas enquanto cuidam de outras vidas.

Palavras-chaves: COVID-19. Profissionais de Enfermagem. Mortalidade. Condições de Trabalho.

ABSTRACT

Nursing professionals represent an extension of the class of health workers who had their lives and service routines shaken with the arrival of the COVID-19 pandemic in 2020. Care is the essential work tool of this class of workers in hospitals. As a general objective, it was proposed to analyze the mortality pattern of nursing professionals in the State of Rio de Janeiro, whether nurses, nursing technicians or nursing assistants in the State in the period between 2015 and 2021. This is a descriptive ecological study, with research in the mortality bank of the State Health Department, the SIM (Mortality Information System). The variables, sex, race-color, detailed occupation, age group and education were chosen to compose the understanding of the mortality profile of Nursing professionals. The SIM records revealed that there is a higher mortality in female professionals, white with schooling between 8 and 11 years, nursing technicians aged over 50 years. COVID-19 has promoted significant transformations in the work of nursing professionals and continues to impact this class of workers. There is a need to advance knowledge and studies on the impact of the disease on the work process and on the health of these professionals, especially in Brazil, to preserve their lives while taking care of other lives.

Key words: COVID-19. Nurse Practitioners. Mortality. Working Conditions.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1-** Equipe de Enfermagem segundo atuação no setor público54
- Tabela 2-** Equipe de Enf. segundo esfera administrativa no setor público.....55
- Tabela 3-** Equipe de Enfermagem segundo tipo de vínculo com o setor público...56
- Tabela 4-** Equipe de Enfermagem / instituição que atua no setor público.....58
- Tabela 5-** Equipe de Enfermagem segundo trabalho no setor público.....59
- Tabela 6-** Equipe de Enf. segundo horas trabalhadas semanais no setor privado...60
- Tabela 7-** Equipe de Enfermagem segundo atuação no setor privado.....60
- Tabela 8-** Equipe de Enf. segundo rendimento mensal no setor privado.....61
- Tabela 9-** Mortalidade Proporcional Geral (todas as causas de morte), segundo Grande Grupo de Ocupações da CBO. Estado do Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....74
- Tabela 10-** Mortalidade proporcional entre profissionais de enfermagem por COVID-19, segundo Características sociodemográfico. Estado do Rio de Janeiro, 2020/21.....81
- Tabela 11-** Excesso de Mortes entre profissionais de Enfermagem em 2020, de acordo com sexo, faixa etária e raça/cor. Estado do Rio de Janeiro, 2020.....83

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1-** Evolução da mortalidade proporcional dos Profissionais de Enfermagem, Estado do Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....**75**
- Gráfico 2-** Evolução da mortalidade proporcional dos Profissionais de Enfermagem, segundo capítulos da CID-10. Estado do Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....**76**
- Gráfico 3-** Evolução da mortalidade proporcional dos Profissionais de Enfermagem, segundo sexo. Estado do Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....**77**
- Gráfico 4-** Evolução da Mortalidade proporcional dos Profissionais de Enfermagem, segundo faixas etárias. Estado do Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....**78**
- Gráfico 5-** Evolução das Mortalidade proporcional dos Profissionais de Enfermagem, segundo escolaridade. Estado do Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....**79**
- Gráfico 6-** Evolução das Mortalidade proporcional dos Profissionais de Enfermagem, segundo raça/cor. Estado do Rio de Janeiro, 2015 a 2021.....**80**

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ABEN** – Associação Brasileira de Enfermagem
- AIDES**- Acquired Immunodeficiency Syndrome
- ANATEN** – Agencia Nacional de Telecomunicação
- ARPEN** – Associação Nacional de Registradores de Pessoas Naturais
- ARCA/ FIOCRUZ** – Repositório Institucional da Fundação Oswaldo Cruz
- ART** - Artigo
- CAP** – Capítulo
- CAPs** – Centro de Atenção Psicossocial
- CBO** – Classificação Brasileira de Ocupação
- C.C.** – Centro Cirúrgico
- CID-10** – Classificação Internacional de Doenças e Agravos a Saúde
- CIE** – Conselho Internacional de Enfermagem
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CNTSS** – Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social
- CNTS** - Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde
- COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem
- CRC** – Cartório de Registro Civil
- COREN** – Conselho Regional de Enfermagem
- COVID** – Coronavírus Disease
- C.T.I.** – Centro de Terapia Intensiva
- CVB** – Cruz Vermelha Brasileira
- DNSP** – Departamento Nacional de Saúde Pública
- D.O.** – Declaração de Óbito
- EC** – Era Comum
- ENSP** – Escola Nacional de Saúde Pública
- ESF**- Estratégia Saúde da Família
- EPEE** – Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados
- EPIs** – Equipamentos de Proteção Individuais
- ESPII** – Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
- EUA** – Estados Unidos da América

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FNE – Federação Nacional dos Enfermeiros

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HFA – Hospital Federal do Andaraí

HFCE – Hospital Federal Cardoso Fontes

HFB – Hospital Federal de Bonsucesso

HFI – Hospital Federal de Ipanema

HFL – Hospital Federal da Lagoa

HFSE – Hospital Federal dos Servidores do Estado

INC – Instituto Nacional de Cardiologia

INTO – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia

INCA – Instituto Nacional do Câncer

ICN – International Council of Nurses

NAPs – Núcleo de Atenção Psicossocial

NASFs – Núcleo Saúde da Família

NERHUS – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde

NNU – National Nurses United

OIT – Organização Internacional do Trabalho

ONU – Organização das Nações Unidas

OMS – Organização Mundial de Saúde

OSSs – Organizações Sociais

RH – Recursos Humanos

RSI² - Regulamento Sanitário Internacional

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SARS-COV – Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SES/RJ – Secretária Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNIRIO – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 Efeitos da pandemia de COVID-19 sobre os serviços de saúde e no cotidiano dos profissionais de saúde.....	18
1.2 Justificativa.....	26
1.3 Objetivos do estudo.....	28
2. PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM NO BRASIL	29
2.1. Desenvolvimento da categoria técnica e auxiliar de enfermagem.....	44
3. PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM NO BRASIL.....	47
4. PERFIL DEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO BRASIL.....	52
5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	62
6. PERCURSO METODOLÓGICO.....	69
6.1 Desenho do estudo.....	69
6.2 Fontes de informação do estudo	70
6.3 Variáveis selecionadas	71
6.4 Área de abrangência do estudo.....	72
6.5 Plano de análise de dados.....	72
6.6 Limitações do estudo	73
6.7 Plano de comunicação de resultados de estudo.....	74
6.8 Aspectos éticos.....	74
7. RESULTADOS	75
7.1 Padrão de mortalidade geral dos profissionais de enfermagem antes e depois da pandemia de Covid-19.....	75
7.2 Padrão de mortalidade geral dos profissionais de enfermagem por Covid-19.....	80
7.3 Análise do excesso de mortalidade dos profissionais de enfermagem em 2020.....	82
8. DISCUSSÃO	84
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	92

1. INTRODUÇÃO

A Enfermagem enquanto um exercício de prática profissional fundamentada no campo da promoção da saúde coletiva e individual, também é comumente conhecida como a arte do cuidar. Está estruturada por um conjunto de atribuições e rotinas distintas, próprias de suas ocupações, ao que de acordo com alguns autores(as) podemos reconhecer como “a ciência do cuidar” (WALDOW, 1998; ROSSI, 1998).

A Enfermagem também é lembrada por participar da educação e aprendizado em saúde, na multiplicação do conhecimento e no treinamento e formação de novos profissionais que exercerão o cuidado como instrumento do trabalho. No cerne da prática da Enfermagem, reconhecemos os métodos de trabalho a partir da observação, experimentação, procedimentos e técnicas que fundam ciência e cuidado.

O “*cuidar*”, em toda a dimensão do significado da palavra ¹e nos sentidos mais básicos que envolvem este processo (BOFF, 1999), é entendido também por Waldow

(2006) possuir objetivos que [...]” envolvem, entre outros, aliviar, confortar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, restaurar, dar, fazer. [...] (Ibidem, 2006).

A mesma autora compreende que, na amplitude do “*cuidar*”, não seria somente no ambiente profissional, exercido pela enfermagem, que essa prática ocorreria. A autora nos diz que [...]” O cuidado mesmo na ausência de alguma enfermidade e no cotidiano dos seres humanos, é também imprescindível, tanto como uma forma de viver como de se relacionar” (WALDOW, 2006, p-89).

Percebemos nas palavras da autora que o cuidado permeia diversos ambientes e espaços, estando em hipótese compreendido também por Rossi (1991) que

[...] o cuidar existe desde a existência da humanidade. Sua descontinuidade através de uma tecnologia sanitária a transformou em dois tipos de saberes: o *Curar* hegemônico masculino, público, um saber que se afirmar política e cientificamente e o *cuidar* - dominado, feminino, assimilado ao doméstico, localizando essa transformação no séc. XVIII na Europa e no séc. XIX no Brasil-com a Proclamação da República (ROSSI, 1991.p-16).

¹ Para Vera Regina Waldow, no texto “cogitando sobre o cuidado Humano” (Reflections about human caring)” de 1998, na revista *Cogitare Enfermagem* vol. 3, p.7-10” O processo de cuidar ocorre entre o ser que cuida e o ser que é/será cuidado e se desenvolve através de condições tais como disponibilidade, receptividade, intencionalidade, confiança, aceitação e promove o crescimento de ambos. Dessa forma a relação de cuidado se estabelece. *Cuidar* (do latim, *Cogitare*), segundo o dicionário Aurélio da língua portuguesa de 2004, significa imaginar, meditar, cogitar, julgar, supor; aplicar a atenção, o pensamento, a imaginação; ter cuidado; fazer os preparativos; prevenir-se; ter cuidado consigo mesmo. *Tratar* (do latim *tractare*) e *curar* (do latim *sana*), são palavras intimamente relacionadas ao ato de cuidar.

Na citação da autora, percebemos uma discussão de atribuições masculinas e femininas inserida num contexto sexista onde se atribui o *curar* ao Homem e o *cuidar* a mulher, corroborando com uma ideia de que o *cuidar* seria essencialmente feminino, e dessa maneira esta compreensão de atribuições, serviços e tarefas seriam contemporizadas a muitas gerações posteriores. Rossi (1991) aprofunda a discussão de gênero quando diz que:

[...] Dar à luz, ter menstruação, prantear os mortos, alimentar as crianças, os velhos e doentes, limpar as fezes, amamentar e cuidar dos outros, são tarefas associadas simbolicamente ao sujeito, ao trabalho doméstico e destinadas culturalmente ao feminino.

[...] Controlar sua imagem pública, possuir uma autoridade abstrata desenvolvendo uma imagem “sagrada” de integridade, elaborar um sistema de normas, ideias e padrões de avaliação, são tarefas destinadas ao masculino (Ibidem, 1991.p-17)

Ainda sobre as características entre o *cuidar* e o *curar*, Rossi (1991) descreve que [...] “a função do curar não estava representada nas atividades do hospital que era concebido como local pouco recomendado, de desordem. A função de curar se constituía num jogo entre a natureza, a doença e o médico (ROSSI, 1991) e Foucault (1979) em “*O surgimento do hospital*”, afirma que [...] “O hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência como também de separação e de exclusão (Ibidem, 1979, p-101). Rossi (1991) descreve a partir da leitura de Foucault que [...] não havia qualquer relação entre o hospital e a medicina. Esta (a medicina) era teórica, livre e não estava associada a clínica. (Ibidem, 1991.p-17).

A enfermagem também é comumente chamada de a “*arte do cuidar*” (ROSSI, 1991; BOFF, 1999; SÁ e FERREIRA, 2004) nos apresentando uma perspectiva bastante romantizada neste termo, e que da qual em certa medida concordamos, por se tratar de uma determinada vocação para abnegação e presteza. Não esquecendo aqui, porém da necessidade do reconhecimento profissional e direitos trabalhistas que garantam remuneração para além da subsistência, essa reconhecida “*arte do cuidar*” está conformada por se acreditar, no senso comum, tratar-se de uma forma sensível de se ver a habilidade e humanidade deste tipo de trabalho, mesmo com complexidade e pragmatismo.

Segundo Waldow (1998.p-07) há um processo a ser observado entre quem cuida e quem é cuidado. A ciência do cuidar estaria centralizada em uma dominação desta prática pela enfermagem, e de relevante importância para autora [...] legitimar o discurso holístico, ou seja, o cuidar e o cuidado sob uma dimensão integralizadora. Dessa forma,

as ações são realizadas considerando-se o ser humano como um todo biopsicossocial e espiritual (Ibidem, 1998.p-07)

O cuidado é para a enfermagem, o que a tinta é para o pintor; um instrumento de uso imprescindível em suas tarefas, associadas à perspectiva do respeito ao ser humano em todas as circunstâncias que envolvem as fases de sua vida. Pra Leonardo Boff (1999. P-01) [...] “cuidar não é um ato, mas uma atitude permanente, não raro, desgastante”. [...], mas ainda assim, para o mesmo autor, [...] “o cuidado pertence à essência humana e de tudo que existe e vive”. (Ibidem, 1999.p-01), explicando a natureza complexa do ofício de cuidar.

A Pandemia da COVID-19 poderia ser classificada, considerando seu impacto deletério, como uma situação de emergência amparada pela Resolução Cofen nº564/2017, Art 49, que descreve como um papel da Enfermagem em seu código de ética [...] “Disponibilizar assistência de Enfermagem à coletividade em casos de emergência, epidemia, catástrofe e desastre, sem pleitear vantagens pessoais, quando convocado [...] (Ibidem, 2017. p-8)

1.1 Efeitos da pandemia de Covid-19 sobre os serviços de saúde e no cotidiano dos profissionais de saúde

A Pandemia da covid-19 foi indubitavelmente um tema preponderante nas discussões e análises das condições e fatores determinantes dos índices de saúde em nível global no ano de 2020. Rompendo fronteiras de dezenas de países no mundo, a doença surgiria naquele mês de dezembro do ano de 2019, muito considerado seu surgimento na China. A doença impôs ao mundo poucos meses após seu surgimento, elaborar um conjunto de esforços, medidas, pesquisas e estudos, mediados e preconizados pela OMS (Organização Mundial de Saúde) na proteção da população mundial contra a doença e a favor da vida.

Uma notificação para a Organização das Nações Unidas (ONU), ocorreu no dia 31 de dezembro de 2019, trazendo informações sobre um determinado surto de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China e com isso a descoberta de um novo Coronavírus SARS-COV-2), e este surto teve um provável início numa região com um movimentado mercado de frutos do mar. O fato

provocou um alerta da OMS de acordo com o RSI² (Regulamento Sanitário Internacional) em reunião do dia 23 de janeiro de 2020, onde não houve consenso, nesta primeira reunião, sobre até então se tratar da constituição de uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Em uma nova reunião, em 30 de janeiro de 2020 (após o crescimento do número de casos e relatos de contaminação em outros países), ocorreu uma declaração pela OMS do surto de pneumonia como uma ESPII. (CRODA e GARCIA, 2020).

Em fevereiro de 2020, de acordo com prática da OMS para nomear novas doenças infecciosas humanas a doença recebeu o nome de COVID-19 referindo-se ao tipo de vírus (*Coronavirus Disease*) e o ano de surgimento da epidemia, 2019 (CRODA e GARCIA, 2020).

Diversos países tiveram que apresentar respostas às emergências sanitárias em seus respectivos territórios, uns com medidas mais acertadas e dinâmicas que outros. Foi possível ver a evolução da doença através do significativo aumento no número de mortos como acontecido na Itália e na Espanha, de forma exponencial e severa. Muitas respostas diferentes foram dadas em circunstâncias mórbidas, que afligiam as populações predominantemente mais pobres pelo mundo, entretanto não esquecendo que populações ricas também são afetadas (MASSUDA; TASCA, 2020).

Para Massuda e Tasca (2020), a China foi um dos países que anteciparam suas medidas de prontidão contra o vírus, em imediatas práticas de isolamento social, por exemplo, sendo tal medida uma estratégia epidemiologicamente eficaz, adequada e aceita para conter o avanço da COVID-19. Embora tenha sido questionado pelos possíveis reflexos na economia, o isolamento social foi amplamente divulgado por mídias mundiais e adotado por vários países no mundo, porém de modo distinto.

Torna-se evidente a partir do surgimento da pandemia em 2020, o reconhecimento do quão subfinanciado e fragmentado podem ser alguns serviços mundiais de saúde, e o quão são perceptíveis as diferenças estruturais desses mesmos serviços, nos contextos políticos e sociais. Países como China, Itália, Espanha, Irã, Coreia do Sul, Brasil e Estados Unidos da América, apresentaram respostas à pandemia de acordo com suas respectivas condições de medidas sanitárias e uma corrida para conter e diminuir

² O RSI é um instrumento jurídico internacional, vinculando 196 países no mundo, com objetivo de ajudar a comunidade internacional a prevenir e responder aos graves riscos de saúde pública. O documento entrou em vigor no dia 15 de julho de 2007 e exige que os países notifiquem certos surtos de doenças e eventos de saúde pública à OMS.

a alta transmissibilidade da COVID-19 estava estabelecida. (CIMINI, et al. 2020, MASSUDA; TASCA, 2020).

Com o passar dos meses, muitas pesquisas evidenciaram que algumas pessoas possuem uma certa predisposição para desenvolver formas graves da doença, necessitando de cuidados e procedimentos médicos mais específicos e urgentes. Essa seria, entre outras circunstâncias, um fator que implicaria no aumento dos serviços de tratamentos hospitalares como leitos de C.T.I. (Centro de Terapia Intensiva), e para a ampliação desses leitos, centros hospitalares emergenciais foram construídos. Uma medida economicamente impactante do ponto de vista das respostas imediatas e desafios a curto e longo prazo (MASSUDA; TASCA, 2020).

No contexto pandêmico, o tempo demonstrou estar contra os países que não possuíam uma dinâmica mais abrangente e mais bem definida em medidas sanitárias públicas e foi possível observar por exemplo, como determinadas políticas sociais são desiguais, pouco equânimes e deficientes no mundo. Contudo, a forma como o governo de determinado país se organiza é peça importante para encontrar respostas à crise, concomitante à adoção de políticas combinadas para salvar vidas (CIMINI et al. 2020).

Outros países do continente asiático, como Coreia do Sul e a Tailândia, seguiram o exemplo da China e instituíram o distanciamento físico e uso de máscaras contra a propagação do vírus e a doença (MASSUDA; TASCA, 2020). Cingapura promoveu teste e tratamento gratuito, triagem e treinamento de médicos. Dentro da perspectiva avassaladora de contaminação e mortalidade da COVID-19 e a capacidade de enfrentamento à doença, o caso dos EUA é bastante emblemático porque, o país possui o maior número de mortos pela COVID-19, e estava classificado por exemplo, como o que melhor estaria preparado para a pandemia segundo o índice global de segurança em saúde (LAI et al. 2021).

A história mostra que outras pandemias afetaram a humanidade e ao estudar esses acontecimentos percebemos que essa interação com doenças epidêmicas é tão antiga quanto a evolução do homem (KLAJMAN, 2015). As várias epidemias que afetaram a humanidade, trouxeram mais do que a possibilidade de um alerta para a compreensão da fragilidade do ser humano frente a contaminações por seres microscópios.

Os malefícios e as perspectivas mórbidas causadas por pandemias passadas, expuseram as impotências coletivas e individuais, do ponto de vista humanitário, pressupondo serem avassaladoras e potencialmente letais, como a peste negra e a gripe espanhola. O percurso da humanidade dentro de sua história, evidencia se tratar de

períodos aos quais constantemente, o ser humano passou por estes momentos difíceis e caberá construir numa correlação entre o passado e o futuro, um conjunto respostas para perguntas sobre de quando, como e onde ocorrerão as próximas incursões pandêmica de doenças desconhecidas até então.

Uma vez identificada, nomeada e reconhecida enquanto doença fatal e de proporções mundiais, as pandemias forçam os homens a reconhecerem suas impotências diante do desconhecido e suas limitações enquanto nações isoladas. As pandemias historicamente obrigaram os homens a se ver em local de fragilidade perante o invisível, o desconhecimento e ressignificado de limites geográficos deste mesmo invisível. Contraditoriamente também os obriga a reconhecer que isolados e sozinhos são pouco efetivos ainda que se achem e apresentem provas diferentes disso. Em uma pandemia o mundo sofre o impacto e não uma nação isoladamente, embora também, verdadeiramente, umas mais impactadas que outras.

A pandemia de Covi-19 quando chega ao Brasil, no início do ano de 2020, apontando para uma já conhecida e exposta verdade sobre a precarização dos serviços públicos de saúde do país, que privilegia o capital favorece a iniciativa privada (ANTUNES,1999).

Uma das várias circunstâncias dramáticas que o Brasil enfrentou durante a pandemia de Covid-19 em 2020, se inicia através da adoção de medidas políticas e econômicas de natureza neoliberalistas, onde estas privilegiam os planos e as redes privadas de saúde e reduzem os serviços públicos. Foi também através de medidas de austeridade contra o setor público (caso da EC 95/2016 que congelava os investimentos em educação e saúde por 20 anos sob um teto para investimentos do governo) que terminaram por fragilizar ainda mais um sistema de caráter universal e integral, que cada vez mais precisa enfrentar o subfinanciamento que lhe é imposto.

O impacto causado pela doença desde sua descoberta na China até a sua chegada ao Brasil, se demonstrou devastador com o passar dos meses e o conjunto de medidas estudadas e adotadas pela maioria dos países afetados, tais como o distanciamento social, fechamento de fronteiras e uso de máscaras, entre outras, ganham compartilhamento a medida em que se demonstraram eficazes. São reconhecidas internacionalmente como formas de proteção da saúde e da vida.

Vários impasses e conflitos políticos foram provocados pelo Governo Federal no ano de 2020, principalmente contra governadores e prefeitos que não adotaram seus

princípios ideológicos. A falta de incentivo às medidas de isolamento social, a ausência de uma coordenação nacional das ações de vacinação foi rechaçada pela OMS.

Durante o primeiro ano da pandemia de covid-19, o Brasil viu o número de infectados e mortos crescer em uma curva ascendente. Os profissionais de enfermagem (auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros), juntamente com profissionais de saúde de outras categorias (médicos, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas etc.) enfrentaram e ainda enfrentam os impactos da pandemia, atuando na linha de frente contra a COVID-19.

No contexto pandêmico, é preciso lembrar que existem outros profissionais que também trabalham prestando serviços de forma direta ou indiretamente a pacientes infectados, seja em uma unidade hospitalar ou em uma unidade básica de saúde por exemplo, de igual relevância e importância para o enfrentamento à pandemia. São copeiras que servem refeições, auxiliares de limpeza que higienizam os setores e técnicos de manutenção que consertam e reparam instalações e materiais, auxiliares de farmácia, agentes comunitários de saúde entre outros (SOUZA e SOUZA, 2020). Esses trabalhadores estiveram e ainda ficam expostos aos mesmos riscos de contaminação pela COVID-19 que os profissionais de formação em saúde.

Dentre os já mencionados profissionais de formação em saúde, encontramos a categoria profissional de enfermagem, altamente vulnerável a uma maior exposição da COVID-19 e este fato se deve porque a prática do cuidado (fundamental no desenvolvimento do trabalho em enfermagem) é uma ação que se relaciona diretamente com uma quantidade maior de horas que são dispensadas ao paciente infectado, seja para o auxílio em suas mais diversas necessidades básicas durante o dia e a noite ou para a prática de cuidados mais complexos.

Mesmo antes da pandemia de COVID-19 no Brasil, era possível notar que o tempo prestado pela enfermagem nos cuidados aos pacientes internados, tornava-se frequentemente superior se comparado ao tempo que profissionais de outras categorias costumavam empregar em suas atividades rotineiramente ³, porém o alto risco de

³ Uma publicação no site do Conselho Federal de Enfermagem do dia 29 de março de 2020, trouxe em sua página a discussão sobre as enfermeiras na linha de frente contra o Coronavírus e as condições exaustivas às quais são submetidas. Trouxe à discussão também, o fato dessa categoria profissional estar 24 horas em contato com pacientes infectados por se tratar de um processo estrutural ininterrupta.

contaminação pela COVID-19, a ausência do acompanhamento de familiares impacta a sobrecarga de atenção dispensada aos pacientes em várias perspectivas.

A Enfermagem exerce o ofício do cuidar continuamente, auxiliando a alimentação, higiene íntima, no banho no leito ou de *aspersão* as mudanças de posição no leito, apoio emocional, ou até em atividades mais complexas em suas rotinas, como a punção e a permeabilidade de acessos venosos para medicações, a administração dos medicamentos em diversas posologias, aspirações de secreções vias aéreas superiores.

Durante a pandemia da COVID-19, os trabalhadores da enfermagem que seguem atuando em hospitais ou em outros ambientes (Estratégia de Saúde da Família, atividades *Off-Shore*, postos de saúde, Unidades Básicas de Saúde, Unidade de Pronto Atendimento etc.) necessitam de máxima proteção para execução de suas práticas para evitar a contaminação e conter o avanço da doença enquanto estão atuantes na linha de frente. O ambiente hospitalar, em sua rotina de funcionamento 24 horas por dia e sete dias por semana, mantém profissionais de enfermagem em horários e escalas de trabalhos variáveis incluindo fins de semana e feriados.

Segundo o presidente do Conselho Federal de Enfermagem, ao analisar condições de trabalho dos profissionais de saúde no contexto da covid-19 no Brasil a partir de uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com os conselhos de Enfermagem e conselhos de medicina:

O conselho Federal de Enfermagem, COFEN, através de sua presidência, declarou que a pandemia exacerbou situações como a sobrecarga de trabalho e a vulnerabilidade dos profissionais que estão na linha de frente do combate à covid-19, enfrentando falta de insumos básicos e equipamento de proteção individuais (EPIs). Os conselhos de enfermagem receberam 8.680 denúncias e apuraram 7.737, confirmando a situação crítica. É importante conhecer e documentar a situação na linha de Frente, para subsidiar mudanças.” (MANOEL NERI, Conselho Federal de Enfermagem, 2020).

O presidente do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) expôs em suas palavras, as fragilidades no processo de trabalho da enfermagem no Brasil que já eram reconhecidas bem antes da pandemia surgir em 2020. São dificuldades postas contra a execução das boas práticas de saúde dessa categoria profissional, como o trabalho extenuante, demanda insuficiente de funcionários, contratos de trabalho precarizados, baixas remunerações, adoecimento dos profissionais, condições insalubres de trabalho e a falta de equipamentos de proteção individual (EPIs), sendo esta última, um dos pontos que mais afetaram profissionais de enfermagem no Brasil

Sem dispor de vacina à priori ou tratamento curativo, a necessidade de ampliação de leitos de UTIs e de equipes multiprofissionais de saúde com treinamento e preparação

para o enfrentamento da COVID-19 foram medidas que se mostraram fundamentais no combate à doença, assim como uma provisão maior de EPIs (Equipamentos de Proteção Individuais), para os trabalhadores na linha de frente, equipamentos de suporte ventilatório e testes diagnósticos (MOROSINI, CHINELLI e CARNEIRO, 2020). Contudo, o que se percebeu durante a chegada da COVID-19 ao Brasil, foi a falta ou a escassez desses insumos, bem como a coordenação de planejamento de enfrentamento a COVID-19 ineficaz, tornando a resposta brasileira à doença pouco eficiente. Isso resultou também no aumento perceptível do sofrimento dos trabalhadores de saúde e no número de profissionais mortos (MASSUDA e TASCA, 2020).

A mortalidade de profissionais de enfermagem por covid-19 expôs as demandas da categoria em uma projeção internacional deste complexo cenário. Desde a chegada da pandemia ao Brasil, ficou evidenciado o quanto esses trabalhadores ficaram vulneráveis a circunstâncias deletérias e deficiências no combate na linha de frente em uma tragédia anunciada. No Brasil a desvalorização da categoria, os baixos salários e as condições de trabalho não favoráveis são historicamente reconhecidos (SOUZA e SOUZA, 2020).

O reconhecimento do quão importantes são estes profissionais para o processo do cuidado com a saúde e preservação da vida e dos serviços de saúde em geral, precisa ser estabelecido para além da pandemia e é nesse cenário de incertezas e lutas da categoria de trabalhadores da Enfermagem numa perspectiva mundial, que a OMS (Organização Mundial de Saúde) estabeleceu o ano de 2020 como o “Ano da Enfermagem e das Parteiras”, lançando uma campanha chamada *Nursing Now* que nos permite compreender a campanha como um apelo mundial para a sensibilização de governos no mundo inteiro para com a valorização da categoria. A campanha *Nursing Now* no Brasil definiria metas como [...]o investimento no fortalecimento da educação e no desenvolvimento dos profissionais de enfermagem com foco na liderança; a busca pela melhoria das condições de trabalho dos profissionais de enfermagem e a disseminação de práticas de enfermagem efetivas⁴[...] (COFEN, 2019).

A pandemia da Covid-19 fez evidenciar a extrema necessidade de refletir o trabalho da Enfermagem em um período de crise global acentuado, onde a problemática

⁴ O conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), juntamente com a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a campanha *Nursing Now* no ano de 2018(Enfermagem agora em tradução livre) contando com a adesão de 30 países entre eles o Brasil, numa estratégia de empoderamento dessa categoria de profissionais. O ano de 2020 não foi escolhido por acaso, sendo uma alusão ao bicentenário do Nascimento de Florence Nightingale, precursora da Enfermagem Moderna.

da desvalorização do trabalho da enfermagem foi bastante discutida. O papel do enfermeiro foi bastante exposto pela mídia internacional durante a pandemia trazendo importantes questões à luz de problemas já conhecidos sobretudo no Brasil, a respeito da proteção do trabalhador da saúde e do reflexo negativo que pode ser causado na própria segurança do paciente. A valorização da enfermagem reflete diretamente na qualidade dos serviços de saúde prestados (OLIVEIRA, et al; 2021).

O Brasil possui um número considerável de registros de óbitos de profissionais de enfermagem na comparação com outros países nesse cenário. Segundo o site *Observatório de Enfermagem*, do Conselho Federal de Enfermagem em publicação em sua página oficial de 08 de maio de 2020, mais de 260 Enfermeiros morreram até aquele momento de acordo com o ICN (International Council of Nurses)⁵, e mais de 90 mil estariam infectados.

Até o mês de maio de 2020, o Brasil registrava 98 profissionais de enfermagem mortos sendo destes profissionais, 25 enfermeiros, 56 técnicos de enfermagem e 17 auxiliares de enfermagem. Na Espanha, 50 profissionais de Enfermagem morreram em dados de registros até a data de 07 de maio de 2020, segundo a entidade máxima de representação da categoria desses trabalhadores naquele país, a *Organizacion Colegial de Enfermería*. Nos Estados Unidos da América, neste mesmo período do mês de maio, foram contabilizados 91 óbitos de Enfermeiros Segundo levantamento da NNU (*National Nurses United*).

O Conselho Internacional de Enfermagem, com sede na Suíça, possui associações somando mais de 130 conselhos em diferentes países, onde através do Conselho Federal de Enfermagem, o Brasil está associado. Dados do CIE sugerem mais de 90 mil profissionais infectados até maio de 2020.

No percurso de apenas 9 meses, no dia 08 de janeiro de 2021 o Conselho Federal de Enfermagem divulgou através do site *Observatório de Enfermagem* o impactante número de 500 profissionais de enfermagem mortos pela covid-19, enquanto desenvolviam suas atividades na linha de frente contra a doença. O dado Global da doença divulgado pelo CIE de novembro de 2020 registrava 1500 mortos em 44 países, um número muito parecido com o da primeira Guerra Mundial, segundo o órgão

⁵ O ICN, International Council of Nurse, em tradução livre, Conselho Internacional de Enfermagem, já foi abordado anteriormente.

internacional, em comparação entre a crise sanitária produzida pela Covid-19 e o conflito violento da história.

Diante deste contexto, este estudo apresenta a seguinte pergunta norteadora: Como se configurou o perfil de mortalidade dos profissionais de enfermagem que foram a óbito por COVID-19 no Estado do Rio de Janeiro?

1.2-Justificativa

Os profissionais de enfermagem representam uma significativa parcela de trabalhadores de saúde que tiveram suas vidas e rotinas de serviço abaladas com a chegada da pandemia da COVID-19 em 2020. Uma questão importante a ser discutida neste trabalho seria identificar qual o perfil epidemiológico da mortalidade de profissionais de enfermagem no Estado do Rio de Janeiro.

Enquanto enfermeiro intensivista e com mais de 20 anos de experiência profissional no trabalho em enfermagem, me vi na linha de frente no combate à COVID-19 desde a chegada da doença no Brasil, experimentando o medo, a angústia, cansaço e os mais diversos desafios que a pandemia trouxe.

Enquanto Enfermeiro de profissão, fui um dos mais 44.441 mil profissionais de saúde afastados em 2020⁶ devido contágio da doença, me colocando em isolamento social pelo tempo preconizado (14 dias). Dentre tantas circunstâncias insalubres à saúde do profissional de enfermagem de forma geral, as condições precárias de trabalho e falta de insumos se somaram aos desafios trazidos pela COVID-19:

“Frente a demanda exacerbada pelos serviços de saúde os enfermeiros ocupam uma posição central, atuando desde a gestão dessa emergência em saúde pública à frente de prevenção e assistência direta aos acometidos pela COVID-19. Essa nova realidade

⁶ Para um contingente de mais de 2 milhões de profissionais de enfermagem, segundo dados do COFEN (Conselho Federal de Enfermagem) em 2020, esse expressivo número de profissionais afastados dos seus postos de trabalho impacta pela alta contaminação do vírus e pela grande suscetibilidade dos profissionais de linha de frente. Essa informação está disponível em: http://www.cofen.gov.br/brasil-responde-por-um-terco-das-mortes-de-profissionais-de-enfermagem-por-covid-19_84357.

ampliou a vulnerabilidade desses profissionais, pela falta de equipamentos de Proteção individual (EPI) disponíveis e possibilidade de infecção durante o cuidado de enfermagem” (NASCIMENTO; et al. 2020.p-25).

Como é possível reconhecer na percepção de Nascimento et. al. e Teixeira et. al. (2020) as condições precárias de trabalho, a falta de equipamentos de proteção individual (EPIs), as jornadas extenuantes e coberturas de profissionais afastados, a suspensão de férias, e o pouco conhecimento sobre a doença, corroboraram para os riscos aumentados de contaminação pelo vírus Sars-Cov-2.

Muitos outros impactos negativos acontecem na saúde dos trabalhadores de enfermagem para além da escassez de insumos, como o comprometimento da saúde mental desses trabalhadores, o estresse, o pânico, o aumento de erros laborais (NASCIMENTO, et. al; 2020; TEIXEIRA, et. al.; 2020). Para Dejour:

“A organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos de esperanças e de desejos, e uma organização do trabalho que os ignora”. (DEJOUR, 1987, p- 64).

A precarização estrutural a qual são submetidos os trabalhadores da saúde, frente à Pandemia da Covid-19, revelam mudanças no mundo contemporâneo do trabalho em adoção de medidas de austeridades e perda de direitos para os trabalhadores, impactando negativamente as perspectivas sobre direitos já adquiridos por lutas sindicais e acordos coletivos (DEJOUR, 1987).

Nessa perspectiva, os profissionais de enfermagem do Brasil são parte significativamente mais numerosa de trabalhadores da saúde tanto em hospitais públicos quanto hospitais privados, Clínicas da Família, Postos de Saúde e Unidades de Pronto Atendimento entre outros locais de trabalho.

Estes Trabalhadores da Enfermagem estão em possível risco aumentado para contaminação enquanto executam o ofício do cuidado por horas ininterruptas. É preciso compreender os efeitos que a COVID-19 ocasionou na saúde e vida desses profissionais atuantes na linha de frente. Em comparação com o cenário internacional, o Brasil foi um dos países que mais sofreu o impacto da Pandemia desde sua chegada, onde muitos profissionais de Enfermagem evoluíram para o evento mais catastrófico neste cenário epidemiológico, o óbito.

Este fato trouxe possivelmente a discussão sobre o descaso para com as condições de saúde dos trabalhadores de enfermagem no Brasil e desvelou também as condições precarizadas de trabalho a que são submetidos esses profissionais.

Diante do disposto, o despertar crítico para abordagem do tema, acontece em meio às perspectivas do desenvolvimento do trabalho em saúde que tem me motivado a abordar a mortalidade dos profissionais de enfermagem no Estado do Rio de Janeiro por COVID-19. Os profissionais de enfermagem são a maior parcela dos trabalhadores da saúde expostos aos riscos aumentados de contaminação, afastamentos e mortes.

1.3 Objetivos do estudo

Objetivo Geral:

Analisar o padrão de mortalidade dos profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) e perfil epidemiológico no Estado do Rio de Janeiro no período compreendido entre 2015 e 2021.

Objetivos Específicos:

- Identificar as características epidemiológicas da mortalidade geral (por todas as causas de morte) entre os profissionais de enfermagem no período de 2015 a 2021.

- Demonstrar as características epidemiológicas da mortalidade específica por Covid-19 entre os profissionais de enfermagem no período pandêmico iniciado de março de 2020 a dezembro de 2021.
- Discutir o excesso de mortalidade entre os profissionais de enfermagem ocorrido no período pandêmico iniciado de março de 2020 a dezembro de 2021.

2. PROCESSO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM NO BRASIL

Neste capítulo apresenta-se o contexto histórico do trabalho de enfermagem, o seu surgimento enquanto profissão num recorte temporal, no seu desenvolvimento enquanto trabalho humano e no trabalho em saúde coletiva, a fim de que possamos refletir o alicerce fundamental deste ofício (essencialmente o “cuidar”), e os dilemas passados, atuais e futuros que lhes são impostos. Ainda neste tópico, discorreremos sobre a vida e os caminhos percorridos por personagens fundamentais como Florence Nightingale e seu modelo de Enfermagem, e Anna Nery, Enfermeira baiana, que em similaridades e diferenças com Florence, merece ser lembrada por um determinado pioneirismo.

Há fatos importantes e marcantes no processo histórico resultantes na criação das Escolas de Enfermagem culminando na formação profissional desta categoria como a conhecemos atualmente. Em muito devendo a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha, a Escola de Enfermeiros e Enfermeiras na Assistência para Alienados e a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública.

É possível encontrar consenso entre certos autores a respeito do reconhecimento de que Florence Nightingale, através de um gesto altruísta para o “cuidar”, seria a precursora da profissionalização do exercício da Enfermagem e estabelecido a partir daí o marco inicial dessa profissão no mundo (CORTEZ, 1989; OGUISSO, 2005; COSTA et. al.,2009; FRELLO e CARRARO, 2013; CAPONOGARA, 2016.).

O cuidado enquanto instrumento do trabalho da enfermagem, já discutido na introdução deste trabalho, foi historicamente profissionalizado de forma pioneira por Florence Nightingale ao promover entre outras práticas durante a sua atuação na guerra da Criméia⁷, a educação e ensino para esta prática. A prática da enfermagem e dos cuidados para com a vida desde o nascimento até a morte, são executados a partir de uma profissionalização iniciada pelas perspectivas de Florence Nightingale

Há uma certa concordância entre autores e estudiosos quanto a histórica atuação de Florence, em gesto de voluntarismo e de consequências impactantes na Guerra da

⁷ Florence Nightingale tem como grande referência, a adoção práticas e medidas do controle de infecção separando os enfermos, em sua maioria soldados, por complexidades e riscos. Há relatos de que procurava manter a higienização e organização do ambiente, propondo por exemplo a lavagem das mãos para procedimentos cirúrgicos realizados pelos médicos, e dessa forma um resultando na redução de contaminações.

Criméia⁸ e o que essa atuação teria causado na sociedade inglesa do séc. XVIII. Não teria sido tão somente um exemplo já muito abordado de abnegação, dedicação ao próximo, caridade e luta pela vida de Florence, mas foi também uma importante referência por ser uma presença feminina num exército totalmente masculino, rompendo com o preconceito para com a ocupação de mulheres nessa instituição e naquela época da sociedade. (COSTA et al., 2009).

Florence foi precursora das boas práticas de higiene e organização dos cuidados aos enfermos, observando aspectos de servir aos conhecimentos científicos e cirúrgicos, separando doentes por níveis de acometimento físicos e complexidade. Deu aos trabalhadores que praticavam estas atividades, um significado mais profissional ao institucionalizar a ocupação para além das práticas religiosas de servir ao próximo. Para Costa et al. (2009)

Florence Nightingale e seus pressupostos, de uma forma ou de outra, sempre estiveram ligados à história da enfermagem enquanto profissão, considerando que apenas a partir da Fundação da escola de Enfermagem Saint Thomas, inicia-se o período conhecido como Enfermagem Moderna em todo o mundo. Nesse sentido, a história torna-se aberta a aproximações e afastamentos das verdades e seus significados. (COSTA et Al., 2009 p-662).

Florence era filha de pais ricos e aristocratas que detinham determinada influência política, econômica e social e foi de tal maneira que os aspectos abastados de sua família lhe permitiram avançar estudos em áreas como filosofia, estudos em latim, grego, italiano e matemática que consentiu a Florence o desenvolvimento de elaborar Estatísticas e Epidemiológicas (COSTA et al., 2009). Nascida em 12 de maio de 1820⁹, em Florença, Itália, estudou em Roma, Egito, Alemanha e França, reunindo conhecimentos diversos sobre o ofício do cuidado, que viria a ser a Enfermagem por ela profissionalmente criada.

Não só sua participação na Guerra da Criméia que, embora tenha sido divisor de águas em sua vida, lhe foi conferido consideração, prestígio e admiração (nesse contexto,

⁸ Florence foi voluntária na Guerra da Criméia que durou de 1854 a 56, onde a França, Turquia e a Inglaterra declararam Guerra à Rússia. Os soldados eram atendidos por Florence, que portava uma lâmpada durante a noite em busca de soldados feridos. Neste percurso de sua vida, foi chamada de “Dama da Lâmpada” e imortalizada neste símbolo que foi traduzido em abnegação, esperança e dedicação ao próximo. Sua forma e organização de trabalho incluía rigor e disciplina. Após a Guerra da Crimeia, Florence criou uma escola de Enfermagem, em 1859, no Hospital Saint Thomas, tinha duração de 01 ano e as aulas eram administradas por médicos.

⁹ Esta data (12 de maio) é tradicionalmente celebrada no mundo inteiro como o Dia da Enfermagem e o dia do(a) Enfermeiro(a) remetendo a data ao nascimento de Florence Nightingale em 12 de maio de 1820.

passa a ser chamada de dama da lâmpada ao perambular pelas noites cuidando de soldados feridos). Sua educação aristocrática e seus estágios com as irmãs de caridade¹⁰, teriam conferido a Florence Nightingale uma visão disciplinar sobre regras e horários, podendo ser considerado os primeiros passos para ciência em enfermagem. Costa et al. (2009) reconhecem a contribuição fundamental de Florence Nightingale para o início da educação profissional em enfermagem e toda a fundamentação das bases do ensino dessa arte para o cuidado. Para a autora:

Florence Nightingale teve importante participação na construção do ensino da Enfermagem, através de seus saberes e práticas relacionadas à profissão. Sua contribuição é inegável frente seu poder de observação. Além disso, defendia suas posições, com base em prévia investigação (Ibidem, 2009. P-665).

As autoras citadas também descrevem as perspectivas de Florence Nightingale para com o ensino aprofundado da enfermagem enquanto uma disciplina a ser conhecida e compreendida em seu tempo, iniciando práticas de cuidados, higiene e processos de conhecimentos eficientes reconhecidos até a atualidade. O modelo de assistência apresentado por Florence Nightingale, separava doentes (soldados em sua maioria) por complexidade por exemplo. As autoras, ainda sobre Florence, citam que:

“Nightingale defendia o ensino de enfermagem ligado à instituição hospitalar, e considerava o ideal da enfermagem uma vocação, que requeria dedicação exclusiva e árdua preparação”.

“Nightingale defendia a ideia de que as enfermeiras não podiam estar afastadas da atividade política, sob pena de não se conseguirem as reformas necessárias para a prestação de bons cuidados à saúde”. (COSTA et al. 2009. P-666).

Reconhecida como criadora da Enfermagem moderna, Florence Nightingale tem sua biografia atrelada a criação de uma ciência voltada para o cuidado em um ambiente primordialmente dominado pelo gênero feminino (CORTEZ, 1989), em aspectos para um perfil que lhes imponha a obediência, a religiosidade, determinada aptidão, vocação e hierarquia na enfermagem. Os homens atuantes nesta abordagem histórica sobre os serviços em saúde, são representados entre outros pelos *práticos* (FIGUEIREDO, 1998) a exemplo dos cirurgiões e barbeiros¹¹. Foram em certa medida responsáveis pelo cuidado

¹⁰ Irmãs de Caridade de São Vicente de Paula.

¹¹ Alguns autores como Jean Baptiste Debret em seu livro “Viagem Pitoresca e Histórica ao Brasil” (1978) e Betânia Gonçalves Figueiredo (1998) relacionam a atividade dos barbeiros como precursora dos cirurgiões, embora haja referência ao nome de Barbeiros para aqueles que tratavam pessoas pobres e escravos e cirurgiões aos que tratavam pessoas mais abastadas. Há uma categorização dos barbeiros, entretanto, para aqueles que detinham práticas com corte de cabelos e barbas quanto também os que se utilizavam das navalhas para intervir em úlceras, pústulas e os que promoviam sangrias (prática antiga em provocar sangramento para cura). O instrumento de uso frequente seriam navalhas e lâminas perfurocortantes, desta maneira uma ligação entre essas atividades. O uso de sanguessugas também era

e atendimento com doentes e pobres, uma vez que as mulheres que desenvolviam práticas de cuidado e cura, na idade média, também foram perseguidas e apontadas como bruxas excetuando as que se mantinham abnegadas a religiosidade (COSTA et al. 2009). Nesse mesmo período na idade média, surgem ordens religiosas que desenvolviam o cuidado pela caridade tanto por trabalho de homens quanto por mulheres, como por exemplo as *Irmãs de Caridade de São Vicente de Paula* (Ibidem, 2009).

O modelo de enfermagem iniciado por Florence foi adotado e copiado (CORTEZ, 1989), como um modelo *padrão* de Enfermagem que serviu de alicerce para a fundamentação desta ciência e determinassem os paradigmas da profissão destes trabalhadores. O modelo *Nightingaleano* faz referência a determinadas características profissionais como [...] honestidade, sobriedade, religiosidade e devoção a habilidade de observação minuciosa e a delicadeza, e transmitem a imagem dos atributos necessários para uma enfermagem confiável, fizeram com que este fosse considerada um modelo de enfermeira em todo mundo. (COSTA et al. 2009.p-668).

No Brasil a Enfermagem inicialmente ganha contornos e desenvolvimento de uma profissão, muito devido a criação da Cruz Vermelha Brasileira, mais de 40 anos após a fundação da Cruz Vermelha Internacional (CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, 1923. P.5-18 apud PORTO e AMORIN, 2007), e tal qual Florence Nightingale teria sua vida e história conectada a Enfermagem moderna na Inglaterra como a conhecemos, Anna Nery teria sido por concordância de diversos autores, a precursora na profissionalização da enfermagem brasileira (BARREIRA, 1992; CARDOSO, 1996; OGUISSO, 2005; SILVA JÚNIOR, 2006; PORTO e AMORIM, 2007).

Historicamente tendo suas vidas e suas biografias ligadas à guerra, a Guerra da Criméia (1853-1856) para Florence Nightingale (COSTA et al.2009) e a Guerra do Paraguai (1864-1870)¹² Para Anna Nery (CARDOSO, 1996), essas duas personalidades importantes em suas épocas e em seus respectivos territórios, iniciaram de forma

frequente pelos barbeiros. O elo entre carne e sangue em atividades práticas que envolviam em geral fraturas, pústulas doenças de pele, ligavam os barbeiros aos cirurgiões, e a partir do sec. XIX uma distinção mais regulamentada acontece quando o cirurgião encontra sua prática em uma formação acadêmica.

¹² Também conhecida como Guerra da Tríplice Aliança e durou de 1864 a 1870 agrupando Argentina, Brasil e Uruguai contra o Paraguai. Reconhecido por historiadores como o maior conflito armado entre países da América do Sul, também provoca discussões sobre as causas e origens do conflito. Em uma das versões amplamente comentadas sobre a entrada do Brasil nesta Guerra, teria sido o aprisionamento de uma embarcação brasileira chamada *Marquês de Olinda* e invasão do Mato Grosso por exército Paraguai em 1864.

diferentes suas jornadas, lutas pessoais e coletivas, porém com desfechos pouco parecidos. Apesar de contribuírem em certa medida com resultados, construções e direções dos rumos para uma nova profissão, foram de perspectivas e desdobramentos extremamente diferentes quanto à implicação final do processo de enfermagem.

As aproximações e similaridades entre os exemplos de atuação, tanto de Florence Nightingale, quanto de Ana Nery ocorrem através de suas concepções e formações históricas para o cuidado, fundamentalmente quando ambas prestaram cuidados aos feridos em conflitos internacionais. Estão também bastante próximas na relação com o fato de serem mulheres em um cenário de caos predominantemente masculino perante a guerra, desenvolvendo a prática dos cuidados dos soldados.

A enfermagem que emerge do trabalho voluntário tanto de Florence Nightingale quanto de Ana Nery, acabam por trilhar caminhos distintos, quando na Inglaterra, Florence Nightingale seguiu construindo um caminho para a formação de novas Enfermeiras, prestigiada e condecorada. O modelo de Enfermagem de Florence ganha reconhecimento mundial.

O início da profissionalização da Enfermagem Brasileira, em muito se deve a criação da Cruz Vermelha Brasileira, e o fato de a partir dessa criação, ter sido possível o ingresso voluntário de mulheres brasileiras na Primeira Guerra Mundial.

As observações dessas Damas da Cruz Vermelha (como eram chamadas) sobre a necessidade de uma formação melhor para a prática da enfermagem, foi passo importante para que se inicia-se a substituição da prática empírica e de caráter caridoso da enfermagem, e que se desse lugar a uma prática de cuidado alicerçado em técnicas e manejos, processos especializados pra tipos diversos de pacientes, o desprendimento da visão e subordinação médica e por fim, a própria educação para formação de novos Enfermeiros. (PORTO e AMORIN, 2007).

Nesse contexto histórico, a Cruz Vermelha Internacional foi fundada em 22 de agosto de 1864 na convenção de Genebra, na Suíça, e teve sua criação idealizada pelo médico Henry Dunant¹³ apoiado por personalidades como os escritores de Charles Dickens, Victor Hugo, Ernest Renan, Émile Girardin, o Papa Leão XIII, a imperatriz

¹³ Formado em Medicina e nascido, em maio de 1828 em Genebra na Suíça, Henry Dunant teria participado da Batalha de Solferino na Itália em uma Vila na Itália no ano de 1859, entre os exércitos da Áustria e o Franco-italiano. Após atuar como médico voluntário nesta batalha e após testemunhar os horrores da guerra sobre os homens, decidiu concentrar esforços para fundação da Cruz Vermelha, e obteve sucesso e apoio necessário de personagens influentes daquela época. (PORTO e AMORIM, 2007).

Augusta da Alemanha, a Grã-princesa Olga da Rússia (CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, 1923.P10 apud PORTO e AMORIN, 2007), resultando na criação de uma comissão Internacional composta pelo General Dufour e Gustavs Moynier (presidentes da comissão), Louis Appia e Maunoir (médicos e vice-presidentes), e Henry Dunant como secretário.

O símbolo da Cruz Vermelha vem de uma homenagem à Suíça (onde a bandeira desse país apresenta uma cruz branca sobre um fundo vermelho) e a cruz vermelha sobre um fundo branco, reflete enquanto símbolo do órgão Internacional o significado de inviolabilidade e respeito para com as pessoas e instituições destinadas a assistência (CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, 1923: 9-10 apud PORTO e AMORIN, 2007).

Porto e Amorim (2007) descrevem que uma providência dessa comissão [...] foi a organização do I Congresso Internacional de Genebra, quando se discutiu sobre os cuidados sobre os feridos durante as guerras. Esse congresso contou com a participação de países da Europa, a convite do conselho da Suíça (CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, 1923: 9-10 apud PORTO e AMORIN, 2007).

No Brasil a Cruz Vermelha Brasileira (CVB) foi criada no Rio de Janeiro¹⁴ na esteira da criação da Cruz Vermelha Internacional ganhando contornos com a elaboração (e doravante denominação) de um estatuto da Sociedade da Cruz Vermelha em 05 de dezembro de 1908. Antes da elaboração desta Sociedade, o sanitarista Oswaldo Cruz teria composto a instituição no cargo de presidente e o General Thaumaturgo de Azevedo vice-presidente.

Esse estatuto foi idealizado por um determinado grupo naquela época, grupo este que reunia médicos, políticos, militares e mulheres da sociedade no escopo de se discutir e aprovar este mesmo estatuto (CRUZ VERMELHA BRASILEIRA apud PORTO e AMORIM, 2007) tendo como presidente o General Thaumaturgo de Azevedo. Essa sociedade teria sido regulamentada em 1910, através do decreto 2.380, no Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente Epitácio Pessoa de acordo com as convenções de Genebra em 1864, reconhecida pelo Comité Internacional da Cruz Vermelha em Genebra, e acreditada junto aos comités centrais de outras nações (Ibidem, 2007. P-51).

Um conjunto de circunstâncias políticas, sociais e econômicas ocorridas no Rio de Janeiro no início do séc. XIX, impulsionou uma perspectiva favorável ao debate da

¹⁴ A Sociedade da Cruz Vermelha foi regulamentada em 1910 pelo Decreto 2.380 no Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente Epitácio Pessoa e reconhecida pelo Comité Internacional da Cruz Vermelha em Genebra (PORTO e AMORIM, 2007).

profissionalização da enfermagem na esteira de reformas sobretudo sanitárias, muito em parte por eventos como a Iª Guerra e a Gripe Espanhola (PORTO e AMORIN, 2007).

O conflito mundial da I Guerra (1914-1918) despertou na Cruz Vermelha Brasileira (RJ) a necessidade da criação do curso de Enfermeiras voluntárias, em 1914. Com a inserção do país no Conflito, as Damas da Cruz Vermelha, propuseram a criação de uma escola de Enfermeiras profissionais, justificada pela presença de atendimento à população por mulheres dignas, dignas idôneas, educadas e carinhosas (PORTO e AMORIN, 2007).

A criação da Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira, foi apoiada pela direção da Cruz Vermelha Brasileira no ano de 1916, muito pelo fato de que as Damas da Cruz vermelha (mulheres voluntárias a participarem das ações humanitárias na cruz vermelha em conflitos internacionais), vislumbraram a necessidade de uma formação profissional de Enfermeiras após o contato com a Primeira Grande Guerra. (PORTO e AMORIN, 2007).

Uma das premissas trazidas a esta formação profissional, era de que tais profissionais tivessem o comportamento social adequado, idoneidade, educação e fossem “carinhosas”.

Com duração de 24 meses, comandada por Getúlio Santos (médico e diretor do serviço médico da Instituição), e por não possuírem profissionais qualificados até ali, cinco Enfermeiras da França¹⁵ foram trazidas para que pudessem compartilhar o seu modelo de trabalho. Com as Enfermeiras Francesas, ocorre o rompimento com o cuidado prestado por religiosas (PORTO e AMORIN, 2007).

Ao percorrer o estudo histórico das formações básicas da profissionalização da enfermagem no Brasil, nós encontraremos uma correlação direta com o contexto sociopolítico do Brasil e seu passado, pois de acordo com Pava e Neves (2011) em sua compreensão de Antunes (1999) [...] o ensino de enfermagem no Brasil passou por várias fases de desenvolvimento de acordo com as transformações com o quadro político-econômico-social da educação de enfermagem no Brasil e da exigência de cada época [...](PAVA e NEVES, 2011). Há por exemplo o relato impactante de que apenas mulheres de etnia branca poderiam ingressar em escolas de Enfermagem (PAVA e NEVES, 2011).

A primeira escola de enfermagem brasileira, foi chamada de Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados (EPEE), criada anexa

¹⁵ Essas Enfermeiras permaneceram de 1891 até 1894 na instituição e cabe ressaltar que a influência do modelo francês que os psiquiatras brasileiros adotavam, seguiam experiências do Dr Pinel no Asilo de Bicêtre e no Hospital de Salpêtrière entre outros.

ao Hospital Pedro II, por Gustavo Riedel, médico, que se sensibilizou com a falta de pessoal para execução do cuidado durante a Gripe Espanhola.

A direção do Hospício era da irmandade da Santa Casa de Misericórdia e em seguida, após a saída das religiosas, o Hospício Pedro II passou a ser administrado pela esfera Federal, estando voltado para o atendimento psiquiátrico e com profissionais em sua maioria de médicos psiquiatras. (PAVA e NEVES, 2011)

A Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência a Alienados, foi criada após o Decreto nº 791/1890, assinado pelo Chefe de Governo Provisório da República, Marechal Deodoro da Fonseca, e neste contexto histórico, o curso teve implementado um currículo com noções práticas de propedêutica e administração interna de enfermarias. (GIOVANINI, 2002).

O Decreto nº 791 de 27 de setembro de 1890 feito por Marechal Deodoro da Fonseca, propiciou a criação da primeira escola de Enfermagem brasileira tratando sobre a prática e ensino da Enfermagem no Brasil, bem definido má época como se observa nos através dos oito artigos do decreto, sendo estes artigos:

” -Art. 1º: Institui o Hospício Nacional de Alienados uma escola destinada a preparar profissionais de enfermagem para atuar nos hospícios e hospitais civis e militares. Colocando assim sob a responsabilidade do Estado, a formação de mão-de-obra qualificada para assistência de enfermos de diferentes instituições.

-Art. 2º: Dispõe sobre as disciplinas a serem administradas. O curso constará:

1º, de noções práticas de propedêutica clínica:

2º, de noções gerais de anatomia, psicológica, higiene hospitalar, curativos, pequenas cirurgias, cuidados especiais a certas categorias de enfermos e aplicações balneoterapias;

3º, de administração interna e escrituração de serviço sanitário e econômico das enfermarias.

-Art. 3º: Dispunha das metodologias pedagógicas a serem aplicadas. Com aulas teóricas três vezes por semana, seguidas das visitas às enfermarias, dirigidos por internos e inspetoras, sob a fiscalização de médico e superintendência geral.

-Art. 4º: Determina as condições de matrícula. Sendo o candidato maior de 18 anos; saber ler e escrever, conhecer aritmética elementar; e apresentar atestado de bons costumes.

-Art. 5º: O decreto confere prêmios de 50\$(mil reis) aos alunos com melhor desempenho nos exames.

-Art. 6º: Dispunha da duração do curso, com mínimo de dois anos para realização, será conferido ao aluno um diploma passado pelo Diretor- Geral da Assistência Legal dos Alienados.

-Art. 7º: O diploma dará preferência para os empregos nos hospitais a que se refere o Art.º 5º, e o exercício profissional, durante 25 anos, à aposentadoria na forma das leis vigentes.

-Art. 8º: Enquanto permanecerem no estabelecimento, ficarão os alunos sujeitos às penas disciplinares impostas nas instruções do serviço interno aos respectivos empregados.” (BRASIL, Decreto n 791/1890).

O decreto aponta para uma perspectiva de formação com prioridade no atendimento hospitalar, sobretudo o atendimento psiquiátrico (PAVA e NEVES, 2011). Havia de qualquer forma uma forte influência fortemente masculina e médica no processo de ensino para esses enfermeiros e enfermeiras. Persistia, portanto, a ideia de que estes profissionais seriam auxiliares de médicos, e sobretudo a mulher, teria a oportunidade de ganhar meios de manter sua subsistência através do trabalho de Enfermagem (MOREIRA, ORTO e OGUISSO, 2002).

Para Porto e Amorim (2007) a visão submissa a qual deveria ser evocada na enfermagem, provocava semelhança com [...] “ama-da-casa-modelo”: dócil e respeitosa diante do médico, mas atenta limpeza e a vigilância dos doentes[...] (Ibidem, 2007; P-88).

O nome Alfredo Pinto foi incorporado à Escola Profissional de Enfermeiras muito se devendo ao fato de conferir potencialidade simbólica, sendo este um Ministro da Justiça e Negócios. A pasta do Ministro Alfredo Pinto continha responsabilidade com a saúde pública do País.

Os autores Porto e Amorim (2007) trazem alguns importantes registros históricos onde, para os autores:

[...]” a Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto foi um desdobramento da Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros da Assistência a Alienados, anexa ao Hospital Nacional de Alienados, criada pelo Decreto nº 791 de 27 de setembro de 1890, no início do período republicano” (PORTO e AMORIN, 2007. P-94).

[...] “em 1920, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência a alienados, foi desdobrada em três seções (masculina, feminina e mista), sendo criada a escola profissional de enfermeiras na Colônia de Alienados do Engenho de Dentro e, em 1921, passou a ser intitulada Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto”. (PORTO e AMORIN, 2007. P-162).

Uma determinada perspectiva positiva foi adotada com a mudança do nome de Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros da Assistência a Alienados para Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto em se tratando de ser o nome de um Ministro (o que conferia um certo capital simbólico hereditário à escola) e muito embora a prática de adotar nomes de prestígio fosse comum, a exemplo de um ambulatório desse mesmo Hospital com nome de Rivadavia Correa¹⁶.

¹⁶ Rivadávia da Cunha Corrêa foi Deputado Federal (1894,1897,1904 e 1909), Deputado Estadual (1891 e 1892), Senador (1916) e Prefeito do então Distrito Federal (1914). Também foi Ministro da Justiça e Negócios Interiores (1910) e da Fazenda (1913). O ambulatório Rivadávia Corrêa, criado com a reforma de um pavilhão da Colônia de Alienados do Engenho de Dentro, recebeu seu nome como uma homenagem.

Embora muitos documentos na literatura de Enfermagem referenciam como a primeira escola de enfermagem do Brasil, a Escola de Enfermagem Ana Nery (fundada em 19 de fevereiro de 1923) foi a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (1890) que teria sido então a primeira escola de Enfermagem do país (PORTO e AMORIN, 2007; PAVA e NEVES, 2011).

Uma outra Escola igualmente importante na História do nascimento da profissionalização da Enfermagem Brasileira, surge no Bojo de Reforma Sanitária liderada por Carlos Chagas, principalmente [...] diante da falência dos serviços de saúde pública em face da epidemia de gripe espanhola no pós-guerra[...] (PORTO e AMORIN, 2007. P-123) implicando em uma nova concepção de saúde pública.

Segundo Pava e Neves (2011), ao relatar o processo histórico de criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)

Em 1921 o então diretor-sanitarista, Carlos Chagas aceitou a missão de cooperação técnica para o desenvolvimento da enfermagem no Brasil e neste mesmo ano a fundação Rockefeller, traz ao Brasil as enfermeiras norte americanas, para prestarem serviço do departamento aos comandos da Enfermeira Ethel Parsons e Clara Louise kienniver. Assumindo assim a direção e o ensino da escola de enfermagem, registrando em seus relatórios a superlotação dos hospitais do Rio de Janeiro, onde a enfermagem era exercida por pessoas ignorantes, de ambos os sexos, e em condições precárias, igualando-se a da Inglaterra antes de Florence, época em que a profissão era do tipo servil. (Ibidem, 2011.P-147).

Fica apontado por diversos autores (Porto e Amorim; 2007, Pava e Neves, 2011; e Pereira Neto, 2001) a participação crucial de Ethel Parsons na construção de um caminho para a execução de uma prática de enfermagem moderna, autônoma e técnica, enriquecedora para a Reforma Sanitária de Carlos Chagas. A Fundação Rockefeller¹⁷ também possuiu uma certa influência socioeconômica no processo de histórico de fundação desta Escola.

¹⁷ A Fundação Rockefeller foi criada no ensejo de se contribuir para melhoria da imagem pública de John Davison Rockefeller, o então fundador desta instituição americana filantrópica. O fundador da *Rockefeller Foundation* foi um detentor de grande financeiro construído através de refinarias de petróleo (a Standard Oil Company) ampliando a fortuna da família Rockefeller ainda mais com o impulso da indústria automobilística. O monopólio sobre essas refinarias de petróleo foi alvo de denúncias na imprensa norte-americana da época, e uma consequente perda desse monopólio por decisão do Supremo Tribunal Federal dos EUA. O desgaste da imagem da Família Rockefeller ganhou impacto com uma greve de trabalhadores das empresas e a partir daí uma campanha publicitária para melhoria da imagem dos Rockefeller culminou no incentivo deste empresário a pesquisas, ciências biomédicas, educação e filantropias pelo mundo. As enfermeiras norte-americanas da companhia de Ethel Parsons foram trazidas pela Fundação Rockefeller para o Brasil, muito por estes acreditarem ser o Brasil, uma futura grande potência e liderança geopolítica

Nas palavras de Parsons [...]” a criação de uma escola de enfermagem no Brasil(a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública), é um evento que marca época em sua história e não tem menor importância do que a eliminação da febre amarela por Oswaldo Cruz[...] (Ibidem, 1927, p-21), e segundo Porto e Amorim [...]” essa escola implantou a Enfermagem moderna no país, por meio do modelo anglo-americano de ensino da enfermagem, rompendo pela primeira vez com o controle dos médicos nas direções das escolas de enfermagem” [...] (PORTO e AMORIM apud LIMA e BATISTA, 2000. 197-199,200).

A Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública (criada no início do ano de 1920) teve forte influência de um modelo norte americano de assistência da enfermagem referente a novas técnicas e contou a com participação de Ethel Parsons nas bases dessa formação particular. Parsons foi uma Enfermeira Norte Americana cujo debate realizado no Congresso Nacional dos Práticos¹⁸ teria gerado relatório fundamentado na necessidade de mudanças no entendimento que a sociedade fazia do trabalho da enfermagem. (PEREIRA NETO, 2001).

Os autores Porto e Amorim (2007), ao descreverem o impacto do relatório de Ethel Parsons na Imprensa médica daquela época¹⁹, deixam evidente as perspectivas que se almejavam para com essa nova percepção e caráter da enfermagem indicada por Ethel:

“Em seu relatório, Parsons ressalta o preparo das Enfermeiras, colocando-se contrárias a execução de tarefas como distribuição de esmolas. Essa crítica destinava-se às atividades das enfermeiras visitadoras da cruzada nacional contra a tuberculose, liderada pelo Dr. Amaury Medeiros, pois as atividades dessas enfermeiras se pautavam na distribuição de objetos e roupas pessoais, e de cama, além da distribuição de alimentos aos acometidos pela tuberculose e às suas famílias.” (CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, 1923: 47 e 220 apud PORTO e AMORIN, 2007).

Os autores da citação acima, descrevem também que Ethel refletia sobre as práticas que não condizem com os cuidados dispensados mais diretamente aos doentes, e dessa forma[...] Outra função que a enfermeira de saúde pública não deveria exercer, nas palavras de Parsons, era a de “camareira”. [...] (PORTO e AMORIN, 2007. P-115).

da América do Sul. Houve por parte desta fundação, um apoio financeiro e social ao desenvolvimento da Enfermagem Brasileira.

¹⁸ Um evento acontecido em 1922, em comemoração ao Primeiro centenário da Independência do Brasil e que contava com a participação em sua grande maioria de médicos, e que teve a proposta de discutir a uma maior participação de políticas públicas na sociedade daquele tempo, trazendo o desenvolvimento da medicina tanto tecnicamente quanto na melhoria do trabalho. Contou com outros profissionais sanitaristas, entre eles a Enfermeira Ethel Parsons.

¹⁹ A revista *Brazil-Médico*, de 07-10-1922, página 220.

A admissão para Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, mantinha uma seleção peculiar sobre o perfil necessário às aspirantes a Enfermeiras, divulgada por panfletos à época. As informações contidas no panfleto, alegavam ser uma oportunidade à mulher de ocupar posição de destaque na área dos cuidados em saúde, incluindo domicílios, hospitais e hospícios. Diziam [...] “preparar moças brasileiras para ocuparem posição de responsabilidade no departamento” [...] (DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 1922, P-7 apud PORTO e AMORIM, 2007. P-119), [...] “onde houver doentes”. [...] (Ibidem, 2007.P-119).

A Revista *Brazil-Médico*, ao explicar o perfil desejado para o ingresso na Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública publicou que:

Para ingressar na escola era necessário que a candidata tivesse de 20 a 35 anos; atestado de boa saúde e bom comportamento, e diploma da escola normal ou curso secundário equivalente. As que não satisfizesse a exigência eram submetidas a exames de português, aritmética e redação (BRAZIL-MÉDICO, 1-3-1924. 121 apud PORTO e AMORIM, 2007. P-119).

É possível observar a visão sexista e de submissão das mulheres da época, o que implicava numa seleção criteriosa para o ingresso na Escola. A dominação masculina estava presente nesse processo de trabalho da Enfermagem, desde o início histórico da profissionalização, e isso fica claro, quando Santos (1998) nos diz que [...] deduzir que a enfermagem assimilou os discursos masculinos, os quais determinavam como características femininas o cuidado, a sensibilidade e a vigilância, em decorrência do que as profissões femininas necessitam ser apoiada e controladas por homens (Ibidem, 1998. P-96).

Quanto aos requisitos para admissão a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), é importante salientar que uma das exigências seria também, uma carta de referência, a fim de que fossem atraídas as candidatas com um determinado capital social, este definido pelo conjunto de circunstâncias que as privilegiavam (como os contatos sociais, a posição social, o montante de capital econômico e diferenciado). Tal carta de referência não era exigida na Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira e nem na Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto. (PORTO e AMORIM, 2007).

A formatura da primeira turma da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, chamada de “As pioneiras” ocorreu em 1925 (o curso durava 24 meses), quando estas aspirantes foram celebradas como a primeira turma de Enfermeiras diplomadas, no modelo Norte Americano no Brasil. A informação repercutiu

na Imprensa escrita da época²⁰, e foi na primeira turma de formandas deste ano que traz o simbólico ritual de homenagem a Florence Nightingale, a transmissão da lâmpada, ocorreu pela primeira vez no Brasil mantendo viva desde então essa tradição em formaturas. (COELHO, 1997; PORTO e AMORIN, 2007).

É importante ressaltar as Escolas de Enfermagem neste período histórico, eram dirigidas por médicos Como Getúlio dos Santos na Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha, Gustavo Riedel na Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto e uma Enfermeira: Claire Louise Kieninger (Enfermeira integrante da Missão Parsons), na Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. (PORTO e AMORIM, 2007).

Um outro fato importante sobre o funcionamento dessas escolas e o investimento no capital educacional dessas alunas era de que essas escolas disponibilizavam ajudas de custo pra as alunas que variavam de 20\$000(vinte mil réis) no caso da Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto e de 75\$000 no caso da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, além de possibilidades de Bolsas de estudo no exterior(caso da Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira, para a melhor Enfermeira no fim de cada turma) e emprego (caso do Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública).(PORTO e AMORIM, 2007).

A contribuição dessas escolas no processo histórico da profissionalização da Enfermagem no Brasil, é extremamente considerável e relevante. A Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência a Alienados criada por Decreto de 1890(que passou a ser intitulada Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto em 1921), a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha em 1916 apoiada em um modelo de enfermagem Francês (que surge com o impacto da I^a Guerra Mundial, através do reconhecimento de uma escola profissional das Damas das Cruz Vermelha) e a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública(nos molde americanos de enfermagem, apoiada pela Fundação Rockefeller e durante a Reforma Sanitária)

Nos anos que se seguiram, as Escolas de Enfermagem estruturaram uma reformulação do ensino profissional da Enfermagem no Brasil, assumindo o protagonismo metodológico de ensino, pesquisa em enfermagem e contribuindo em muito no campo da promoção à saúde.

²⁰ Revista da Semana, edição de 27 de junho de 1925, como título da matéria: “As novas Enfermeiras da Saúde pública”. As comemorações duraram 3 dias, entre celebrações de missa, bailes e solenidades como cerimônia de formatura.

Os currículos de ensino detinham forte propriedade sobre o cuidado humanizado e que enseja a sistematização do ato de cuidar. Sobre esses currículos, um decreto de 1931 na legislação brasileira (20109/31) regulariza a prática da Enfermagem no Brasil propondo uma equiparação no ensino desta profissão e promovendo condições para um padrão oficial do Ensino da Enfermagem (PAVA e NEVES, 2011).

Atualmente, as Escolas de Enfermagem discutidas neste capítulo, continuam suas lutas, dilemas e perspectivas em um cenário sociopolítico e sociosanitário brasileiro. A sintetização de mais de 120 anos de trabalho de Enfermagem discutida neste capítulo, teve primordialmente como proposta, resgatar as bases e os fundamentos da profissionalização do serviço em saúde que a enfermagem exerce.

A Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha promove atualmente (2022) a formação de profissionais Técnicos em Enfermagem situada na Praça da Cruz Vermelha no centro da Cidade do Rio de Janeiro. A Escola de Enfermeiras Alfredo Pinto (Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência a Alienados) está inserida na Universidade desde 1960(até os dias de hoje em 2022), atuando na formação acadêmica pioneira de Enfermeiros com o nome de Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). A Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública Integrou o Sistema de Universidades desde 1930, e hoje (2022) intitulada de Escola de Enfermagem Ana Nery da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UFRJ), continua promovendo a formação de Enfermeiros(as) contribuindo para o investimento e contribuição emblemática no campo da saúde (PORTO E AMORIM, 2007).

Foram muitos avanços percorridos desde o início da profissionalização desta categoria de trabalhadores alicerçados no ato de cuidar (WALDOW, 1998) e esse processo é confirmado pelo registro de seu passado. O desprendimento da imagem que a enfermagem possui enquanto auxiliar de médico vem com a solidez de uma educação profissional voltada para os processos e sistematizações concernentes à própria categoria. É preciso conferir à Enfermagem o respeito pela sua profissão enquanto formação e prática e ter o reconhecimento das suas bases históricas de educação profissional legítimas e fundamentais para saúde.

Saber e reconhecer atualmente quem são esses trabalhadores que se apropriam do ofício do cuidar, é de fundamental importância para construção de um processo de saúde individual e coletiva. Também é um elemento para pavimentação de um caminho

ao respeito dos direitos e lutas da categoria, desde sua formação profissional historicamente construída até a contemporaneidade.

Percebe-se a concentração de esforços de alguns autores (NOGUEIRA, 2010; BORGUI, OLIVEIRA e SEVALHO, 2018) ao discorrer sobre os conceitos e aspectos da de saúde e adoecimento, que parecem convergir quanto a historicidade central dessa questão. Refletiram ter sido na Europa, através do início do modo capitalista de produção no final do sec. XVIII, que o impacto das condições de trabalho ali apresentadas tangenciou a saúde daqueles trabalhadores, homens, mulheres e até crianças e provocou desde então as discussões sobre o trabalho e os meios de produção.

A condição favorável da saúde do trabalhador é o ponto de partida para o fortalecimento do processo de cuidado executado pela Enfermagem no campo individual e coletivo. É necessário que haja cuidado em todas as dimensões dessa prática, principalmente para com os primeiros trabalhadores que sofrem o impacto dos riscos de contaminação, os Enfermeiros, técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

2.1. Desenvolvimento da categoria Técnico e Auxiliar de Enfermagem

Promover a compreensão histórica da profissão de enfermagem é de certa forma saber lidar com as informações presentes no debate sobre os alicerces e caráter investigativo das histórias das ciências da Saúde. Isso fornece uma perspectiva de valorização profissional construindo uma identidade durante uma longa caminhada.

Nesta seção discute-se as bases históricas de formação do profissional técnico de enfermagem a partir dos processos legais vigentes do Brasil onde este profissional encontra-se como um dos mais importantes personagens atuantes nas Ciências da Saúde do Brasil. As bases legais da formação histórica deste profissional de enfermagem surgem no bojo da construção histórica do enfermeiro e nas transformações ocorridas dentro das décadas de 60 e 70 no século 20.

A criação da Associação Brasileira de enfermagem ABE em 1926 partiu também do pressuposto de objetivar a formação do pessoal de enfermagem para como uma estratégia de alcance deste profissional nas Ciências da Saúde. O decreto nº 20109/31 foi um dos dispositivos que o fez para regulamentação da prática da enfermagem no ano de 1931. Após a criação, na década de 1940, do primeiro curso de auxiliar de enfermagem, o curso técnico de enfermagem teria sido criado apenas na década de 1960.

A crescente industrialização e urbanização da década de 1940 proporcionaram problemas relacionados a condições deletérias de vida da população de vida epidemias e

problemas na vida como a saúde pública. Levando trabalhadores assalariados a busca por medidas como pressionar representantes governamentais para obtenção de direitos sociais. (COSTA e KURCGANT, 2004).

Na década de 1940 ensino passou a ser ministrado de acordo com a lei de diretrizes e bases da Educação Nacional LDB, onde as escolas de enfermagem passaram a ser regularizadas pelo Ministério da Educação e Saúde através da Lei Nº 775/49 do Brasil de 1964 e o decreto nº 27.426/49. Neste mesmo ano o curso de Técnico de enfermagem foi criado. Desta forma os alunos que faziam este curso, praticavam o auxílio aos enfermeiros no desenvolvimento de atividades práticas frequentemente em hospitais Gerais. (COSTA e KURCGANT, 2004).

A lei de nº 2604/55 regulamentada pelo decreto nº 50387/61 promulgou a regularização do exercício profissional enfermagem em Serviços de Saúde. A Lei Nº 4204/61 foi particularmente importante para a formação dos profissionais de enfermagem pois ela fixou as novas diretrizes de bases para a Educação Nacional determinando também a necessidade de alterações nas estruturas de formação dos cursos de enfermagem. (COSTA e KURCGANT, 2004).

As ações sindicais ocorridas na década de 70 mostravam que o modelo taylorista caracterizado pela divisão do trabalho pela fragmentação do “Saber” mostrava sinais de esgotamento, e para os modos de produção capitalista o atendimento de enfermagem por pessoas sem a qualificação seria um ponto a favor.

Concomitante às mudanças nas áreas política, social e econômica do país, a organização do setor saúde também passou por transformações com a institucionalização do cuidado ao paciente, de modo predominante nos hospitais. Nestes estabelecimentos, largamente expandidos nos anos 1970, também foi ampliado o mercado de trabalho para o pessoal da enfermagem, principalmente para aqueles sem formação específica (COSTA e KURCGANT, 2004).

Foram nas décadas de 1960 e 1970 e a partir das reformas do ensino superior e médio que surgiu o curso técnico de enfermagem diversificando os currículos dos cursos de graduação e criando níveis em todas as regiões do país. Assim também foram criados por exemplo, cursos de pós-graduação para enfermeiro significando um desenvolvimento na preparação do pessoal de enfermagem em diferentes níveis (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM 1985). Para Costa e Kurcgant[...] O surgimento em 1966 do curso Técnico de Enfermagem significou uma resposta qualificativa e quantitativa de pessoal devidamente preparado para assistência de enfermagem nas instituições de saúde. (IBIDEM, 2004. P-109).

Através da Lei Nº 5692/1971 a segunda LDB, as mudanças dentre primeiro e segundo grau, possibilitando a reforma do ensino secundário passou a desenvolver objetivos gerais e proporcionar ao educando a formação profissional necessárias ao desenvolvimento. Nessa perspectiva a profissionalização ocorria no próprio segundo grau (ensino médio) e o aluno teria que possuir o certificado de conclusão de primeiro grau para estar matriculado neste ensino secundário.

Mesmo após a criação do curso técnico de enfermagem há relatos de que neste mesmo momento o ritmo de desenvolvimento desse curso não era tão rápido quanto os auxiliares de enfermagem o que provocou uma disparidade entre a quantidade de profissionais que eram formados nos cursos técnicos e os auxiliares e esses com uma carga horária menor de ensino. Ainda não bem maiores números em números. (OGUISSO, 2002).

O parecer nº 45/72 (BRASIL,1974e) determina que o curso técnico enfermagem necessitaria ser desenvolvido no período de 3 anos, em uma carga horária mínima de 2490 horas sendo 1200 horas para formação especial, 280 horas para educação física e 1020 horas para educação geral. O parecer nº 3214/78(BRASIL,1966), referente as habilitações profissionais e da área social sugeriu o aumento da carga horária total mínima de 2760 horas sendo 1590 horas para a formação especial (incluindo 780 horas para estágio supervisionado) 280 horas para educação física e 890 horas em educação geral. Contudo a resolução de nº 7/77(BRASIL,1977) ratificou essa carga horária mínima de 2700 horas por uma Distribuição entre 1660 horas para a formação especial das quais apenas 60 anos no mínimo para estágio supervisionado (COSTA e KURCGANT, 2004)

O curso técnico de enfermagem acabava sendo exercido por alunos com faixa etária entre 14 e 15 anos de idade e imaturos em sua grande maioria, sem afinidade ou mesmo interesse para aprender enfermagem. Os docentes tinham a obrigação da formação em licenciatura, gerando a necessidade de refletir do menor forma especializados recursos materiais disponíveis garantias da qualidade de ensino. (OGUISSO, 2002)

Na década de 1990 foi promulgada a terceira LDB de 1996 nº 9394/96 e revogou a lei 5692/71 determinando uma nova denominação de ensino do primeiro grau que passou a ser “fundamental” e o 2º grau “ensino médio”. Posteriormente essa lei foi regulamentada pelo decreto nº 2022 de 17 de abril de 97 criando esses três níveis de educação profissional. A nova LDB Deixa claro que o ensino médio é considerado etapa final da Educação Básica.

3. PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DA ENFERMAGEM NO BRASIL.

Neste capítulo apresenta-se algumas reflexões sobre as relações e condições de trabalho, temas recorrentes ao se estudar os dilemas e circunstâncias que permeiam o desenvolvimento de atividades profissionais desses trabalhadores, tanto na saúde pública, como também na saúde privada. Serão destacadas as nossas impressões sobre os vínculos empregatícios, as condições para o desenvolvimento do trabalho, a compreensão sobre possíveis sobrecargas de trabalho sobretudo dos profissionais de Enfermagem no quadro quantitativo trabalhadores, o absenteísmo, a superexploração dessa categoria.

É histórica a luta da classe trabalhadora em defesa dos seus direitos e das melhores condições de prover seu futuro (FRIGOTTO,2002. P-20). E com a classe dos trabalhadores da Enfermagem não foi diferente, na medida em que estaria historicamente alicerçada na busca do reconhecimento enquanto uma profissão, muitos percalços, lutas e jornadas foram realizadas, culminando no ato de se desprender da visão religiosa e caritativa.

Ao lançarmos um olhar sobre os alicerces da profissionalização da Enfermagem Brasileira, encontraremos como mola propulsora para o desenvolvimento desta categoria de trabalhadores da saúde a necessidade de se construir um aprendizado que se levasse em consideração não só uma perspectiva de práticas do bem cuidar, como também um processo científico e profissional.

A construção das bases dessa profissão, tem início historicamente através de crises humanitárias provocadas por conflitos internacionais e demandas por mais pessoas capacitadas para o trabalho na saúde. (PORTO e AMORIM, 2007). Mulheres de bravura, coragem e abnegação, como Florence Nightingale, Anna Nery, Ethel Parsons, tiveram um grande destaque no que diz respeito aos primórdios da profissionalização da Enfermagem.

Os desafios e dilemas históricos e estruturais destes trabalhadores da saúde se assemelham bastante a de todos os outros trabalhadores, como evidencia Frigotto (1996), mostrando uma aproximação de classes que vivem do trabalho, quanto a busca por melhores condições de trabalho e a garantia de direitos. Fica claro nas palavras do autor que:

Foi a partir da Primeira Guerra Mundial, dentro daquilo que a literatura denomina *fordismo* e, mais tarde, através das políticas de planificação que se estatui a preocupação da constituição de uma sociedade que integra os trabalhadores, até mesmo como estratégia de controlá-los, mas também como resultado das lutas dos

trabalhadores organizados em sindicatos e partidos. Determina-se por esse processo, uma ampliação da esfera pública, ainda que sob a dominação capitalista. Com efeito, mesmo com profundas desigualdades e níveis diversos entre as nações desenvolvidas e subdesenvolvidas, a educação, a saúde, o transporte, o lazer e a cultura, a previdência social e o salário desemprego em algumas poucas nações passaram a se constituir em direitos sociais dos trabalhadores. Mediante as lutas dos próprios trabalhadores, o direito ao trabalho e à estabilidade no emprego também foram ampliando-se”. (FRIGOTTO,1996. P- 76).

Podemos considerar nas palavras do autor Gaudencio Frigotto que a produção do trabalho (da Enfermagem por exemplo) seguiu com o tempo alguns princípios dos modelos produção Taylorista-Fordista onde ocorre uma implicação direta na produtividade e organização desta categoria no Brasil. Perpetua-se a intensificação da exploração da mão de obra do trabalhador, fazendo com que poucos façam o trabalho de muitos.

O atual cenário do trabalho no mundo, instável e precarizado, aponta para significativas transformações que já vinham ocorrendo a égide da *mundialização do capital*, uma expressão que traduz a globalização (CHESNAIS, 1995; ANTUNES, GIOVANNI,2014) percebendo que nas últimas décadas do séc. XX como descreve Antunes (2004)

[...] uma significativa expansão dos assalariados médios no “setor de serviços”, que inicialmente incorporou parcela significativas de trabalhadores expulsos do mundo produtivo industrial, como resultado do amplo processo de reestruturação produtiva, das políticas neoliberais e do cenário de desindustrialização e privatização (Ibidem, 2004.P-338).

Alterações e mudanças profundas ocorreram com o fenômeno da globalização, potencializando a exploração da força de trabalho e promovendo mudanças nas relações sociais contemporâneas, influenciando a cadeia de produção, o consumo e as perspectivas de desenvolvimento das nações (MACHADO et. al. 2016). Não somente a quantidade, mas também a qualidade de postos de trabalho são objetos de discussões acerca da precarização crescente, e dos impactos que causam na saúde e na vida dos trabalhadores:

A partir disso, observam-se profundas mutações no universo do trabalho, que impactam inclusive nos modos de sofrimento, acidentes e mortes de trabalhadores. A própria Organização Internacional do Trabalho aponta claramente as transformações estruturais no universo do trabalho justamente em um momento em que a economia global está deixando de criar novos postos de trabalho. A organização estima que o desemprego Global tenha atingido 201 milhões de pessoas em 2014, 30 milhões a mais do período que antecedeu a crise global em 2008. Além disso, as projeções indicam que o desemprego crescerá consideravelmente nos próximos anos diante dos 40 milhões de novos trabalhadores que ingressam no mercado de trabalho formal a cada ano (Organização Internacional do Trabalho [OIT]20150. Do ponto de vista da saúde

do trabalhador, 321 mil pessoas morrem por acidentes no trabalho, 2,02 milhões de pessoas morrem por enfermidades relacionadas ao trabalho, 160 milhões de pessoas sofrem de doenças relacionadas ao trabalho e 317 milhões de acidentes laborais ocorrem anualmente. Ademias a cada 15 segundos um trabalhador morre por acidente ou doenças relacionadas ao trabalho e, no mesmo período, 115 trabalhadores sofrem acidentes laborais” (OIT,2015; MACHADO et al.,2016).

A precarização do trabalho é fator reconhecido por Machado et al. (2006) e pela Organização Internacional do Trabalho, Instituição predisposta a manter vigilância sobre o tema.

O subfinanciamento do Sistema Único de Saúde impacta diretamente a qualidade e o acesso dos serviços públicos de saúde dos quais uma parcela consideravelmente grande da população depende (ANTUNES e GIOVANNI, 2014). Usuários e trabalhadores do SUS experimentam uma deficiência que na verdade, antecede a pandemia da COVID-19 e que devido a chegada da doença tais fragilidades ficaram ainda mais expostas. As políticas neoliberais adotadas por governos anteriores a pandemia, minaram as bases para o investimento público e de qualidade em saúde, e ademais, para Moura Neto:

É necessário ter clareza de que o processo de acumulação altamente concentrador, peculiar do capitalismo brasileiro, torna-o incompatível com o atendimento das necessidades básicas e elementares da massa da população. Neste sentido, a luta pela saúde, a luta pelo direito à vida, pelas condições mínimas de qualidade humana de vida, se transforma em luta pela real democratização de nosso país. E ao mesmo tempo essa luta, pelas circunstâncias já colocadas, se reveste inequivocamente de um caráter anticapitalista, popular e nacional. (MOURA NETO,1990, p. 64)

Sobre essa precarização do Sistema único de Saúde e suas implicações nas políticas sanitárias do Brasil, é ressaltado de acordo com Morosine, Chinele e Carneiro (2020) que:

[...] “As políticas que não priorizam o SUS e vão de encontro ao direito universal à saúde também desempenham um papel agravador no processo de precarização do trabalho em saúde e na generalização do sofrimento associado ao combate da pandemia. Lidar com a recusa ao atendimento, com a insuficiência dos números de leitos públicos, com a falta de aparelhos e dos medicamentos que sustentam a vida durante a internação, como os respiradores e os anestésicos, impõem decisões impossíveis aos trabalhadores decidir quem vive e quem morre por falta de assistência”. (MOROSINI; CHINELLE; CARNEIRO, 2020. p.09).

Dentre os já mencionados profissionais de formação em saúde, encontramos a categoria profissional de enfermagem, trabalhadores extremamente vulneráveis à uma maior exposição da COVID-19 e este fato se deve porque a prática do cuidado

(fundamental no desenvolvimento do trabalho em enfermagem) é uma ação que se relaciona diretamente com uma quantidade maior de horas que são dispensadas ao paciente infectado, seja para o auxílio em suas mais diversas necessidades básicas durante o dia e a noite ou para a prática de cuidados mais complexos .

Mesmo antes da pandemia de COVID-19 no Brasil, como já discutido anteriormente, era possível notar que o tempo prestado pela enfermagem nos cuidados aos pacientes internados, tornava-se frequentemente superior se comparado ao tempo que profissionais de outras categorias costumavam empregar em suas atividades rotineiramente. O cuidado tem o caráter e a premissa de ser um processo contínuo e integral, devendo ser sobretudo humanizado.

Com o alto risco de contaminação pela COVID-19, a ausência do acompanhamento de familiares para auxílio em pequenas tarefas que não dependessem de um cuidado técnico especializado, ou mesmo a reconfortante presença de entes queridos, impacta a sobrecarga e demanda de atenção dispensada aos pacientes em várias perspectivas. A enfermagem absorvia inclusive as demandas afetivas e emocionais de pacientes lúcidos hospitalizados (SOUZA e SOUZA,2020).

A organização e o processo de trabalho da Enfermagem, são assuntos relevantes discutidos por diversos autores que se dedicaram na produção deste tema, e fundamentaram conceitos nesta área (PIRES et al., 2004 e 2010; CUNHA et al., 2012). Existem determinadas particularidades nestas esferas, pública e privada, que influenciam diretamente as formas de desenvolver suas tarefas, remunerações e a variação do perfil de pacientes.

Atualmente em categorias subdivididas, os profissionais de Enfermagem no Brasil têm qualificações e especificações de acordo com níveis de instrução e responsabilidades específicas de cada nível. O auxiliar e técnico de Enfermagem possuem o ensino fundamental e médio respectivamente, sendo necessário curso de formação podendo ser integrado ao ensino médio (no caso do técnico de Enfermagem) ou em complementar tecnológico. O enfermeiro deve possuir nível superior para execução de tarefas mais complexas, de arcabouço teórico prático diferenciado, estando este profissional tipificado como um administrador, educador e supervisor dos serviços auxiliares e técnicos (COFEN, 2021).

Os profissionais de Enfermagem no Brasil trabalham extenuantes horas em jornadas e escalas de serviços variadas, frequentemente em mais de um vínculo trabalhista, apresentando o cansaço e sono acumulado por horas não dormidas no caso

dos trabalhadores noturnos (ROTEMBERG et. al., 2001), as condições estressantes a que são submetidos esses profissionais, principalmente nos ambientes hospitalares, tem um impacto direto na qualidade de vida e saúde, acarretando problemas físicos, psicológicos e emocionais (NASCIMENTO et al., 2020).

4. PERFIL DEMOGRÁFICO E CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO BRASIL

Neste capítulo apresenta-se o perfil dos trabalhadores da enfermagem no Brasil, na atualidade, com base nos resultados da Pesquisa realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). O relatório final da pesquisa foi publicado em 2017, apresentando um estudo que revelou aspectos do cotidiano desses trabalhadores da enfermagem, os paradigmas, lutas, fragilidades e perspectivas futuras da enfermagem brasileira e a inserção dos trabalhadores dessa categoria profissional no contexto sociopolítico no país. A pesquisa contou também com a parceria de outras instituições como a ABEN, a FNE, com o apoio do Ministério da Saúde, a Rede ObservaRH, a CNTSS, a CNTS e a ANATEN.

A pesquisa sobre o perfil dos profissionais de Enfermagem no Brasil, sendo eles o enfermeiro, o técnico em enfermagem e o auxiliar de enfermagem teve como objetivo central analisar a situação atual da enfermagem no país, nos seus diversos aspectos, buscando conhecer a sua dinâmica no recente contexto socioeconômica e político brasileiro (FIOCRUZ; COFEN. 2017. P-81).

A grande concentração de profissionais que residem na região sudeste (49,0%), apresenta proporcionalmente um número 6 vezes maior do total de trabalhadores de enfermagem quando comparado a região centro oeste (7,3%) por exemplo. A região nordeste concentra o segundo maior contingente de trabalhadores de enfermagem segundo o local de residência (22,3%), seguido do Sul em terceiro (13,4%) e a região norte em penúltimo lugar (8,0%). (FIOCRUZ/COFEN; 2013. P-129).

Os grandes centros urbanos, segundo dados da pesquisa, possuem um maior agrupamento de mão de obra desses profissionais se comparados às regiões das capitais X interior. Foi verificado uma predominância de profissionais residindo em capitais (FIOCRUZ/COFEN; 2013. P-129).

Sobre a divisão de enfermagem por categoria profissional, encontramos distinção entre profissionais de acordo com escolaridade, sendo o Enfermeiro o profissional que detém o diploma de nível superior, o técnico de enfermagem com habilitação em nível médio e o auxiliar (não havendo mais formação educacional para esta categoria profissional) em nível fundamental. Técnicos e auxiliares de enfermagem, são numericamente superiores em número quando comparados a enfermeiros, mesmo havendo, segundo a pesquisa, um aumento de enfermeiros ingressando no mercado de

trabalho. Em 2013, ano de realização da Pesquisa, o número de profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem era de 1.389.823 (77%), contrastando com 414.712 de profissionais Enfermeiros (23%). (FIOCRUZ/COFEN; 2013. P-129).

Historicamente a representação dessa força de trabalho nos profissionais do cuidado é majoritariamente feminino, o que fica demonstrado de acordo com a pesquisa realizada pelo Brasil. No ano de 2013, de acordo com a Pesquisa, as mulheres representavam 85% da força de trabalho da enfermagem, corroborando com a assertiva do estudo de que a enfermagem é sim uma profissão hegemonicamente feminina.

O aumento sensível da força de trabalho masculina nas equipes de enfermagem ganha destaque na Pesquisa Perfil da Enfermagem, não deixando, porém, de apontar se tratar de prática voltada para um trabalho predominantemente feminino no mercado de trabalho para enfermagem.

O ingresso por profissionais de sexo masculino, sobretudo na formação de enfermeiros, é destacado em crescimento entre os anos 1970 e 1980 (com faixa etária mais jovem), onde no ano de 2013 houve uma representação de 14,4% de profissionais do sexo masculino, frente a uma expressiva massificação feminina nesta área da ordem de 85,1%. (FIOCRUZ/COFEN; 2013. P-111).

Uma outra variável analisada, é a “raça/cor” na qual os profissionais de enfermagem se autodeclararam, usando a nomenclatura do IBGE. A pesquisa demonstra que 42,3% dos trabalhadores se declaram brancos, outros 41,5% se declaram pardos (FIOCRUZ/COFEN- 2017. P-130).

Quanto a análise de trabalho da enfermagem no setor público e privado, foi possível promover uma reflexão a partir de algumas conclusões estabelecidas pela Pesquisa Perfil da enfermagem no Brasil. Elaborada em 2013 pela Fundação Oswaldo Cruz e do Conselho Federal de Enfermagem, a pesquisa seguiu distinguindo determinados fatores que se relacionam com o desenvolvimento da força de trabalho nestes setores distintos da saúde. Foram levados em consideração dados e aspectos bioestatísticos das equipes de enfermagem em geral, não se especificando apenas um cargo componente dessa equipe. Também é preciso lembrar do ano em que essa pesquisa foi elaborada (2013), e as possíveis mudanças quantitativas dessas equipes de enfermagem ao longo dos anos, até a chegada da COVID-19, em 2020.

Logo abaixo, na Tabela 1, encontramos uma descrição quantitativa sobre a natureza da Instituição onde estão alocadas essas equipes de enfermagem e o

desenvolvimento de suas atividades de acordo com o tipo de serviço ofertado por essas instituições.

O setor Público absorve majoritariamente o contingente desses trabalhadores, se for levado em consideração o total de profissionais nas esferas públicas que os empregam.

A dimensão quantitativa do número de trabalhadores do setor público e privado, onde o setor público tem aproximadamente mais de 1 milhão de profissionais de enfermagem que compõem as equipes. Esse valor representa 58,9 % do total desse contingente segundo a pesquisa desenvolvida no ano de 2013, frente à mais de 600 mil que não atuam neste setor.

Tabela 1 Equipe de Enfermagem segundo atuação no setor público - Brasil

Setor público	V.Abs.	%
Sim	1.063.694	58,9
Não	610.850	33,9
NR	129.990	7,2
Total	1.804.535	100,0

Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - 2013. FIOCRUZ/COFEN

Quanto ao desenvolvimento do trabalho da enfermagem, é possível compreender que o setor público possui características distintas do setor privado, no que se refere por exemplo a carga horária com jornadas de trabalho em escalas e tipo de vínculo. É possível ainda haver alguns exemplos de serviços mistos onde por exemplo uma administração de natureza privada ocorra dentro de um serviço público, caso das Organizações Sociais (OSSs), cooperativas de trabalho, serviços terceirizados. As esferas públicas podem ser Federal, Estadual e Municipal (FIOCRUZ/COFEN; 2013. P-129).

A Tabela 2 demonstra que a esfera pública estadual concentra um número maior de equipes de enfermagem seguida da rede municipal e por último a rede Federal. Aqui

cabe lembrar que o Rio de Janeiro por exemplo, detém uma rede de hospitais federais²¹, além de Hospitais Universitários de apoio a pesquisa e prática das Universidades Federais.

Tabela 2 Equipe de Enfermagem segundo esfera administrativa no Setor público – Brasil (Admite-se mais de uma resposta)

Esfera	V.Abs.	%
Federal	186.268	15,6
Estadual	542.894	45,6
Municipal	461.631	38,8
Total	1.190.793	100,0

Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil 2013.FIOCRUZ/COFEN.

O setor público concentra um contingente de mais de 1 milhão desses trabalhadores de enfermagem, sendo o setor que mais emprega estes profissionais com diversos tipos de vínculos. Os Hospitais são em sua maioria, os locais onde existe um maior número profissionais alocados, desenvolvendo muitas das vezes rotinas desgastantes e exaustivas (FIOCRUZ/COFEN; 2013).

O principal empregador nas esferas públicas é o Estado concentrando 45,6% do total de profissionais de Enfermagem, num total de 542.894 registrados pela Pesquisa em 2013, seguido do Município e da Rede Federal com 15,6% desse total, para um quantitativo de mais de 186 mil vínculos. (FIOCRUZ/COFEN; 2013. P-348).

Os trabalhadores de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro podem acumular cargos e funções diferentes nas três esferas de trabalho, em vínculos e escalas variadas. O percentual de trabalhadores por esferas públicas demonstra uma maior concentração de profissionais na Esfera Estadual, se comparada a outras duas esferas (municipal e Federal), porém não significando que não desenvolvam atividades concomitantes entre as esferas, uma possibilidade de estruturação da carga horária executada.

Quanto aos vínculos dessas esferas públicas, a pesquisa elaborada pela FIOCRUZ/COFEN registrou diversos tipos desses vínculos resultando em contratações de formas variáveis, exemplificados na tabela 3:

²¹ Os Hospitais que integram a rede Pública Federal são o Hospital Federal do Andaraí (HFA), Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF), Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), Hospital Federal de Ipanema (HFI), Hospital Federal da Lagoa (HFL), Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE), e os Institutos Nacional de Cardiologia (INC), traumatologia e Ortopedia (INTO) e do Câncer (INCA).

Tabela 3 Equipe de Enfermagem segundo tipo de vínculo com o setor público.

Tipo de vínculo	Federal		Estadual		Municipal	
	V.Abs.	%	V.Abs.	%	V.Abs.	%
Estatutário	131.629	60,1	265.566	51,7	165.104	42,0
Celetista	36.091	16,5	95.113	18,5	67.710	17,2
Por tempo determinado	14.695	6,7	36.955	7,2	42.437	10,8
Prestador de serviço	10.958	5,0	31.921	6,2	52.545	13,4
Cooperativado	3.355	1,5	18.714	3,6	6.958	1,8
Fundação Privada	4.200	1,9	9.385	1,8	8.034	2,0
Fundação Pública de Direito Privado	8.930	4,1	17.354	3,4	14.163	3,6
OSCIPI	651	0,3	819	0,2	959	0,2
OS	1.296	0,6	22.074	4,3	9.142	2,3
Outra	7.042	3,2	16.132	3,1	26.209	6,7
Total	218.848	100,0	514.032	100,0	393.262	100,0

Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - 2013. FIOCRUZ/COFEN

Os trabalhadores de enfermagem com vínculo Estatutário da Rede Pública Estadual somam o maior número desses profissionais em uma esfera pública, num total de 265.566 profissionais de enfermagem (em 2013) numa porcentagem de 51,7%. Dentre os tipos de vínculo no setor público registrados na tabela, os estatutários ainda são mais comuns nas três esferas públicas. A rede Federal possui 60,1 % de seus trabalhadores de enfermagem com vínculo Estatutário, seguido do estado com 51,7% e o município com 42,0%. (FIOCRUZ/COFEN; 2013. P-349).

Atualmente no Brasil, além do vínculo estatutário, outros vínculos empregatícios presentes no serviço público possuem características peculiares e diferenciadas, como os profissionais contratados por tempo determinado, os cooperativados, os celetistas, prestadores de serviços e de outros. A admissão através de concurso público é a principal forma de ingresso nesses serviços, garantido direitos específicos desta natureza de contrato, ao passo que as outras contratações por vínculos que não o estatutário, assumem um aspecto precário tanto nos direitos dos trabalhadores, como nos salários e carga horária. (FIOCRUZ/COFEN; 2013. P-349).

O *locus* onde acontece o desenvolvimento do trabalho das equipes de Enfermagem, é bastante variável, por serem instituições públicas com propriedades específicas nos seus modelos de assistência. 56,5% das equipes de enfermagem do país, trabalham em Hospitais públicos representado um total de 817.335 trabalhadores. Os

Hospitais Gerais têm um total de 411.642 trabalhadores de enfermagem, o que representa um percentual de 28,4% de profissionais trabalhando. Hospitais Especializados somam um total de 149.656, num percentual 10,3% dessas equipes de enfermagem, e os Hospitais Universitários possuem 148.719 trabalhadores em um percentual de 10,3%. (FIOCRUZ/COFEN; 2013. P-351). Hospitais filantrópicos e Casas de Parto, representam 1, 9% e 1, 3% desse contingente segundo a tabela, num total de 27. 204 e 19.108 mil profissionais de Enfermagem respectivamente.

As unidades Básicas acolhem 261.682 profissionais das equipes de Enfermagem, distribuídas nas UBS (15,4% desse total), NAPs/CAPs (0,5%) e ESF/NASFs (2,1), enquanto as Unidades de Urgência e Emergência concentram serviços como o SAMU, UPAS e Prontos Socorros totalizando um contingente de 158.907 de equipes de enfermagem. Nesses serviços de Urgência e emergência, os prontos socorros detêm um número de 111.149 trabalhadores de enfermagem, frente a 18.454 das UPAS e 29.304 da SAMU.

Os Institutos de Ensino e Pesquisas (Instituto/Centro de Pesquisa, escolas, faculdades e cursos de enfermagem), são importantes para desenvolvimento da Educação Profissional em Enfermagem, o estabelecimento de novas práticas e para o processo de educação permanente. Estes somam 53.672 trabalhadores de Enfermagem, num percentual de 3,7% dessa força de trabalho no serviço público.

A Enfermagem possui dentro de um determinado processo de educação profissional, uma busca por qualificação e melhor inserção no mercado de trabalho através de especializações, *latu sensu* e *stricto sensu*, o que lhes conferem amplo espectro para trabalho em em setores. Os profissionais de nível médio possuem cursos de aperfeiçoamento, que lhes possibilitem avançar em conhecimento para o desenvolvimento de novas práticas (a exemplo os cursos técnicos de Enfermagem do trabalho, Urgências e emergências, unidade de terapia intensiva).

A Tabela 04 traz um panorama das instituições, já discutidas anteriormente, cotejado ao cenário quantitativo desses trabalhadores no seguimento público.

Tabela 04: Equipe de Enfermagem / instituição que atua no setor público.

Modalidade	V.Abs.	%
Hospitais	817.335	56,5
Hospital Geral	411.642	28,4
Hospital Especializado	149.656	10,3

Hospital Universitário	148.719	10,3
Hospital Dia	10.579	0,7
Hospital Filantrópico	27.204	1,9
UTI/CTI	50.427	3,5
Casa de Parto/Centro Nascimento	19.108	1,3
Unidades Básicas	261.682	18,1
Unidade Básica de Saúde/Centro de Saúde/Posto de Saúde	223.362	15,4
NAPs/CAPs	7.471	0,5
ESF/NASFs	30.849	2,1
Unidades de Urgência/Emergência	158.907	11,0
Pronto Socorro	111.149	7,7
UPAS	18.454	1,3
SAMU	29.304	2,0
Unidades Ambulatoriais/Policlínicas	88.122	6,1
Ambulatório/Clinicas	59.066	4,1
Unidade Mista/Policlínica	29.055	2,0
Unidades de Diagnóstico	19.486	1,3
Unidade de Apoio de Diagnose e Terapia – SADT	5.968	0,4
Laboratório de Análises Clínicas/Centro de Investigação Diagnóstica	7.282	0,5
Centro de Imagem	6.237	0,4
Ensino e Pesquisa	53.672	3,7
Instituto/Centro de Pesquisa	16.318	1,1
Escola/Faculdade/Curso de Enfermagem	37.354	2,6
Gestão	21.663	1,5
Nível Central	18.408	1,3
Central de Regulação	3.255	0,2
Outras Modalidades	26.614	1,8
Cooperativa	12.058	0,8
<i>Homecare</i>	6.721	0,5
Outras	7.835	0,5
Total	1.447.481	100,0

Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - 2013. FIOCRUZ/COFEN.

O regime de trabalho dos profissionais de Enfermagem no setor público do país, se distingue bastante de acordo com a Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. A tabela 05, logo abaixo, nos dá uma dimensão desta diferenciação e das singularidades do trabalho de enfermagem.

Tabela 05 - Equipe de Enfermagem segundo regime de trabalho no setor público

Regime	V.Abs	%
Trabalho diário	445.725	42,6

Plantão	593.336	56,8
Por hora trabalhada	2.868	0,3
Outro	3.183	0,3
Total	1.045.112	100,0

Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - 2013. FIOCRUZ/COFEN.

O Regime de plantão ainda é o mais comum para estes profissionais de Enfermagem, se comparado ao serviço diarista, onde aproximadamente 593.336(56,8%), em escalas variáveis de 12 X 60, 24 X 120, 12 X 36 com folga mensal (Esta escala é mais frequente na Rede Privada de Saúde). 24 X 72. Na rede Pública por exemplo a carga horária de 30 horas semanais é bastante comum nos serviços de plantão oferecidos em Hospitais, estabelecida por acordos coletivos entre os sindicatos e os órgãos que representam as classes (CORENs, COFEN). Os diaristas representam 42,6 % do total das equipes de Enfermagem num número de 445.725, e os que trabalham, por remuneração por hora, totalizam 3.183(0,3%).

O setor privado, segundo Pesquisa Perfil da Enfermagem, contou com um contingente de mais de 570 mil trabalhadores da Enfermagem no período de desenvolvimento da pesquisa, se, correspondendo 31,6% dos trabalhadores de enfermagem que vendem sua força de trabalho para este segmento de saúde.

É no setor público que as equipes são mais numerosas, e a disparidade de entre o tipo de serviço público e privado, refletem condições de trabalho também diferentes.

A carga horaria, os salários, e as condições de trabalho são bastante diferenciadas nos setores público e privado como já discutido anteriormente, estando o serviço privado atrelado a uma perspectiva de lucro e acúmulo de capital do empresariado envolvido na venda da saúde como uma mercadoria, gerado pela mão de obra da enfermagem, e a perspectiva do serviço público, no âmbito do SUS, possui a peculiaridade da gratuidade aos usuários e de gastos/investimentos públicos. (FIOCRUZ/COFEN; 2013. P-349).

A maior média nas horas de serviços prestados das Equipes de Enfermagem no setor privado, somam valores absolutos de 211.865 profissionais trabalhando de 21 a 40 horas semanais de trabalho (aqui distribuídas em escalas majoritariamente de 12 horas de trabalho por 36 de descanso), seguida de profissionais que trabalham de 41 a 60 horas. Esses, são um contingente de 155.930 trabalhadores de Enfermagem, num percentual de 27,5% da mão de obra trabalhando de 41 a 60 horas por semana. (FIOCRUZ/COFEN; 2013. P-349). O plantão ainda é o regime de trabalho mais executado nas redes privadas.

Tabela 06 Equipe de Enfermagem segundo horas trabalhadas semanais no setor privado

Horas semanais	V.Abs.	%
Menos de 10 horas	6.817	1,2
10 - 15 horas	7.778	1,4
16 - 20 horas	7.288	1,3
21 - 30 horas	28.406	5,0
31 - 40 horas	211.865	37,3
41 - 60 horas	155.930	27,5
61 - 80 horas	44.587	7,9
Mais de 80 horas	17.486	3,1
NR	87.715	15,4
Total	567.873	100,0

Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - 2013. FIOCRUZ/COFEN.

Na Tabela 07, logo abaixo está o regime de trabalho da enfermagem do setor privado:

Tabela 07 Equipe de Enfermagem segundo regime de trabalho no setor privado

Regime	V.Abs.	%
Trabalho diário	220.296	42,9
Plantão	282.308	55,0
Por hora trabalhada	7.464	1,5
Outro	2.999	0,6
Total	513.066	100,0

Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - 2013. FIOCRUZ/COFEN.

Os salários dos profissionais de Enfermagem no setor privado no Brasil, segunda a pesquisa Perfil da Enfermagem, para o ano de 2013, variavam entre 680 reais a 20 mil reais, expondo a precariedade das remunerações destes trabalhadores e má distribuição de renda pelo país. A tabela 08 exemplifica a complexidade da composição salarial

Tabela 08 Equipe de Enfermagem segundo rendimento mensal no setor privado

Rendimento mensal	V.Abs.	%
Menos de 680 reais*	13.906	2,4
681 - 1000 reais	112.393	19,7
1001 - 2000 reais	182.207	31,9
2001 - 3000 reais	80.913	14,2

3001 - 4000 reais	23.552	4,1
4001 - 5000 reais	21.374	3,7
5001 - 6000 reais	3.325	0,6
6001 - 7000 reais	2.606	0,5
7001 - 8000 reais	1.053	0,2
8001 - 9000 reais	1.170	0,2
9001 - 10000 reais	1.228	0,2
10.001 - 20.000 reais	670	0,1
Mais de 20.000 reais	0	0,0
NR	126.702	22,2
Total	571.099	100,0

Fonte: Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil - 2013. FIOCRUZ/COFEN.

* Salário mínimo - Ano base 2013

Na busca pela compreensão dos possíveis impactos negativos experimentados pelos profissionais de Enfermagem durante enfrentamento da covid-19, foi necessário estabelecer correlações entre os fatores que provocam a desvalorização desses trabalhadores, as condições precárias de trabalho, as jornadas extenuantes de trabalho, quantitativo insuficiente de profissionais, com os impactos gerados na crise socio-sanitária da pandemia de COVID-19. Desse modo, nosso propósito consistiu em compreender a constituição do trabalho e da produtividade em ambas as esferas pública e privada desvelando fragilidades e potencialidades dessas esferas.

5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica deste estudo levou em consideração as perspectivas e reflexões marxistas, por acreditar que estas estão concentradas nas discussões sobre a luta de classes, sobre a força de trabalho e a centralidade do trabalho para o homem no modelo econômico capitalista. Abordaremos aqui especialmente, a categoria dos trabalhadores da enfermagem, uma vez que através do desenvolvimento de suas atividades laborais garantem sua subsistência enquanto se configuram como um típico *trabalhador coletivo* (MARX, 1983).

Vamos procurar estabelecer um possível paralelo entre as perspectivas marxistas e seu materialismo histórico-dialético nas relações de trabalho do mundo capitalista na atualidade, onde está centralizado também o trabalho dos profissionais de Enfermagem, e o impacto da pandemia de COVID-19.

Este processo de trabalho coletivo em saúde (do qual cooperam entre si profissionais de diversas categorias) onde atualmente os trabalhadores de um hospital possuem diferentes atividades e competências preestabelecidas como, maqueiros que promovem o transporte, técnicos em manutenção e atendentes por exemplo. São atividades distantes do cuidado executado pela enfermagem ao paciente, porém formando um amplo conjunto de atores em rotinas diversas. Para Marx, cooperar é um determinado ponto de partida na construção do processo de produção combinada, onde ele considera que [...] “A forma de trabalho em que muitos trabalham planejadamente lado a lado e conjuntamente, no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes, mas conexos, chama-se cooperação”. (MARX, 1983, p-259).

Concorda-se com a ideia de que a cooperação entre diversos profissionais com funções diferentes dentro de um hospital, promovem uma estruturação em conjunto, constituindo uma determinada divisão social de trabalho. Estes trabalhadores, geralmente, não negociam direitos ou quaisquer circunstâncias a suas necessidades nessa cadeia de produção. Serão parte de um arcabouço de trabalhadores assalariados, que terão seu valor de uso empregado dentro de um processo reconhecidamente capitalista, ainda que estejam, para Marx, categorizados como *trabalhadores improdutivos* (ANTUNES p-114).

É possível compreender que a relação de um contratante e um contratado no capitalismo, pode se traduzir na ideia de que de um lado, existe um grupo de proprietários possuindo os instrumentos e os meios para produzir para enquanto de outro, há um outro

grupo de milhões de pessoas possuem apenas a sua força de trabalho para vender (profissionais da enfermagem), produzindo circunstancialmente uma vulnerabilidade à exploração (FRIGOTTO, 2002).

Ainda em Frigotto (2002), compreendemos a exposição feita pelo autor acerca do capitalismo, onde seria típico deste modo de produção o trabalhador ter sua força de trabalho alienada²² e o empregador se beneficia de parte do esforço produzido por este mesmo trabalhador. Há uma nítida desigualdade nesta relação de trabalho evidenciada pelo autor, referindo ademais que:

A ideologia[capitalista]dominante passa a ideia de que, ao assinarem um contrato, o patrão e o trabalhador o fazem igualmente livres e nas mesmas condições. Na verdade, a situação de patrão, comprador de força de trabalho, configura uma relação de classe profundamente desigual. Nesse sentido, o contrato de trabalho, sob o capitalismo, é uma legalização da desigualdade ou uma exploração legalizada. O grau de exploração varia de país para país ou de região para região, fundamentalmente de acordo com a organização dos trabalhadores que lutam por leis que lhes garantam direitos e com o maior ou menor número de trabalhadores que buscam trabalho. Em tempos de desemprego estrutural, como o que vivemos atualmente, aumenta também a exploração e a perda de direitos conquistados” (FRIGOTTO, 2002, p. 18).

Os argumentos expostos pelo autor apontam para um caminho cujo desfecho será uma concentração maior de riquezas para uns poucos, a partir da exploração desses milhões de trabalhadores, e mais adiante o mesmo autor problematiza questionando[...] como explicar o acúmulo inaceitável dessa minoria sem a exploração de milhões e milhões de trabalhadores? Como sustentar que essa riqueza é fruto do trabalho de seus donos? (FRIGOTTO, 2002.P-19).

Os profissionais de Enfermagem estão incluídos também *na classe-que-vive-do-trabalho* (ANTUNES, 1999.p-114), e de certo o conjunto de tarefas envolvidas na produção de trabalhos em um hospital (e obviamente sem prover dos meios necessários para dominar esta cadeia produção) está na concepção do retrato que Marx realizou na formulação da classe trabalhadora atual, [...] Neste sentido, eu diria que a classe trabalhadora hoje não se restringe somente aos trabalhadores manuais diretos, mas a classe trabalhadora hoje incorpora a totalidade do trabalho social, a totalidade do trabalho coletivo que vende sua força de trabalho em troca de salário.(ANTUNES, 1999.p-115).

O processo de estruturação e divisão do trabalho da enfermagem no Brasil, ocorre através da formação de categorias distintas e especialidades de acordo com suas qualificações e escolaridades e, entretanto, de qualquer maneira, em quaisquer dessas

²² Alienar significa *transferir a outrem o seu direito a propriedade*, do latim *alienatio*

categorias ocorre a venda da força de trabalho destes profissionais. Esses trabalhadores estão sujeitos ao controle de seu serviço e de sua participação na prática curativa de pacientes de um hospital, ou de qualquer outro estabelecimento de saúde, através do domínio do empregador (ou por organização contratante) que influencia sua cadeia de produção e trabalho.

O trabalho manual (ou mesmo automatizado) de uma indústria produtiva de bens materiais, não se assemelha a de um trabalho hospitalar por exemplo (e isso nos parece ser fato, pois o hospital se configura como um espaço de cura e cuidados e não possui uma produção material) mas contraditoriamente a divisão e a organização para o trabalho que esses serviços possuem nos meios de produção capitalista, aproximam essas duas constituições tão distintas nas suas atividades. É possível compreender em Pires (1998) que:

[...]no conjunto dos trabalhos humanos, o trabalho em saúde tem características especiais. Localiza-se no campo do trabalho em serviços e diferencia-se da produção material industrial e do trabalho no setor primário na economia. Como os demais trabalhadores humanos, tem sido influenciado pelas mudanças tecnológicas e pelos modos de organização do trabalho vigentes nos setores mais dinâmicos da economia. Foi influenciado pelos princípios da “organização científica do trabalho” e atualmente está sendo influenciado em parte, pelas transformações atuais no processo de trabalho (PIRES, 1998, p-233).

Os trabalhadores dos serviços de saúde têm atividades indispensáveis para a vida na sociedade de acordo com a assertiva do autor citado acima.

O modelo de cuidado exercido dentro de um hospital não é o único onde se desenvolve o trabalho da Enfermagem. Essa categoria profissional está presente em diversos ambientes de saúde ou de promoção do cuidado para com grupos diferenciados de pacientes. Executam rotinas de serviço e atividades bastante variadas em locais como postos de saúde e indústrias e diferem atualmente de forma contundente do modelo religioso de assistência antes apontado por Foucault. É no hospital que esses profissionais são visivelmente mais numerosos e onde ele cita que [...]” O Hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do séc. XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar, aparece claramente em torno de 1780 e é assinada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais” [...] (FOUCAULT, 1979, p.99)

A comparação desses dois ambientes de modo de produção, (hospital e indústria por exemplo) nos remete a compreensão de Marx enquanto ao tipo de trabalhadores e serviços executados, estando na nossa problematização a compreensão de que muito

provavelmente a enfermagem estaria categorizada no que Marx chamou de *Trabalhadores Improdutivos*, pois para Marx, esses trabalhadores cujo trabalho é consumido enquanto valor de uso e não um tipo de trabalho que cria valor de troca.

Diferenciando os trabalhadores improdutivos dos trabalhadores produtivos, este último, na concepção de Marx, participa de um processo mais direto na criação da mais-valia. Ao lançar um olhar sobre estas categorias de trabalhadores, os produtivos e os improdutivos, na perspectiva marxista, é de que o desenho esboçado por Marx nessa compreensão de que os trabalhadores improdutivos seriam os que têm em suas formas de trabalho a produção de serviços para uso público como os serviços públicos tradicionais, seja para uso capitalista e o trabalhador produtivo o criador de valores de troca e mais-valia segundo Antunes (1999).

Nossa problematização surge ao analisar um determinado cenário de crise sanitária (como por exemplo a pandemia da COVID-19) pelo prisma do referencial teórico de Marx, onde a mão de obra de especificação categorizada como improdutiva (novamente em Marx, trabalho improdutivo seria aquele que é consumido enquanto possui valor de uso, um trabalho intelectualizado e não enquanto trabalho que cria valor de troca, uma mercadoria), mas assalariada e que precisa vender sua força de trabalho, se torna material e potencial em processo de trabalho social e central. Há uma visível exploração deste tipo de serviço intelectualizado e imaterial pelo capital em vários níveis, desde baixos salários a intensificação de jornadas de serviço (SOUZA e SOUZA, 2020) e Precarização Social do Trabalho (Druck, 2011) quando apontamos a centralidade de suas atividades em uma pandemia com extrema demanda dessa mão de obra.

Novamente trazemos à discussão do trabalho que é executado dentro de uma unidade hospitalar contemporaneamente, bem diferente do modelo prestado antes do século XVIII, assim como Foucault (1979) em *O Nascimento do Hospital*²³ descreve que:

[...]” O personagem ideal do Hospital, até o séc. XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do Hospital. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo-religioso ou leigo- que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurava a salvação eterna. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres. Função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que

²³ VI capítulo do livro *Microfísica do poder*, publicado em 1979, organizado e traduzido por Roberto Machado. Editora Graal

material, aliada à função separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população” (FOUCAULT, 1979, P.101-102).

O Hospital é um espaço atualmente composto por profissionais dotados de saberes diversos e que oferta em primazia serviços curativos, formador de conhecimentos e práticas incluindo as educativas e de formação no trabalho em saúde, e sua transformação através de uma reorganização em meados do séc. XVIII nas práticas da medicina até os dias atuais (FOUCAULT, 1979).

Em nossa concepção, para Marx, todos os espaços sociais onde se desenvolvem as relações de trabalho (a saber, reconhecemos o hospital ser um desses espaços), estarão também contemplando o materialismo histórico-dialético das discussões de relações de venda de força de trabalho e num hospital, a constituição da prática da enfermagem nos remete compreensão dos conceitos marxistas.

A divisão do trabalho de enfermagem, é um exemplo de fragmentação peculiar do trabalho em saúde no Brasil onde a exemplo desta divisão, observamos o serviço que produz o enfermeiro (a) dos outros profissionais de enfermagem (o técnico e o auxiliar de enfermagem) onde adota o perfil de saber intelectualizado dentro da equipe.

O conhecimento técnico profissional que distingue o trabalho do Enfermeiro das demais categorias, está configurado num arcabolo de atribuições que vão desde a educação para o trabalho da enfermagem enquanto multiplicador de conhecimentos, estão responsáveis legalmente para a administração dos serviços da categoria e supervisionam toda a equipe assistencial de Enfermagem. (ALMEIDA, 1977).

É importante reconhecer as mudanças que ocorreram no mundo trabalho nas últimas décadas, como a adoção cada vez mais frequente de políticas neoliberais, medidas de austeridades contra a classe trabalhadora e a constante luta por direitos, são circunstâncias observadas no panorama atual atravessado pela classe que vive do trabalho (FRIGOTTO, 2002). A histórica luta dos movimentos sindicais, por exemplo, confrontou as perspectivas da exploração da classe trabalhadora por maior produtividade sem a contrapartida das melhores condições de execução do trabalho, bem como vislumbrar a melhoria das condições de saúde desses trabalhadores, sobretudo a saúde mental. (DEJOURS, 1987).

É preciso considerar a condição humana e todas as suas complexas e singulares relações no mundo do trabalho. O trabalhador passa a ser apenas uma peça na engrenagem que movimenta os meios de produção para o capital, lançando-o numa completa ausência

de cuidados para com sua saúde, promovendo adoecimento, desmotivação, insatisfação e a falta de empatia (DEJOURS, 1987).

Os trabalhadores da Enfermagem atuantes nas mais diversas áreas e setores desenvolvem um trabalho centrado geralmente em cooperação na realização de tarefas específicas para cada categoria. O restabelecimento das capacidades humanas dos pacientes sob os cuidados da enfermagem, torna-se um dos principais objetivos na busca por realizar um atendimento com qualidade e de forma conjunta este objeto tem a premissa de ser melhor alcançado. (DEJOURS, 1987)

A otimização das condições favoráveis para tal objetivo é fundamental. Cooperação entre trabalhadores de uma equipe é um recurso fundamental na execução das atividades da enfermagem, desse modo, Augusto, Freitas e Mendes (2014, p-40) citam que [...]” A cooperação, colaboração dos trabalhadores à organização do trabalho, assegura a vontade das pessoas de trabalharem juntas[...], corroborando com a ideia de que o trabalho em conjunto é facilitador nessa estrutura. Torna-se então uma prática:[...]”de superarem coletivamente as contradições que surgem da própria natureza ou da essência da organização prescrita do trabalho, atuando decisivamente tanto em relação à eficiência do trabalho quanto em relação à economia do sofrimento (AUGUSTO; FREITAS; MENDES, 2014, p. 40).

Para Dejours (1987) e Burigo (1997), alguns fatores são de extrema importância para o desenvolvimento adequado do trabalho e execução rotineira das atividades laborais. O trabalhador necessita de condições de trabalho favoráveis e que não comprometam sua saúde física e mental, de um salário justo, qualidade e quantidade adequada dos materiais e insumos suficientes entre outros elementos.

Dejours (1987) não se limita a explicitar somente os elementos para o desenvolvimento do trabalho como fundamentais para este trabalhador, corroborando com a premissa de que a qualidade de vida do trabalhador, implica também na sua jornada laboral, sugerindo uma correlação entre o trabalho e o exercício dos direitos sociais. Para DEJOURS (1987, P.64), por exemplo

[...]” a organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos e uma organização do trabalho que os ignora (IBIDEM, 1987, p. 64).

O atual cenário da perda de direitos do trabalhador e a reconfiguração do trabalho no mundo (ANTUNES, 1999; DRUCK, 2011), provocam um determinado efeito de incertezas e inseguranças para o trabalhador o que pode implica em sentimentos diversos e deletérios; a desmotivação, o cansaço físico e mental, a insatisfação e os conflitos nos relacionamentos interpessoais, impactam na qualidade de vida do trabalhador (DEJOURS, 1987).

Os profissionais da equipe de enfermagem, são trabalhadores vulneráveis ao processo do cuidado, muitas vezes ininterruptos, o manejo da dor e a perda de vidas que são processos de sua rotina de trabalho. Para Burigo, a qualidade de vida é um fator determinante na construção de um processo saudável para o desenvolvimento do trabalho em saúde. O autor descreve que [...]” não há qualidade sem qualidade de vida no trabalho[...] (BURIGO, 1997.p. 91), o que implica na perspectiva de reconhecer que condições de vida satisfatórias estão correlacionadas a uma melhor qualidade do trabalho.

Como já abordado em capítulos anteriores, a classe dos trabalhadores da enfermagem desenvolve a prática do cuidar em hospitais e neste *lócus* de trabalho existe maior concentração de profissionais, promovendo uma demanda maior de relações entre equipe multidisciplinar. Torna-se em grande parte do tempo, um ambiente de estresse com implicações nas relações interpessoais e nos desgastes dessas relações (PIRES, 2000; BEHRING, 2020).

Sobre as relações de trabalho, Dejour (1980.p-75) salienta que [...] “Entendemos por "relações do trabalho" todos os laços humanos criados pela organização do trabalho: relações com a hierarquia, com as chefias, com a supervisão, com os outros trabalhadores — e que são, às vezes desagradáveis, até insuportáveis” (Ibidem, 1980. p-75).

Também são fatores que implicam no desenvolvimento do trabalho e consequente impacto na saúde física e mental dos trabalhadores da enfermagem, a adaptação a novas tecnologias e novos procedimentos em saúde.

A educação profissional da categoria de enfermagem, tem o papel de absorver a multiplicação do ensino e de estabelecer novas práticas. Novas rotinas e protocolos estão constantemente em mudança para melhoria da segurança do paciente e de novas práticas em saúde, e a categoria de profissionais de enfermagem se adapta e evolui nesse processo de melhor formação para a venda de sua força de trabalho, não reduzindo a sobrecarga de trabalho e permanecendo sobre a exploração do capital vulneráveis ao adoecimento físico e mental (DEJOURS, 1987).

6. PERCURSO METODOLÓGICO

6.1 Desenho do estudo

Os estudos ecológicos, segundo Freire & Pattussi, (2018), apresentam dinamismo e rapidez por não se exigir necessariamente coleta de informações por meio de entrevistas ou acesso a registros médicos individuais. Este tipo de estudo apresenta como principal característica o uso de dados secundários. As informações são dispostas sob a forma de variáveis agregadas, ambientais e globais e as fontes de registros de dados são frequentemente, os sistemas de informações populacionais ou de saúde.

Para Bezerra Filho JG et al. (2012, p-836) [...] “Os estudos ecológicos podem, particularmente, avaliar como os contextos social e ambiental podem afetar a saúde de grupos populacionais[...]

Em consonância com os autores Freire & Pattussi, (2018) e Bezerra Filho JG et al. (2012), Lima-Costa e Barreto (2003. P-194) descrevem que:

“Nos estudos ecológicos, compara-se a ocorrência da doença/condição relacionada à saúde e a exposição de interesse entre agregados de indivíduos (populações de países, regiões ou municípios, por exemplo) para verificar a possível existência de associação entre elas. Em um estudo ecológico típico, medidas de agregados da exposição e da doença são comparadas. Nesse tipo de estudo, não existem informações sobre a doença e exposição do indivíduo, mas do grupo populacional como um todo. Uma das suas vantagens é a possibilidade de examinar associações entre exposição e doença/condição relacionada a coletividade. Isso é particularmente importante quando se considera que a expressão coletiva de um fenômeno pode diferir da soma das partes do mesmo fenômeno. Por outro lado, embora uma associação ecológica possa refletir, corretamente, uma associação causal entre a exposição e a doença/ condição relacionada à saúde, a possibilidade do viés ecológico é sempre lembrada como uma limitação para o uso de correlações ecológicas”. (Ibidem, 2003. P-194).

Trata-se de um estudo ecológico de caráter exploratório e descritivo sobre o padrão de mortalidade geral dos profissionais de enfermagem no período de 2015 a 2021 e o padrão de mortalidade por Covid-19, no período pandêmico, compreendido entre março de 2020 a dezembro de 2021, ocorridos no Estado do Rio de Janeiro.

6.2 Fonte de dados do estudo

Como fonte de dados foram utilizadas as informações do Sistema de Informação sobre Mortalidade da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SIM/SES-RJ). A base de dados de mortalidade estadual foi acessada no seguinte endereço eletrônico: <https://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/defthtm.exe?sim/obito.def>

O SIM foi desenvolvido em 1975 e implantado, nacionalmente, em 1979. A alimentação dessa fonte de dados é feita a partir da declaração de óbito (D.O.), um documento padronizado, distribuído em três vias com numeração controlada e distribuída em todo território nacional. A D.O. é emitida pelo Ministério da Saúde e seu preenchimento deve ser feito, preferencialmente, pelo profissional médico que deu assistência ao indivíduo falecido.

Marinho e Teixeira et. al. (2021, P-06) sobre o Sistema de Informação sobre mortalidade, dizem que [...] "A padronização das estatísticas de mortalidades, em especial as definições das causas de mortes, e a busca crescente pela melhoria da qualidade desses dados, leva o SIM a ser um sistema de informações em saúde mais utilizado por gestores e pesquisadores do Brasil" [...], sendo muito utilizado para o planejamento em saúde e conhecimento das condições de vida da população a partir da elaboração de diagnósticos da situação de saúde.

6.3 Variáveis selecionadas

Para descrever o padrão de mortalidade dos profissionais de enfermagem foram selecionadas as seguintes variáveis do banco de dados do SIM: ano do óbito, sexo, raça/cor, idade, escolaridade, ocupação e causa básica da morte.

A identificação dos óbitos dos profissionais de enfermagem foi realizada a partir da variável ocupação, sendo selecionadas as seguintes categorias profissionais: enfermeiros (223505), técnicos de enfermagem (322205) e auxiliares de enfermagem (322230). Cabe mencionar que o Sistema de Informação sobre Mortalidade utiliza os

códigos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) para fazer o registro da ocupação habitual do indivíduo falecido.

Além dessas três categorias específicas que foram selecionadas para este estudo, na Classificação Brasileira de Ocupações existem outros 12 códigos relacionados às práticas da profissão de enfermagem no Brasil. São eles:

- 223510 Enfermeiro auditor
- 223515 Enfermeiro de bordo
- 223520 Enfermeiro de centro cirúrgico
- 223525 Enfermeiro de terapia intensiva
- 223530 Enfermeiro do trabalho
- 223545 Enfermeiro obstétrico
- 223550 Enfermeiro psiquiátrico
- 233125 Professor de técnicas de enfermagem
- 234415 Professor de enfermagem do ensino superior
- 322210 Técnico de enfermagem de terapia intensiva
- 322215 Técnico de enfermagem do trabalho
- 322220 Técnico de enfermagem psiquiátrica

6.4 Área de abrangência do estudo

Foi selecionado como unidade de análise o Estado do Rio de Janeiro. A escolha deste estado levou em consideração que a base de dados estadual do SIM pode ser facilmente acessada por meio do tabulador on-line, o *Tabnet* estadual. Destaca-se ainda que os dados de mortalidade estadual são disponibilizados com menor intervalo de defasagem temporal, ou seja, com menor intervalo de tempo entre o mês de ocorrência do óbito e a data corrente. Além disso, segundo dados do Observatório de Enfermagem (COFEN), o estado do Rio de Janeiro apresentou o segundo maior volume de óbitos por COVID-19 entre os profissionais de enfermagem do país.

6.5 Análise dos dados

Para analisar a evolução temporal do padrão de mortalidade geral (por todas as causas de morte) entre os profissionais de enfermagem foi realizada uma análise descritiva e exploratória da evolução da mortalidade proporcional segundo faixa etária, sexo,

raça/cor, escolaridade, ocupação e capítulos da CID10 no período de 2015 a 2021. Com base nos resultados da análise da evolução da mortalidade proporcional pôde-se verificar o comportamento do padrão de mortalidade antes do período da pandemia de Covid-19, compreendido entre 2015 e 2019 e as mudanças ocorridas durante o período pandêmico de 2020 a 2021.

Para analisar o padrão de mortalidade específica por Covid-19 entre os profissionais de enfermagem foi realizada uma análise descritiva e exploratória da mortalidade proporcional por Covid-19 (CID10 B34.2) segundo ocupação, faixa etária, sexo, raça/cor e escolaridade, considerando os anos de 2020 e 2021

O cálculo do excesso de mortalidade baseou-se na razão entre o quantitativo de óbitos observados em 2020 e o quantitativo de óbitos esperado, considerando o intervalo de tempo de 2015 a 2019 (contexto sem a pandemia de Covid-19). A predição de óbitos esperados foi obtida por meio da operação estatística de projeção linear do Programa Excel do sistema Windows da Microsoft.

De acordo com a OMS, o excesso de mortalidade representa uma situação em que o número de mortes está situado acima do esperado, segundo o padrão de mortalidade previamente observado na população.

Foram estruturados gráficos e tabelas utilizando-se o programa Excel do sistema Windows da Microsoft.

6.6 Limitações do Estudo

Destaca-se como uma possível limitação deste estudo o fato de a variável ocupação possuir elevado grau de preenchimento inespecífico na declaração de óbito.

Como já foi mencionado, o Sistema de Informação sobre Mortalidade utiliza os códigos da CBO para fazer o registro da ocupação habitual do indivíduo falecido. Segundo o manual de preenchimento da declaração de óbito (DO) a ocupação habitual é definida como o tipo de trabalho que o falecido desenvolveu na maior parte de sua vida produtiva. Neste mesmo manual é recomendado que não seja registrado na DO as ocupações vagas, como vendedor, operário. Mas, que seja feito o registro utilizando-se o complemento da ocupação: vendedor de automóveis, operário têxtil. No caso de o falecido ser aposentado, deve ser colocada a ocupação habitual anterior. Anotar estudante se o falecido, por ocasião da morte, apenas estudava e não desenvolvia nenhuma atividade regularmente remunerada.

Contudo, ainda que se tenha essas recomendações, a proporção de óbitos classificados no grupo de Não Ocupados, formado pelas categorias inespecíficas como por exemplo: estudante, dona de casa, aposentado/pensionista e desempregado representam em torno de 60% do total de óbitos, indicando uma possível inadequação no preenchimento desta variável na DO. Por outro lado, pode-se verificar, também, que a proporção de óbitos cuja ocupação não foi identificada ou equivalente aos óbitos cuja o preenchimento da variável ocupação foi deixado em branco (ignorada) corresponde à menos de 1% do total de óbitos ocorridos no estado do Rio de Janeiro (Tabela 9).

Dentro do conjunto dos óbitos com a ocupação classificada como “Não ocupados” ressalta-se que em média 25% referem-se a categoria denominada dona de casa e outros 30% a categoria aposentado.

Sendo assim, vale destacar que, o adequado preenchimento da variável ocupação é um passo importante para que seja discutido mais a fundo as relações entre condições de trabalho e o perfil de mortalidade observados no país.

Tabela 09: Mortalidade proporcional geral (todas as causas de morte), segundo Grande Grupo de Ocupações da CBO. Estado do Rio de Janeiro, de 2015 a 2021.

Ocupação - Grande grupo	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
0 MEMBROS DAS FORÇAS ARMADAS, POLICIAIS E BOMBEIROS MILITARES	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4
1 MEMBROS SUPERIORES DO PODER PÚBLICO, DIRIGENTES DE ORGANIZAÇÕES DE INTERESSE PÚBLICO E DE EMPRESAS	2,2	2,1	2,2	2,2	2,2	2,4	2,5
2 PROFISSIONAIS DAS CIÊNCIAS E DAS ARTES	4,7	4,8	5,0	5,1	5,2	5,8	6,3
3 TÉCNICOS DE NÍVEL MÉDIO	3,7	3,7	4,0	4,0	4,2	4,7	5,2
4 TRABALHADORES DE SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	1,8	2,0
5 TRABALHADORES DOS SERVIÇOS, VENDEDORES DO COMÉRCIO EM LOJAS E MERCADOS	10,1	10,1	10,3	10,8	11,0	11,1	11,4
6 TRABALHADORES AGROPECUÁRIOS, FLORESTAIS E DA PESCA	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1
7 TRABALHADORES DA PRODUÇÃO DE BENS E SERVIÇOS INDUSTRIAIS	11,7	11,4	11,1	11,5	11,1	10,9	11,1
8 TRABALHADORES DA PRODUÇÃO DE BENS E SERVIÇOS INDUSTRIAIS	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7
9 TRABALHADORES EM SERVIÇOS DE REPARAÇÃO E MANUTENÇÃO	1,8	1,7	1,6	1,5	1,5	1,3	1,4
10. NÃO OCUPADOS	61,0	61,5	61,0	60,3	60,2	59,4	57,4

Ocupação não identificada	0,8	0,8	0,7	0,8	0,7	0,5	0,5
Número Total de óbitos	104.313	110.872	107.171	110.054	115.595	139.026	152.694

Fonte: SIM/SES-RJ

6.7 Plano de Comunicação dos resultados do estudo

Para divulgar e disseminar os resultados deste estudo pretende-se, após a aprovação da dissertação, adotar as seguintes estratégias de comunicação e disseminação:

- A versão final da dissertação será disponibilizada no Repositório Institucional ARCA/Fiocruz.
- Os principais resultados serão divulgados em periódicos e eventos científicos.

6.8 Aspectos éticos

Por se tratar de uma estudo que utilizou dados secundários agregados, de natureza pública, sem qualquer tipo de identificação individual dos registros de óbito de residentes do estado do Rio de Janeiro, de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e 510/2016, fica isento da submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

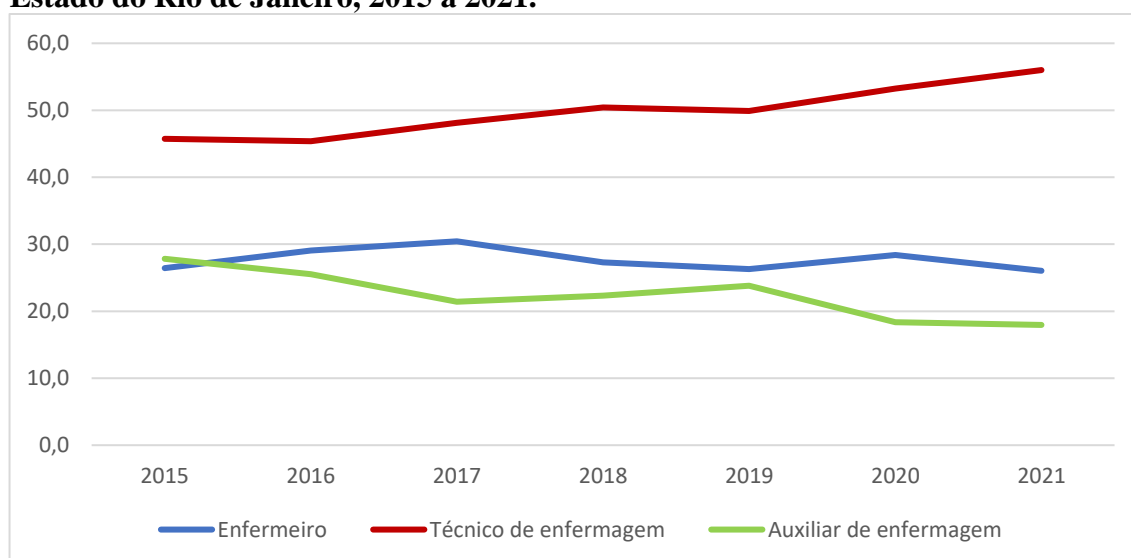
7. RESULTADOS

Os resultados deste estudo apontam para um sensível aumento do número de óbitos dos profissionais de Enfermagem no Estado do Rio de Janeiro, durante a pandemia da COVID-19. A elevada exposição aos riscos de contaminação pela doença a que estes trabalhadores de enfermagem estiveram quando atuaram na linha de frente, demonstrou a vulnerabilidade destes profissionais frente às condições de trabalho precárias a que são submetidos por décadas e agravadas durante a pandemia.

7.1 Padrão de mortalidade geral dos profissionais de enfermagem antes e depois da pandemia de Covid-19.

No gráfico 1 apresenta-se a evolução da mortalidade proporcional dos profissionais de enfermagem, segundo a ocupação. Ao longo do período estudado observa-se que das três categorias selecionadas, o técnico de enfermagem apresenta a maior proporção de óbitos. Em 2020, quando se inicia a pandemia de Covid-19 a curva de mortalidade deste grupo profissional teve um crescimento que se manteve até 2021. Entre os profissionais enfermeiros, houve um aumento da mortalidade proporcional, em 2020 ao passar de 26,3% para 28,4%. Mas em 2021 a proporção de óbitos apresentou uma pequena queda, voltando ao patamar de 2019 (26%). Já entre os profissionais auxiliares de enfermagem o que se observa de 2019 para 2021 foi uma redução da mortalidade.

Gráfico 1: Evolução da mortalidade proporcional dos profissionais de enfermagem. Estado do Rio de Janeiro, 2015 a 2021.

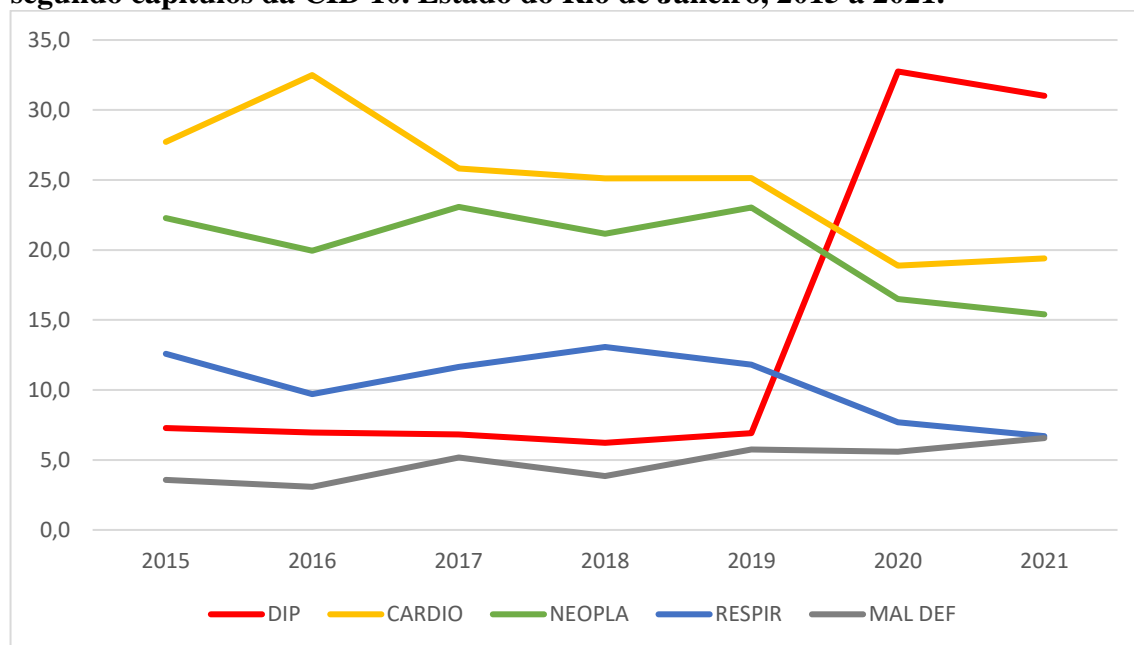


Fonte: SIM/SES-RJ

Como apresentado no capítulo dois, o Estado do Rio de Janeiro apresenta um contingente de profissionais de enfermagem constituído majoritariamente de técnicos de enfermagem, distribuídos por vários postos de trabalho e diversos vínculos empregatícios. Neste sentido, pode-se esperar um registro de óbitos maior entre esses profissionais.

No gráfico 2, apresenta-se a evolução da mortalidade proporcional dos profissionais de enfermagem, segundo os grandes grupos de causa de morte. Observa-se que no período antes da pandemia da Covid-19 (2015 a 2019) as principais causas de morte entre os enfermeiros apresentavam a seguinte ordem de magnitude: em primeiro lugar as doenças cardiovasculares (CARDIO), em segundo lugar doenças neoplásicas (NEOPLA) e em terceiro as doenças respiratórias (RESP). Com a chegada pandemia em 2020, esse padrão de mortalidade de modificou e as doenças infecto parasitárias (DIP), que antes ocupavam a quarta posição passam a representar a principal causas de morte entre os profissionais de enfermagem. Vale destacar que dentro do grande grupo das DIP estão registros os óbitos cuja causa básica da morte foi a COVID-19. É importante, chamar atenção, para o aumento da proporção de óbitos por causas mal definida, em 2021, ainda que este aumento tenha sido em menor proporção.

Gráfico 2: Evolução da mortalidade proporcional dos profissionais de enfermagem, segundo capítulos da CID 10. Estado do Rio de Janeiro, 2015 a 2021.

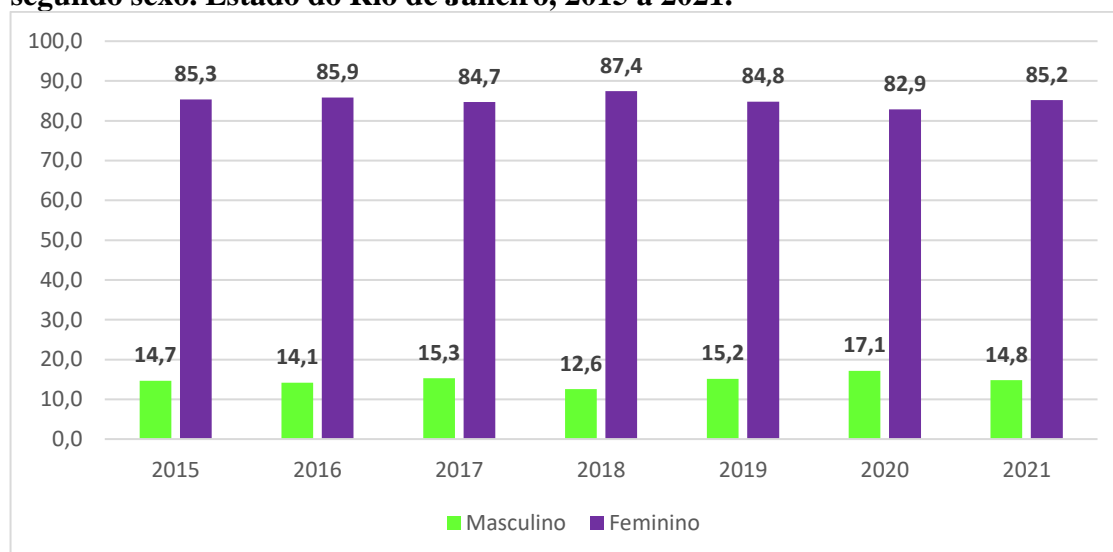


Fonte: SIM/SES-RJ

No gráfico 3, apresenta-se a evolução da mortalidade proporcional dos profissionais de enfermagem, segundo sexo. Verifica-se que ao longo do período estudado, antes e durante a pandemia de Covid-19, a mortalidade dos profissionais de enfermagem é predominantemente feminina. Entretanto, verificou-se um pequeno aumento na proporção de óbitos masculinos no primeiro ano da pandemia de covid-19, ao passar de 15,2% para 17,1% em 2020.

A predominância feminina da enfermagem na área saúde é confirmada pela Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, muito embora já se perceba um maior ingresso de homens no trabalho da enfermagem (FIOCRUZ/COFEN, 2013).

Gráfico 3: Evolução da mortalidade proporcional dos profissionais de enfermagem, segundo sexo. Estado do Rio de Janeiro, 2015 a 2021.

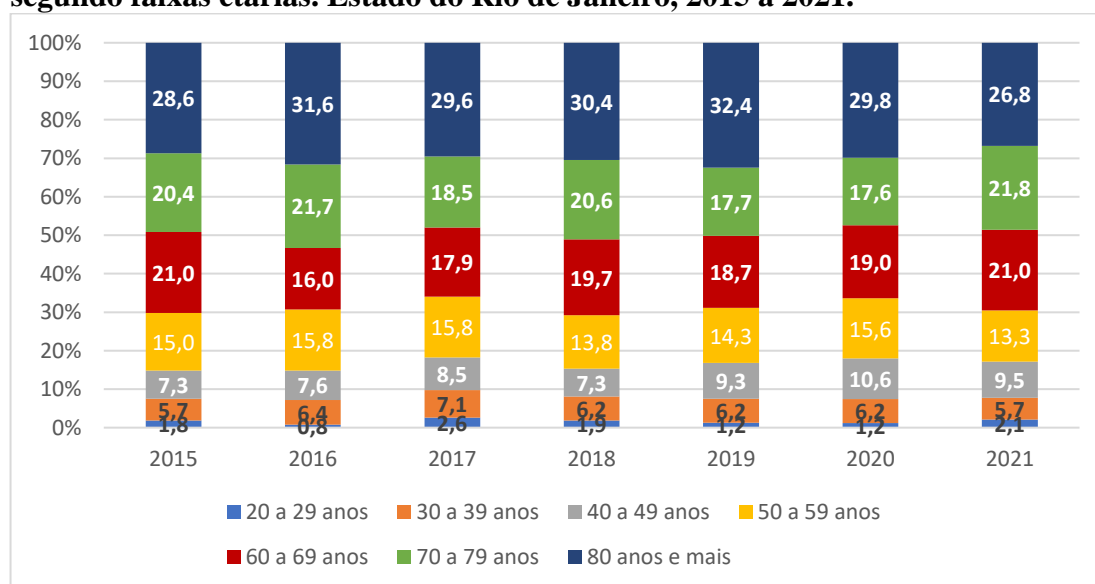


Fonte: SIM/SES-RJ

No gráfico 4 apresenta-se a evolução da mortalidade proporcional dos profissionais de enfermagem, segundo faixas etárias. Verifica-se que ao longo da série histórica estudada o padrão de mortalidade não apresentou mudanças significativas entre as faixas etárias selecionadas. Em 2019, as faixas etárias de 60 a 69, 70 e 79 e 80 e mais anos somavam quase 70% dos óbitos. Com a chegada da pandemia, em 2020, percebe-se um pequeno crescimento na proporção de óbitos na faixa etária de 40 a 49 ao passar de 9,3% para 10,6%. Vale lembrar que esta faixa etária que corresponde a idade reprodutiva significando que foram óbitos de profissionais provavelmente em atividade profissional.

A área da enfermagem vem adotando uma característica de profissionais com idade relativamente mais jovem e com faixa etária menor, segundo os dados de registros do COFEN. O contingente de profissionais de Enfermagem do Brasil tem algo em torno de 40% de sua força de trabalho com idade entre 36-50 anos (FIOCRUZ/COFEN, 2013).

Gráfico 4: Evolução da mortalidade proporcional dos profissionais de enfermagem, segundo faixas etárias. Estado do Rio de Janeiro, 2015 a 2021.



Fonte: SIM/SES-RJ

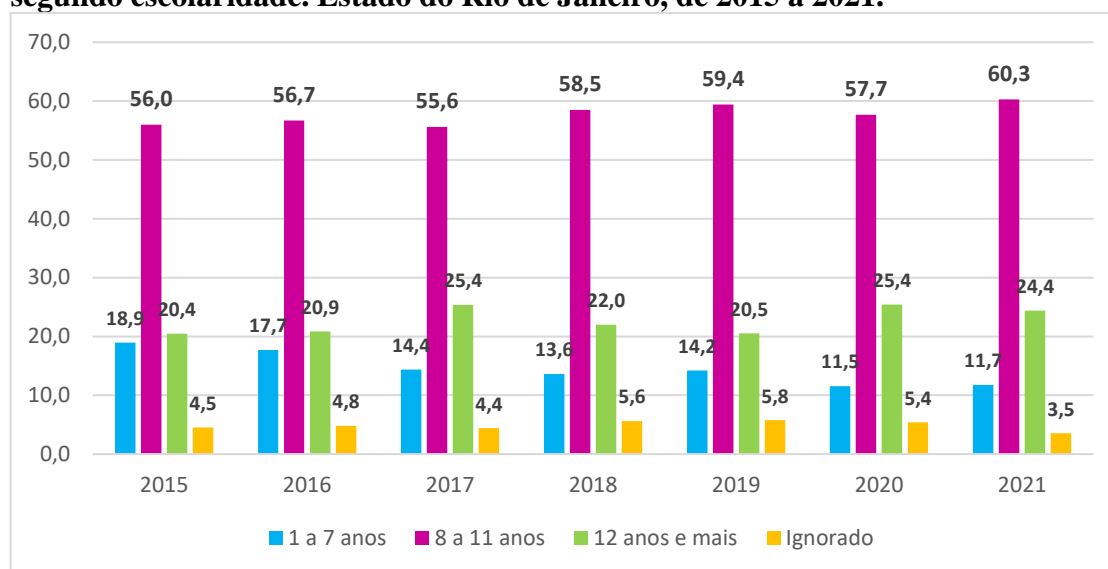
No gráfico 5 apresenta-se a evolução da mortalidade proporcional dos profissionais de enfermagem, segundo escolaridade. Antes de iniciar a análise dos resultados da mortalidade segundo a variável escolaridade é importante mencionar que na DO são registrados o total de anos de estudo do falecido. Essa forma de fazer o registro muitas vezes gera um preenchimento inadequado. Além disso, é sabido que este campo da DO tem seu preenchimento pouco valorizado.

Entre os anos de 2015 e 2021 o padrão de mortalidade não apresentou mudanças significativas entre os anos de escolaridade. Os anos de estudo de 8 a 11 anos que equivaleria ao nível médio de escolaridade apresentou durante todo o período analisado as maiores proporções de mortalidade. Com a chegada da pandemia, em 2020, percebe-se um pequeno crescimento na proporção de óbitos no grupo de 12 e mais anos de estudo ao passar de 20,5% para 25,4%.

Os trabalhadores da Enfermagem dos mais variados vínculos empregatícios podem estar com uma escolaridade além daquela exigida para o cargo que ocupam e esta situação se dá pela natureza e da ocupação dos postos de trabalho e oportunidades de

emprego observados na estrutura e organização para o trabalho no Brasil. Dessa forma, um profissional de enfermagem de nível fundamental ou de nível técnico pode possuir uma escolaridade acima do necessário para o desenvolvimento das atividades de sua categoria, o que corrobora com o fato de auxiliares e técnicos muitas das vezes possuírem nível superior ou até mesmo uma pós-graduação.

Gráfico 5: Evolução da mortalidade proporcional dos profissionais de enfermagem, segundo escolaridade. Estado do Rio de Janeiro, de 2015 a 2021.



Fonte: SIM/SES-RJ

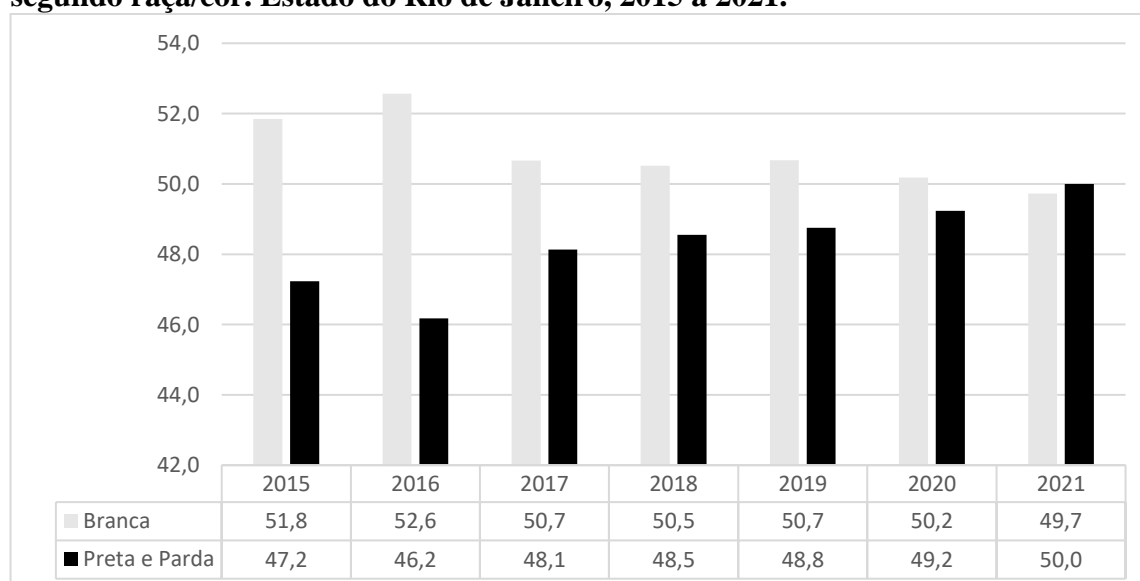
Para o cargo técnico em enfermagem além da escolaridade exigida na formação do auxiliar de enfermagem (o ensino básico e o fundamental) é necessário a conclusão do ensino médio podendo ser este profissionalizante variável entre 2 a 3 anos (ensino médio já com o curso técnico de enfermagem) ou um curso pós médio na modalidade bastante executada por cursos livres de formação em técnicos enfermagem no país. A categoria de profissionais técnicos de enfermagem estaria com um nível de escolaridade entre as faixas de 8 a 11 anos corroborando para o número de registro de profissionais atuantes e no mercado de trabalho segundo o COFEN, de inserção cada vez mais significativa.

Para o exercício profissional de um Enfermeiro será necessário a conclusão dos ensinos básico, fundamental e médio, o que exigiria uma escolaridade superior a 8 anos, mas a duração do curso em nível superior de 5 anos impulsiona essa variável escolaridade para uma margem de 12 anos ou mais, o que torna este profissional dentro da estrutura organizada da equipe de enfermagem, o que necessita de maior escolaridade para o exercício regularizado na legislação vigente. O Enfermeiro assume o posto de profissional

com funções de supervisão e coordenação da equipe, e de acordo com determinados vínculos profissionais, ele pode não ser o profissional com maior escolaridade da equipe, como já abordado anteriormente.

No gráfico 6 apresenta-se a evolução da mortalidade proporcional dos profissionais de enfermagem, segundo raça/cor. Ao analisar a mortalidade dos profissionais de enfermagem, segundo a raça/cor, observa-se que no período estudado a proporção de óbitos entre os de cor/raça branca é bem maior. Entretanto, no ano de 2020 a diferença percentual dos óbitos entre brancos e pardos/negros diminuiu. Em 2021, a proporção de óbitos entre os pardos/negros supera a mortalidade entre brancos.

Gráfico 6: Evolução da mortalidade proporcional dos profissionais de enfermagem, segundo raça/cor. Estado do Rio de Janeiro, 2015 a 2021.



Fonte: SIM/SES-RJ

7.2 Padrão de mortalidade dos profissionais de enfermagem por COVID-19.

No Estado do Rio de Janeiro no ano de 2020 morreram 396 profissionais de enfermagem devido a Covid-19 e, em 2021, segundo ano da pandemia morreram 386. Ao analisar as mortes por covid-19 de forma detalhada verifica-se que entre os profissionais da categoria de técnicos de enfermagem concentrou, em 2020, 53% dos óbitos por esta causa e 56%, em 2021. Em relação a variável sexo, assim como na mortalidade geral, as mortes por covid-19 se concentraram entre as mulheres. A faixa etária mais afetada foi a dos idosos acima de 65 anos de idade, refletindo a predisponência entre os mais velhos a desenvolverem formas mais graves da doença. Quanto à raça/cor o comportamento da

mortalidade por covid-19 se distribuiu de forma mais homogênea entre brancos e pretos/pardos, se considerarmos pardos e negros como uma única categoria. Por fim, o perfil das mortes por covid-19 segundo a escolaridade, onde se observou maior concentração das mortes entre os profissionais de enfermagem com 8 a 11 anos de estudo (Tabela 10)

Tabela 10: Mortalidade Proporcional entre profissionais de enfermagem por COVID-19, segundo características sociodemográficas. Estado do Rio de Janeiro, 2020 e 2021.

Características sociodemográficas	2020		2021	
	N	%	N	%
Ocupação				
Enfermeiro	113	28,5	95	24,6
Técnico de enfermagem	211	53,3	218	56,5
Auxiliar de enfermagem	72	18,2	73	18,9
Sexo				
Masculino	78	19,7	60	15,5
Feminino	318	80,3	326	84,5
Faixa etária				
15 a 24 anos	-	-	2	0,5
25 a 34 anos	11	2,8	5	1,3
35 a 44 anos	35	8,8	32	8,3
45 a 54 anos	68	17,2	49	12,7
55 a 64 anos	83	21,0	73	18,9
65 a 74 anos	68	17,2	104	26,9
75 anos e mais	131	33,1	121	31,3
Cor/raça				
Branca	186	47,0	190	49,2
Preta	95	24,0	82	21,2
Parda	115	29,0	113	29,3
Escolaridade				
1 a 7 anos	34	8,6	41	10,6
8 a 11 anos	232	58,6	239	61,9
12 anos e mais	111	28,0	95	24,6

Fonte: SIM/SES-RJ

7.3 Análise do excesso de mortes entre profissionais de enfermagem em 2020.

O excesso de mortalidade é uma importante ferramenta que auxilia na vigilância epidemiológica já utilizada no monitoramento de outras epidemias como Chikungunya e Influenza por exemplo. (Freitas et al.2020). Manter uma vigilância epidemiológica

centrada nesta ferramenta facilita a compreensão da totalidade dos números de óbitos e mortes associadas à fenômenos como epidemias.

Quando a covid-19 chegou ao país os registros desses excessos de mortalidade eram calculados sobre a população em geral de forma semanal através da chamada semana epidemiológica. Através desses dados e registros foi possível observar que o número superior de óbitos encontradas nesses períodos segundo o CONASS [...]” era um reflexo direto da epidemia com mortes provocadas por circunstâncias como a sobrecarga dos serviços de saúde a interrupção do tratamento de doenças crônicas ou pela resistência de pacientes em buscar assistência de saúde por meio de se infectar pelo novo coronavírus (CONASS, 2021).

Na tabela 11, é possível observar a estimativa do excesso de morte entre os profissionais de enfermagem, segundo as variáveis ocupação, sexo, escolaridade e raça/cor.

Verifica-se que nas categorias de técnicos de enfermagem (35%) e de técnicos de enfermagem (34%) o excesso de mortes foi bem maior do que na categoria de auxiliar de enfermagem (12%). Ao analisar a variação do excesso de mortes entre mulheres e homens pode-se observar que entre os profissionais de enfermagem do sexo masculino o excesso foi de 56% enquanto nas mulheres foi de 25%.

O excesso de mortes, em termos relativos, foi mais expressivo entre os profissionais de enfermagem do grupo etário de 20 a 59 anos de idade (39%) quando comparado com o grupo etário de 60 e mais anos (25%).

Por último, o excesso de mortes, segundo a raça/cor foi, proporcionalmente, semelhante entre os profissionais de enfermagem declarados como brancos (30%) e os declarados como pretos e pardos (29%).

Tabela 11: Excesso de mortes entre profissionais de enfermagem, segundo o sexo, faixa etária e raça/cor. Estado do Rio de Janeiro, 2020.

Características sociodemográficas	Óbitos Observados	Óbitos Esperados	Excesso de óbitos	Razão (Observados /Esperados)	IC95%
Ocupação					
Enfermeiro	391	289	102	1,35	1,29 - 1,40
Técnico de enfermagem	733	548	185	1,34	1,29 - 1,37
Auxiliar de enfermagem	253	226	27	1,12	1,07 - 1,16
Sexo					
Masculino	236	151	85	1,56	1,48 - 1,64
Feminino	1141	912	229	1,25	1,22 - 1,27
Faixa etária					

20 a 59 anos	463	332	131	1,39	1,34 - 1,44
60 anos e mais	914	731	183	1,25	1,21 - 1,28
Raça/cor					
Branca	691	532	159	1,30	1,25 - 1,33
Preta/parda	678	524	154	1,29	1,25 - 1,33

Fonte: SIM/SES-RJ

8 - DISCUSSÃO

As variáveis escolhidas para análise e interpretação dos registros de óbito, nos dá um panorama do perfil de mortalidade dos trabalhadores da Enfermagem no Estado do Rio de Janeiro nos revelando o sexo, a raça/cor e a faixa etária mais afetado no recorte temporal estudado. Na sequência foram analisados o excesso de morte como forma de verificar, indiretamente, os efeitos da pandemia de COVID-19. No padrão de mortalidade dos profissionais de enfermagem. Para Marinho:

“Assim a análise estratificada por raça/cor, sexo, idade é uma etapa para orientar políticas públicas que visem corrigir as distorções que afetam as populações mais vulneráveis. As diferenças no excesso da mortalidade refletem não só as consequências da Covid-19 nessas populações, mas também um descaso histórico que precisa ser retratado”. (MARINHO, et al. 2021, P-14).

Alguns dos achados mais importantes deste estudo apontam para uma similaridade nos resultados encontrados, com outras pesquisas realizadas por outros estados demonstrando uma ratificação preponderante do aumento de registros de óbitos como em Pernambuco, São Paulo, Minas Gerais entre outros estados.

A enfermagem além de feminina também se apresenta como uma oportunidade de trabalho para ingresso de mulheres mais jovens e essa assertiva é confirmada na variável idade discutida logo adiante. As mudanças na força de trabalho da Enfermagem ocorrem através de décadas e pode por exemplo estar caminhando para uma crescente tendência de determinada “masculinização”. Essa tendência parte especialmente da década de 1990. Para Machado:

“Fato curioso deu-se com os profissionais de enfermagem no que diz respeito a participação segundo sexo e idade. Em 1970 a Força de trabalho feminina com menos de 29 anos de idade representava 22% não se registrando nesse período, a presença masculina. Na década seguinte, o quadro se alterava sensivelmente, ocorrendo a presença masculina, nesta faixa, com 42% do total dos homens e 29% as mulheres”. MACHADO (1989. P-124).

A autora da citação acima podia vislumbrar o crescimento do ingresso de profissionais do sexo masculino na Enfermagem, e, contudo, reconhecer ainda se tratar de profissão de predominância feminina.

Mesmo com o aumento da entrada de homens cada vez maior na força de trabalho da Enfermagem, ainda são as mulheres quem representa o maior número dessa força, e foram as mulheres as mais impactadas na linha de frente da epidemia de Covid-19 em números sensíveis disponíveis no SIM.

Muitas hipóteses e achados podem ser discutidas e analisadas sobre a mortalidade maior de mulheres registrada através do Sistema de Informação de Mortalidade. As condições de trabalho precárias e má condições gerais de saúde, podem ser exemplos de circunstâncias deletérias que impulsionaram esses profissionais de saúde ao aumento sensível de contaminação e adoecimento, o que conseqüentemente pode ter impellido o aumento dos óbitos pela Covid-19. É preciso lembrar que esses números, em comparação com os homens, já eram bastante desproporcionais, entre 2015 e 2019 por exemplo.

Desde o início da doença diagnosticada em território brasileiro até os primeiros meses do ano de 2021, os profissionais de enfermagem continuaram em crescentes estatísticas de mortalidade. Há uma crise sanitária e uma crise do cuidado (SOUZA e SOUZA, 2020) que tem levado enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem ao adoecimento e morte, considerando políticas e medidas insuficientes de apoio a estes profissionais da linha de frente.

Souza e Souza (2020) evidenciam, a partir de estudos realizados em outros países, principalmente na China, que agravantes como as os históricos patológicos progressos desses trabalhadores (doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, cardiovasculares e respiratórias) aumentam os riscos de se desenvolver formas mais severas da doença e podem contribuir para o desenvolvimento de transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, medo e insegurança em contaminar familiares. Ademais percebe-se que, segundo MOROSINI, CHINELLE e CARNEIRO (2020) [...] cabe notar, entretanto, que, ainda que sejam condições comuns, a insegurança, o medo e o sofrimento têm efeitos diferentes sobre os diversos trabalhadores que, de modo desigual, dispõem de meios variados para se proteger e proteger os que os cercam[...] (Ibidem, 2020.p-106).

A COVID-19 promoveu significativas transformações no trabalho de profissionais de enfermagem e continua a impactar esta classe de trabalhadores. Existe a necessidade de avançar nos conhecimentos e estudos no sobre o impacto da doença no processo de trabalho e na saúde desses profissionais, sobretudo no Brasil, para preservação de suas vidas enquanto cuidam de outras vidas.

Durante a chegada da covid-19, atuações do Governo Federal, ainda que de formas pouco efetivas, foram tomadas, em medidas necessarias a fim de que houvesse a

contenção da propagação do vírus e pudessem reduzir o impacto sobre a população brasileira. O centro de operações de emergência em saúde pública covid-19 do ministério da saúde foi fundado e teve objetivo de nortear um conjunto de medidas as respostas para emergências de saúde pública atuando no âmbito do SUS.

É preciso lembrar que a complexidade e magnitude do processo emergencial de saúde pública estava em crescimento e os serviços públicos de saúde não puderam acompanhar a taxa veloz de contaminação apontada em sua propagação e crescimento.

O impacto desta doença ocasionou por exemplo a criação do site Observatório de enfermagem para monitorizar nos âmbitos dos CORENs, as questões referentes as crises relacionadas a pandemia. O site Observatório de enfermagem mantinha os dados atualizados sobre a mortalidade dos profissionais de enfermagem no Brasil o estado do Rio de Janeiro através do COREN do Estado do Rio de Janeiro. A atualização desses dados e as informações sobre a contaminação dos Profissionais de Saúde da Linha de Frente eram constantes. Em maio de 2020 foi criado o comitê gestor de crise covid-19.

Nesta perspectiva muitas pesquisas foram desenvolvidas, com um certo arcabouço metodológico eficiente por medidas tomadas universalmente (com algumas exceções à priori de certos países) para o combate e controle da pandemia visando a proteção dos Profissionais de Saúde objetivando inclusive a menor letalidade possível para com os profissionais da linha de frente

O cuidado com as pessoas acometidas pela covid-19 evidenciou que a hipertensão arterial a diabetes mellitus e as doenças respiratórias foram as que mais acometeram os pacientes infectados, estando os pacientes com faixa etária superior a 70 anos os mais vulnerais fatalmente pela covid-19 (o que foi evidenciado, no entanto, é que não só os pacientes com idade superior a 70 anos seriam cometidos pelo evento morte, mas os mais jovens, com idade entre 30 e 50 anos também sofreram com o impacto da doença).

O aumento da frequência de registro de mortalidade de profissionais de enfermagem estado de Rio de Janeiro encontrou sustentação devido pesquisas realizadas que mais uma vez apontado a constituição de maior categoria da área de saúde, tornam-se mais suscetível se comparadas a outras. Estando situada na região Sudeste do Estado do Rio de Janeiro representou o segundo maior estado do Brasil com trabalhadores da enfermagem impactados pelo covid-19 onde a força de trabalho desses profissionais de enfermagem da região Sudeste do Estado do Rio de Janeiro fica apenas atrás de São Paulo.

Nas diversas atribuições dos profissionais de enfermagem médio nível e auxiliar, os cuidados diretos são aqueles prestados aos pacientes em cuidados como a higiene pessoal, ajuda para alimentação, administração de medicamentos por várias horas, o que

faz com que esses profissionais mantenham muitas horas à beira leito dos seus pacientes (frequentemente mais de 01 paciente). Este cuidado prestado é de forma ininterrupta pois a assistência de enfermagem tem uma demanda de trabalho (mesmo antes da covid-19) absolutamente exaustiva por vários períodos de plantão, uma vez que os fins de semana e os plantões noturnos também são necessários a fim dos cuidados humanizadas e integrais.

Entre os dispositivos que auxiliam no cuidado com profissionais de enfermagem perante a Saúde do Trabalhador, cabe lembrar por exemplo a norma regulamentadora NR 6 que relaciona os equipamentos de proteção individual material ou insumo de uso a ser utilizado pelo trabalhador com a função de que este proteger dos riscos suscetíveis e as ameaças à segurança do Trabalhador são presentes

Entre os anos de 2015 e 2019 foi possível observar o registro dos óbitos e esperados para as categorias dos profissionais de enfermagem contudo entre 2020 e 2021 esse número se apresenta em uma determinada sobremortalidade, uma vez que o número de óbitos observado foi relativamente muito maior do que os anos contabilizados entre 2015 e 2019. Esse pode ter sido efeito direto do provável efeito da pandemia da covid-19 e a suscetibilidade desses profissionais a doença.

Como já discutido em capítulos anteriores o impacto deletério da covid-19 na vida dos profissionais de enfermagem vai além do que podemos considerar como as circunstâncias físicas também as circunstâncias psicológicas e sociais mostram a magnitude do tamanho do problema evidenciado também a sociedade depressão e estresse que esses Profissionais de Saúde estão suscetíveis.

Tanto enfermeiros quanto técnicos de enfermagem e auxiliares, precisaram se adaptar a uma nova rotina para cuidados em horas de exposição aos pacientes infectados e contaminados. Esses trabalhadores enfrentaram também um quantitativo infinitamente menor do que o necessário para o combate a pandemia da covid-19. A adaptação a equipamento de proteção individual também foi um fator bastante discutido durante todo este processo pois os mesmos segundo pesquisas sofriam com a inequação dos equipamentos a qualidade dos equipamentos e a quantidade dos equipamentos hora extremamente necessários e importantes para a proteção da saúde e da vida desses Trabalhadores.

9- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O início do processo que possibilita compreender a mortalidade dos trabalhadores de enfermagem acometidos pela covid-19 está intimamente ligado aos de serviços em saúde executados por esta classe de trabalhadores. É preciso ter ciência sobre a arte de cuidar e sobre a filosofia que esta arte traz para a Enfermagem e passando pela perspectiva histórica da educação profissional e formação para o trabalho.

Em síntese, esses profissionais de saúde vendem sua força de trabalho em um processo de cuidado tanto no setor público quanto privado lidando com muitas questões sociais, políticas, econômicas e filosóficas rotineiramente. Estão relativamente mais próximos dos pacientes de modo geral, pois os cuidados executados são ininterruptos e de certa maneira administrados de forma integral.

A disponibilidade de recursos e materiais e insumos para proteção individual e coletiva, pode ter sido (de acordo com o que foi observado pelo período da covid-19 desde sua chegada em 2020), um elemento fundamental para a saúde e proteção de suas vidas. É importante destacar a peculiaridade subjetiva do trabalho de enfermagem e de todo processo de precarização do Trabalho à qual são submetidos esses profissionais desde a sua histórica formação profissional.

Esses profissionais atuam com cuidado sendo esta, a mais importante ferramenta da prática destes trabalhadores, e a intensificação do processo de enfermagem pode ser observado através dos modos taylorista-fordista a qual estão submetidos. É nessa perspectiva que observamos a saúde do trabalhador tanto no aspecto físico quanto psicológico onde são rotineiramente postos a prova em ritmos cada vez mais dinâmicos e cansativos.

No contexto histórico, foi discutido o trabalho da enfermagem enquanto profissionais do setor saúde envolvidos nos processos coletivos e individuais de cuidado. A discussão teórica traz a forma como os processos meios de produção capitalista demonstram a exploração do trabalho da enfermagem durante a chegada da pandemia de covid-19, fazendo com que esses profissionais já acometidos por um processo intenso de precarização histórica, sofressem os impactos da doença com o evento morte.

As profissionais do sexo feminino além de comporem a grande maioria nos serviços de enfermagem, foi também a mais impactada com os índices de mortalidade que afetaram esses profissionais de saúde, tanto nas categorias de enfermeiros quanto técnicos e auxiliares de enfermagem.

Profissionais na faixa etária acima dos 50 anos foram as mais impactadas não só pela covid-19, mas dentro de uma análise em série histórica entre os anos de 2015 a 2021, as que possuem um número maior de mortes.

Para este trabalho o Sistema Informação de Mortalidade da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, proporcionou uma síntese sobre a quantidade e o aumento do número desses registros no recorte temporal entre 2015 e 2021. Embora não seja possível afirmar que o aumento dos números de óbitos tenha sido categoricamente todos ocasionados pela covid-19, é, todavia, possível perceber dentro dessa perspectiva que todas as condições favoráveis à infecção e à falta de proteção destes profissionais podem ter sim impactado a vida desses profissionais. As medidas e condições precárias de trabalho corroboraram para o impacto na vida dos trabalhadores da Enfermagem.

Usamos como embasamento teórico o processo capitalista dos meios de produção como referencial teórico em Marx e a exploração do trabalhador que vende sua força de trabalho para sobrevivência. As perspectivas do processo saúde e do processo de adoecimento são discussões realizadas em contextos sociais e a exploração do trabalhador, principalmente os profissionais de saúde durante a pandemia, não percorreu caminho diferente dos já reconhecidos pela história de luta da classe trabalhadora.

O capitalismo que é um modelo econômico constituído de modo geral na concentração de riquezas nas mãos de poucos (e detentores dos meios de produção), exploração do homem pelo homem e a propriedade privada, tem seu impacto nesta determinação social de modo direto, iniciado na Inglaterra com a Revolução Industrial. Morelli, Fernandes e Bastos (2013) descrevem a partir de sua compreensão no livro: *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra* (ENGELS,1996) que:

[...] Os donos das fabricas e comerciantes, chamados de classe burguesa, não se importavam com as condições dos seus empregados, visto que existia um grande exército de reserva de mão de obra barata. A lógica era explorar o trabalhador até a morte, pois o que não faltava era alguém para substituí-lo depois. Ao ponto que essa nova forma de vida se consolidava, as condições de saúde se deterioravam, epidemias surgiam, a mortalidade chegava a taxas que hoje são inimagináveis e se instalava assim uma grande crise sanitária por toda Europa Ocidental (Ibidem, 2013.p-11).

Engels descreve a situação insalubre do trabalho em fábricas na Inglaterra do século XVIII, fazendo diretamente um apontamento da relação histórico social do indivíduo com seu ambiente de trabalho, e os aspectos precários e desumanizados para o acumulo de capital. Já Foucault (1979. P-106), no livro *Microfísica do poder*, realiza uma contextualização do desenvolvimento do processo capitalista entre o século XVIII e o século XIX, onde este (o capitalismo) [...] “socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho” [...] e que o corpo, para o autor, seria [...] uma realidade bio-política[...] (FOUCAULT, 1979. P-106). Em consonância com o pensamento de Foucault (1979) e Engels (1996), Laurell (1982) nos afirma que:

“Em termos muito gerais, o processo saúde-doença, é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção” (LAURELL,1982. P-16).

Muitos autores, escritores e filósofos se debruçaram por diversas correntes de pensamento abordando o tema saúde e doença em perspectivas históricas, científicas e sociais. O centro do debate das discussões desses autores, pode ser reconhecido na consideração da saúde pública e as bases para construção do que viria a ser a epidemiologia. A saúde e da doença, e a determinação destes dois processos, vão além da ótica biológica e biomédica estando sobretudo, assentadas na correlação intrínseca dos fatores sociais.

Baseamo-nos também no referencial teórico de Dejour e a psicodinâmica do trabalho, este adequando-se a muitas questões filosófica e epistemologias inerentes a categoria profissional de enfermagem no que tange o processo de adoecimento do trabalhador e todo envolvimento da precarização mundo do trabalho contemporâneo.

O Sistema de Informação sobre Mortalidade indica que entre 2015 e 2021 tanto nos anos antecedentes a pandemia, quanto durante o impacto e avanço da covid-19 os profissionais com escolaridade entre 8 a 11 anos foram os que tiveram maior registro de óbitos neste banco de dados. Essa informação vai de encontro a informação sobre a

pesquisa perfil da enfermagem elaborada pela Fundação Oswaldo Cruz. Observando inclusive que esta escolaridade estaria se assemelhando ao tempo de formação das categorias técnicas e auxiliares de enfermagem.

A covid-19 promoveu um efeito deletério contra diversos Profissionais de Saúde sendo os técnicos de enfermagem a categoria mais impactada dentro das observações sobre mortalidade no sistema de informação de mortalidade. O excesso de mortalidade exposto no aumento de registro de óbitos destes profissionais demonstram que houve um aumento significativo das mortes nos períodos em que a covid-19 chega ao Brasil. O Rio de Janeiro enquanto um dos estados mais populosos do Brasil possui um número profissionais de enfermagem significativamente maior em comparação com outros estados do Brasil.

A Tendência do trabalho dos profissionais de enfermagem é de um exercício extenuante em jornada de trabalho de variáveis, em regime de plantões ou não, remunerações diferenciadas no serviço público e no serviço privado em uma tendência de valores defasados para a economia de mercado. A dinâmica do fluxo de trabalho de Enfermagem é apresentada por turnos de trabalho variáveis com uma demanda relevante de sobrecarga de trabalho e em determinadas circunstâncias as condições do paciente demanda maior a menor cuidado, mas este Cuidado hein interrupto 24 horas por dia sete dias por semana.

É possível discorrer sobre a saúde mental desses profissionais de enfermagem e sobre as consequências para a saúde física dos mesmos. A covid-19, nessa perspectiva, veio demonstrar o quão precarizada e o quão vulnerável essa classe estaria diante do impacto da pandemia da covid-19 no ano de 2020.

Destacamos que a organização do processo de trabalho, tanto no serviço público quanto no serviço privado, por gestões de serviços terceirizados ou em outros vínculos diversificados, apresentaram uma demanda de sobrecarga e intensificação de trabalho. Tanto uma esfera quanto outra, e sem sombra de dúvidas para a categoria profissional dos trabalhadores de enfermagem, houve uma trajetória marcante quanto a deficiência de na dimensão das relações trabalhistas e pessoais.

A análise da mortalidade dos profissionais de enfermagem no estado do Rio de Janeiro pela covid-19, permitiu avaliar de forma rápida às implicações diretas que podem ser atribuídas a esta doença e em certa medida, descrever determinados impactos ocorridos na categoria dos profissionais de enfermagem no Brasil e no mundo.

Durante a pandemia da Covid-19, foi possível observar a mortalidade que ocorreu em toda a população de modo geral, bem como avaliar o excesso desta mortalidade em critérios epidemiológicos. Analisar o excesso de mortalidade se demonstrou como um importante instrumento na monitorização das decisões tomadas para o desenvolvimento e diagnóstico adequado a se combater a covid-19.

A vida dos trabalhadores da saúde, sobretudo dos profissionais atuantes na linha de frente como a Enfermagem, esteve em circunstâncias dramáticas perante a força da doença que os impactou. É preciso reconhecer o primordial trabalho de quem cuida e que se veja em condições tão heroicas quanto também dramaticamente precárias. Adotar as referências desses trabalhadores que tem na gênese do seu trabalho, o ato de proteger e resguardar a vida humana, mesmo que lamentavelmente tenham morrido de tanto cuidar durante a pandemia da Covid-19.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Maria C. P.; ROCHA, Juan S. Y.; **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALVES, Giovanni: **Trabalho subjetividade e capitalismo manipulatório: o novo metabolismo social do trabalho e a precarização do homem que trabalha**. Estudo do Trabalho, ano V- número 8-2011 Revista RET-Rede de Estudos do Trabalho.
- ANTUNES, Ricardo: **Desenhando a nova morfologia do trabalho**. Ed. Boitempo, São Paulo. 1999.
- ARREDONDO, Armando. **Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 254-261, 1992.
- BACKES, M.T.S.; ROSA, L.M.; FERNANDES, G.C.M.; BECKER, S.G.; MEIRELLES, B.H.S.; SANTOS, S.M.A.; **Conceitos de Saúde e Doença ao Longo da História sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico**. Revista de Enfermagem, UERJ. Rio de Janeiro, 2009 jan./mar; pp-111-117.
- BARREIRA, Ieda de Alencar. **A enfermeira-Ananéri no “país do futuro”: a aventura da luta contra a tuberculose**. (tese de doutorado) Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. R.J., 1992. Disponível em: <https://pantheon.ufrj.br/handle/11422/11084>.
- BARROS, F.P.C.; FREITA, L.A.R.; SILVA, M.R.S.; ABDALLA, M.R.; LEÃO, N.L.G.; TEIXEIRA, O.A.P.M.; MARANHÃO, P.H.P.; SANTOS, P.O.S.; **O papel do Estado ante a pandemia: uma análise à luz da realidade**. Coleção COVID-19. Principais Elementos-Vol.1- Brasília, CONASS (Conselho Nacional de secretários de Saúde). P.4658.
- BRASIL, Lei Orgânica da Saúde. Lei de número 8080 de 19 de setembro de 1990, Em: http://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8080.
- BIO-MANGUINHOS/FIOCRUZ, O que é Pandemia, *Notícias e Artigos*. Em 14 de outubro de 2020, Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/bio.fiocruz/noticias/1763-o-que-e-uma-pandemia/>
- BORGUI, C.M.S.O.; OLIVEIRA, R.M.O.; SEVALHO, G.; **Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina**. Trabalho Educação e Saúde, Rio de Janeiro. v. 16. Nº 3, p. 869-897. Set./dez. 2018.
- BOFF, Leonardo: **Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra**. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.

- BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A.; **A Saúde e seus Determinantes Sociais** PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007.
- CAMPONOGARA, Silviamar: **Saúde e meio ambiente na contemporaneidade: o necessário resgate do legado de Florence Nightingale**. Reflexão-Escola Ana Nery. 2012jan-mar; 16(1): 178-184.
- CARDOSO, Maria Manuela Vila Nova: **Anna Nery - A trajetória de uma heroína**. (dissertação de mestrado). Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Rio de Janeiro, 1996
- CIMINI, F.; JULIÃO, N. A.; SOUZA, A.; FERREIRA, J. V. S.; FIGUEIREDO, G. R.; GARCIA, L.F.G.; H, R. T.; BAGGIA, F.; **Análise das primeiras respostas políticas do Governo Brasileiro para o enfrentamento da COVID-19 disponíveis no Repositório Global Polimap**. 2020, UFMG-Universidade Federal de Minas Gerais-Cedeplar. P.1-35.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Observatório de Enfermagem. Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/aceso/> em: 8 de abril de 2020.
- COSTA, R.; PADILHA, M.I.; AMANTE, L.N.; COSTA, E.; BOCK, L.F.; **O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo**. Texto e Contexto Enfermagem. 2009outdez; 18(4): 661-9.
- CRODA, J.H.R.; GARCIA, L.P. Epidemiologia e Serviços de Saúde. - Saúde vol.29 Nº1 Brasília. 2020, Epub. 23 de março de 2020. Disponível em: www.scielo.br
- CZERESNIA; Machado de Freitas. **Promoção da Saúde. Conceitos, reflexões, tendências**. Ed Fiocruz, 2005. pp42 e 46
- DRUCK, Graça; **Trabalho, precarização e resistência: novos e velhos desafios?** Trabalho, Precarização e Resistências. Caderno CRH, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 3757, 2011.
- ENGELS, Friedrich.: **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra. segundo as observações do autor e fontes autênticas**. Tradução B. A. Schumann Supervisão, apresentação e notas José Paulo Netto. Ed. Boi Tempo. 2007
- FIGUEIREDO, B.G. **Barbeiros e cirurgiões: atuação dos práticos ao longo do sec. XI**. História, Ciência e Saúde. Manguinhos, VI (2)277-91. 1999.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder. O Nascimento do Hospital**. Rio de Janeiro. 1979; Organização e tradução de Roberto Machado. 3º edição. Editora Graal.
- FRELLO, A.T.; CARRARO, T.E.; **Contribuições de Florence Nightingale: Uma revisão Integrativa da Literatura**. Escola Ana Nery. 2013- Set; 17(3); 573-579.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Educação e a crise do capitalismo real**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996

FRIGOTTO, Gaudencio. **A dupla face do trabalho: criação e destruição da vida**. In: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. (Org.). *A experiência do trabalho e a educação básica*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

KLAJMAN, Charles: **A gripe sob a ótica da história ecológica: um estudo comparativo entre as pandemias de 1918 a 2009**. *História Revista*. Goiânia, v. 20, n. 3, p. 118–137, set./dez. 2015.

KREIN, José Dari.; **O desmonte dos direitos, as novas configurações do trabalho e o esvaziamento da ação coletiva. Consequências da reforma trabalhista**. *Tempo Social, Revista de Sociologia da USP*, v.30, n.1

LAI, A.; ERONDU, N.A.; HEYMANN, D.L.; GITAH, G.; YATES, R.; **Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage**(*Sistemas de saúde fragmentados em COVID19: corrigindo o desalinhamento entre a segurança global de saúde e a cobertura universal de saúde*) *lanceta*. 02 de janeiro 2021; Volume 397:61-67.

LAURELL, Asa Cristina. **La salud-enfermedad como processo social**. *Cuadernos Médico Sociales*, Cidade do México, n. 19, v. 2, p. 1-11, 1982

MACHADO, F.K.S.; GIONGOC.R.; MENDES, J.M.R.; **Terceirização e precarização do trabalho: uma questão de sofrimento social**. *Psicologia Política*. Vol. 16 nº 36 pp 227-240, maio-ago. 2016

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. Livro primeiro. 3. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MASSUDA, A.; TASCA, R. **A resposta dos sistemas de saúde à COVID-19: Breve análise sobre o SUS**. Coleção COVID-19. Principais Elementos-Vol.1- Brasília, CONASS (Conselho Nacional de secretários de Saúde). P.78-95.

MINAYO, Maria Cecília de S., SANCHES, Odécio. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** *Caderno. de saúde pública*.1993, vol. 09, n.3, pp237-248.

MOROSINI, M.V.G.C.; CHINELLI, F.; CARNEIRO, C.C.G.; **Coronavirus e crise sociossanitária; a radicalização da precarização do trabalho no SUS**. – Crise e Pandemia; quando a exceção é a regra geral. EPSJV-Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2020-P.93-107.

MORELLI, T. C., FERNANDES, M., BASTOS, J.; **Determinação social do processo saúde-doença: conceito para uma nova prática em saúde**. COES- Revista da Coordenação de Educação em saúde-DENEM. Nº1-2013. P-05-33.

- MOTA, Camila Veras. **“Cobre seu Governador”**: qual a responsabilidade do governo federal no combate a pandemia? -BBC NEWS BRASIL acesso em 20/05/2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53244465>
- NASCIMENTO, V. F.; ESPINOSA, M. M.; SILVA, M. C. N.; FREIRE, N. P.; TERÇASTRETTEL, A.C. P.; **Impacto da COVID-19 sob o trabalho da enfermagem brasileira: aspectos epidemiológicos**. Revista oficial do conselho Federal de Enfermagem. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3756>.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. **Determinação social da saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro**: Cebes, 2010. p. 87- 125.
- OGUISSO, Taka. **Trajatória histórica e legal da enfermagem**. 2. ed. ampl. Barueri: Manole, 2007.
- OLIVEIRA, K. K. D.; FREITAS, R. J. M.; ARAÚJO, J. L.; GOMES, J. G. N.; **Nursing Now e o papel da enfermagem no contexto da pandemia e do trabalho atual**. Revista. Gaúcha Enfer. 42, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200120>
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE(OPAS). *Regulamento de Sanitário Internacional*. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5847:regulamneto-sanitario-internacioanl-rsi&itemed=812/
- PORTO, F.; AMORIM, W.; **História da Enfermagem Brasileira; Lutas, Ritos e Emblemas**. Rio de Janeiro. Ed. Águia Dourada. 2007.
- ROCHA, P.R.; DAVID, H.M.S.; **Determinação ou determinantes? Uma discussão com base da Teoria da Produção Social da Saúde**. Revista Escola de Enfermagem. USP. 2015; 49(1): 129-135.
- ROTEMBERG, L.; PORTELA, L. F.; MARCONDES, W. B.; MORENO, C.; NASCIMENTO C. P.; **Gênero e trabalho noturno: sono, cotidiano e vivências de quem troca a noite pelo dia**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(3):639-649, mai/jun, 2001.
- SÁ, S.P.C.; FERREIRA, M.A.; **Cuidados fundamentais na arte de cuidar do idoso: uma questão para enfermagem**. Escola Anna Nery- Revista de Enfermagem, vol. 8Num. 1. abril, 2004, pp. 46-52.
- SABROZA, Paulo Chagastelles. **Concepções sobre saúde e doença. Curso de Aperfeiçoamento de Gestão em Saúde**. Educação a distância. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>.

SANTOS, M.T. **As diferenças e semelhanças entre outros Coronavírus e o Sars-Cov2**, Veja. *Veja Saúde* publicado em 27 de julho de 2020. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/as-diferenas-e-semelhancas-entre-o-sars-cov-2eoutroscoronavirus/>

SILVA JÚNIOR, Osnir Claudiano: **PAN- Padrão Anna Nery: a instituição da identidade profissional da enfermeira no Brasil**, (tese de Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery, RJ; jan. 2000. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/>

SOARES, G. **Mortes de profissionais de Saúde crescem 26% em 1 ano de pandemia no Brasil**. *PODER 360*. 06 de abril de 2021. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/coronavirus/mortes-de-profissionais-de-saudecrescem26-em-1ano-de-pandemia-no-brasil/>

SOUZA, L.P.S.; SOUZA, A.G.; Enfermagem brasileira na linha de frente contra o Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? *Journal of nursing and health*. 2020;10(n.esp.); e20104005.

TEIXEIRA, C. F.S.; SOARES, C. M. S.; SOUZA, E. A.; LISBOA, E. S.; PINTO, I. C. M.; ANDRADE, L. R.; ESPIRIDIÃO, M. A.; **A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento a pandemia da COVID-19**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25(9) 28 ago.set. 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2020.v25n9/3465-3474/>.

WALDOW, V.R. **Cogitando sobre o cuidado Humano**; Cogitare Enfermagem, Curitiba Vol. 3. N.2, P-7-10. 1998. *Cuidado Humano: o resgate necessário*. Porto Alegre, 1998.