



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Departamento de Terapia Ocupacional

Caroline Pilar Silva de Carvalho

**Entre Sirenes e Silêncios:
Uma Trajetória de Cuidado e Resistência na Urgência e Emergência**

São Carlos - SP

2025

CAROLINE PILAR SILVA DE CARVALHO

**Entre Sirenes e Silêncios:
Uma Trajetória de Cuidado e Resistência na Urgência e Emergência**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, como um dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof^{fa}. Dr^a. Roseli Esquerdo Lopes

São Carlos-SP

2025

AGRADECIMENTOS

Agradeço, com profundidade e carinho, a todas as pessoas que caminharam ao meu lado ao longo deste percurso de formação e na construção deste trabalho.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Roseli Esquerdo Lopes, pela confiança, paciência e sabedoria generosa. Seu olhar crítico e sensível possibilitou reflexões que ultrapassam as páginas deste TCC e me inspiram a seguir construindo práticas comprometidas com o cuidado humano.

À minha família, meu alicerce, deixo minha gratidão mais sincera. Em especial à minha irmã Lilian Silva de Carvalho, por me acolher nas fragilidades e celebrar cada conquista, grande ou pequena.

À minha psicóloga, Aline Samanta Vasconcelos, pelo acolhimento ético e pela escuta qualificada que sustentaram meu cuidado de si durante todo o processo. Seus atendimentos me ajudaram a reorganizar pensamentos, atravessar momentos de ansiedade e ressignificar desafios, oferecendo ferramentas concretas de autocuidado e presença. Obrigada por me lembrar, com delicadeza, de respeitar meus limites sem renunciar aos meus sonhos.

Aos amigos Daniele Souza de Oliveira, Paula Maria Pirolo Mangili e Eder Carlos Poletti, companheiros de jornada, obrigada pela presença nas horas de alegria e nos momentos difíceis. O carinho e a amizade de vocês foram fundamentais para que eu me mantivesse firme em cada etapa.

Às preceptoras de estágio Dr^a. Carla Regina Silva, Marcia Cristina Carneiro Cruz e M^a. Janaina Teresinha da Silva Junqueira Assis, pela generosidade em compartilhar saberes com humanidade. Obrigada por apresentarem a profissão em sua forma mais significativa e por me inspirarem a persistir diariamente, mesmo diante dos desafios.

Agradeço também às duas colegas de profissão, embora não as nomeie diretamente, acreditando que elas se reconhecerão, pelo apoio constante, pela escuta atenta e por ensinamentos valiosos que fortaleceram não apenas minha trajetória acadêmica, mas também minha visão de mundo e de profissão. Sou profundamente grata pelo cuidado e pela ajuda generosa nas tantas situações do cotidiano.

Aos servidores da UFSCar, M^a. Gisele Aparecida Zutin Castelani e Dr. Djalma Ribeiro Junior, cuja presença foi essencial na minha trajetória acadêmica. A disponibilidade de vocês para auxiliar na resolução de situações singulares do cotidiano universitário foi decisiva em momentos de incerteza, oferecendo não apenas soluções práticas, mas aprendizados que levarei para os futuros campos de trabalho. O convívio com ambos ampliou minha compreensão sobre a importância da colaboração, do diálogo e da escuta como ferramentas de construção coletiva e de fortalecimento institucional.

Este trabalho é fruto de uma construção coletiva, marcada por afetos, encontros e resistências. A todas e todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para que eu chegasse até aqui, deixo meu sincero obrigada.

RESUMO

Este trabalho articula a trajetória pessoal e profissional da autora, técnica em enfermagem com mais de quinze anos de atuação em serviços de urgência e emergência, em diálogo com sua formação em terapia ocupacional. Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo que busca analisar os impactos psicossociais desse trabalho na linha de frente e suas repercussões na saúde mental dos trabalhadores, evidenciando as tensões entre experiência vivida e fundamentação teórica. A análise parte de vivências no cuidado emergencial, articuladas a referenciais da saúde coletiva e da terapia ocupacional, para discutir as contradições entre as diretrizes das políticas públicas de saúde, em especial a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), e a realidade concreta dos plantões. Destacam-se questões como sobrecarga laboral, precarização das condições de trabalho e adoecimento emocional dos profissionais. Nesse contexto, a terapia ocupacional é apresentada como campo de atuação capaz de acolher, compreender e intervir no sofrimento psíquico, propondo estratégias de cuidado integral fundamentadas na escuta qualificada, na reconstrução de sentido e na valorização do cotidiano como espaço terapêutico. Assim, este estudo busca responder à seguinte questão: de que maneira as vivências profissionais da autora em um serviço na urgência e emergência, atravessadas por sobrecarga e sofrimento psíquico, podem ser analisadas à luz de pressupostos da terapia ocupacional para propor reflexões sobre o cuidado integral dos trabalhadores da saúde nesses serviços? Conclui-se pela necessidade urgente de políticas públicas que assegurem não apenas o acesso da população aos serviços de saúde, mas também a proteção e o bem-estar de quem sustenta o cuidado diariamente, contribuindo para práticas mais humanizadas e sustentáveis no campo da urgência e emergência.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; Saúde Mental; Urgência e Emergência.

ABSTRACT

This work articulates the personal and professional trajectory of the author, a nursing technician with over fifteen years of experience in emergency services, in dialogue with her training in occupational therapy. It is a theoretical-reflective essay that seeks to analyze the psychosocial impacts of this frontline work and its repercussions on the mental health of workers, highlighting the tensions between lived experience and theoretical foundations. The analysis begins with experiences in emergency care, articulated with frameworks from public health and occupational therapy, to discuss the contradictions between the guidelines of public health policies, especially the National Policy for Emergency Care (PNAU), and the concrete reality of shifts. Issues such as work overload, precarious working conditions, and emotional distress among professionals are highlighted. In this context, occupational therapy is presented as a field of action capable of welcoming, understanding, and intervening in psychological suffering, proposing comprehensive care strategies based on qualified listening, the reconstruction of meaning, and the valuing of daily life as a therapeutic space. Thus, this study seeks to answer the following question: how can the author's professional experiences in an emergency service, marked by overload and psychological suffering, be analyzed in light of occupational therapy principles to propose reflections on the comprehensive care of healthcare workers in these services? It concludes with the urgent need for public policies that ensure not only the population's access to health services, but also the protection and well-being of those who sustain care daily, contributing to more humanized and sustainable practices in the field of emergency care.

Keywords: Occupational Therapy; Mental Health; Emergency Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD- Atividades de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CROSS – Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde

ETEC- Escola Técnica Estadual

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências

QVT - Qualidade de Vida no Trabalho

RAU – Rede de Atenção às Urgências

RUE – Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

TO – Terapia Ocupacional

UPA(s) – Unidade(s) de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 OBJETIVOS	11
OBJETIVO GERAL.....	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
1.2 JUSTIFICATIVA	11
1.3 METODOLOGIA.....	13
2. VIVÊNCIAS PROFISSIONAIS E SUAS INTERFACES COM A SAÚDE MENTAL	14
2.1 A REALIDADE DO TRABALHO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....	15
2.2 A REALIDADE DO ADOECIMENTO E A MINHA EXPERIÊNCIA	16
3. POLÍTICAS PÚBLICAS E A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO SUS.....	18
4. A CONSTRUÇÃO DE ESPAÇOS DE CUIDADO	19
4.1 O CONCEITO DE CUIDADO: PARA ALÉM DO INDIVIDUALISMO.....	19
4.2 DESAFIOS E POTENCIALIDADES NA CONSTRUÇÃO DE ESPAÇOS DE CUIDADO	21
4.3 DA ENFERMAGEM À TERAPIA OCUPACIONAL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DO CUIDADO	22
5. O SILÊNCIO INSTITUCIONAL E A POTÊNCIA DO CUIDADO: REFLEXÕES PARA A TERAPIA OCUPACIONAL	23
6. A POLÍTICA NO COTIDIANO: ATRAVESSAMENTOS, SILÊNCIOS E ADOECIMENTOS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	25
7. ENTRE ESCUTA, FRUSTRAÇÃO E RESISTÊNCIA: A CONSTRUÇÃO DE ESPAÇOS DE ACOLHIMENTO E SAÚDE OCUPACIONAL	27
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	31

1. INTRODUÇÃO

Nesta parte introdutória, apresento um relato pessoal em primeira pessoa.

O ato de cuidar sempre esteve presente em meu cotidiano e, de certa forma, moldou minha identidade. Ainda na adolescência, eu assumia a responsabilidade de cuidar dos filhos de vizinhos e amigos da família, acompanhando-os no período entre a escola e o retorno de seus responsáveis. Essa experiência, aparentemente simples, foi a minha primeira aproximação com a prática do cuidado, permitindo que eu desenvolvesse atenção, sensibilidade e um olhar atento para as necessidades do outro.

Aos 17 anos, diante de limitações financeiras e da necessidade de ingressar no mercado de trabalho, optei pelo curso técnico em enfermagem na Escola Técnica Estadual (ETEC). Essa escolha foi determinante para a minha trajetória, pois proporcionou amadurecimento pessoal e profissional, além da oportunidade de contribuir para o sustento da minha família.

As disciplinas teóricas ofereceram embasamento para a compreensão do processo saúde-doença e, nos estágios, pude vivenciar setores variados, o que ampliou minha percepção de que o cuidado não se restringe à técnica, mas envolve a prevenção, a promoção da saúde e a inserção do sujeito em seu território.

A vivência acumulada ao longo de mais de 15 anos de atuação na assistência em urgência e emergência, em instituições públicas e privadas, tornou-se o campo de análise central para este trabalho. Essa trajetória me possibilitou conhecer de perto as condições laborais, as rotinas exaustivas e os profundos impactos físicos e emocionais que afetam os profissionais da linha de frente.

Em minha própria experiência, pude vivenciar como a sobrecarga de trabalho, somada à natureza exigente da profissão, pode ser um fator crucial para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout, uma manifestação de esgotamento extremo que afeta diretamente a saúde mental e a capacidade profissional (Manetti; Marziale, 2007).

Adicionalmente, o trabalho noturno, que por vezes traz benefícios financeiros, está frequentemente associado a alterações fisiológicas e ao isolamento social, dificultando a conciliação entre vida profissional e familiar, o que intensifica os desafios emocionais e a vulnerabilidade desses profissionais (Da Silva; Carvalho; Cardim, 2017).

Tais observações corroboram a literatura especializada, que aponta como o duplo ou triplo vínculo empregatício, comum na área da saúde, pode comprometer a qualidade de vida e aumentar o risco de adoecimento mental, manifestando-se em quadros de estresse, ansiedade e depressão (Camargo et al., 2021; Manetti; Marziale, 2007).

Essa trajetória de desafios e aprendizados ganhou uma nova perspectiva ao ingressar no curso de terapia ocupacional.

No primeiro semestre, na disciplina de “Laboratório de Atividades I”, a vivência de um projeto de grupo marcou um ponto de inflexão fundamental. Ao desenvolver uma oficina de primeiros socorros e convidar um profissional da área, o Sargento Eder Carlos Poletti, o objetivo de enriquecer a atividade transcendeu a dimensão técnica. Essa experiência não foi apenas uma aproximação com a realidade do atendimento pré-hospitalar, mas um momento de profunda reflexão sobre o cuidado e a atividade como elementos centrais da saúde.

A terapia ocupacional me forneceu a lente teórica para compreender que o compartilhamento de saberes em grupo e a vivência prática podem ser ferramentas poderosas para promover a reflexão e o bem-estar. Isso me permitiu, pela primeira vez, analisar minha própria trajetória não apenas como uma sequência de eventos profissionais, mas como um percurso de ocupações significativas que foram moldadas pelo contexto de trabalho e que, por sua vez, impactaram minha saúde e meu bem-estar. Essa análise fundamenta a escolha do tema, pois entendo que, por meio da terapia ocupacional, é possível construir estratégias de cuidado que valorizem a saúde mental e o bem-estar dos trabalhadores de urgência e emergência.

Essa trajetória, atravessada por desafios e aprendizados, fundamenta a escolha do tema deste trabalho. Entendo que analisar o cotidiano dos trabalhadores de urgência e emergência sob a ótica da terapia ocupacional é uma forma de contribuir para a construção de estratégias de cuidado que valorizem a saúde mental e o bem-estar desses profissionais. Assim, este estudo se organiza em torno da seguinte questão: *De que maneira minhas vivências profissionais em um serviço na urgência e emergência, atravessadas por sobrecarga e sofrimento psíquico, podem ser analisadas à luz de pressupostos da terapia ocupacional para propor reflexões sobre o cuidado integral dos trabalhadores da saúde nesses serviços?*

1.1 Objetivos

Objetivo Geral

Refletir criticamente sobre as vivências profissionais em serviços de urgência e emergência, a fim de analisar os impactos da sobrecarga de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores e discutir os potenciais contribuições da terapia ocupacional para a promoção do cuidado integral.

Objetivos Específicos

1. Descrever e analisar, de forma reflexiva, a própria trajetória profissional em urgência e emergência, destacando as repercussões da sobrecarga e do sofrimento psíquico.

2. Dialogar com a literatura científica para identificar os fatores do processo de trabalho que se manifestaram na vivência pessoal e contribuíram para o adoecimento mental.

3. Articular as reflexões pessoais com os conceitos teóricos da terapia ocupacional, como atividade, ocupação e cuidado, para aprofundar a análise da saúde do trabalhador.

4. Apontar as possibilidades de intervenção da terapia ocupacional na saúde do trabalhador em serviços de urgência e emergência, com base na análise reflexiva da própria experiência.

1.2 JUSTIFICATIVA

O trabalho em serviços de urgência e emergência, por sua natureza dinâmica, ininterrupta e de alta complexidade, expõe os profissionais a situações de sobrecarga emocional, pressões constantes e precarização das condições de trabalho. Pesquisas na área indicam que fatores como múltiplos vínculos empregatícios, longas jornadas e a ausência de suporte institucional adequado contribuem diretamente para o adoecimento mental, manifestado em quadros de estresse, depressão, ansiedade e síndrome de burnout (Manetti; Marziale, 2007; Camargo et al., 2021; Rocha et al., 2020).

Ao atuar sobre o fazer e o cotidiano, a terapia ocupacional utiliza como instrumento a própria ação significativa do sujeito, compreendendo que “ocupar-se é, para o homem, uma necessidade fundamental que mantém o equilíbrio do corpo por

meio de ritmo de trabalho, descanso, lazer e sono” (Costa et al., 2013, p. 196). Essa noção implica que o equilíbrio entre as dimensões ocupacionais é condição indispensável para a manutenção da saúde e para a prevenção do sofrimento psíquico. Quando o ritmo cotidiano é rompido, como ocorre nos contextos de sobrecarga e esgotamento profissional, o fazer perde seu sentido e a vida ocupacional torna-se fonte de adoecimento.

A relevância deste estudo reside no reconhecimento de que o sofrimento psíquico não deve ser compreendido como uma fragilidade individual, mas sim como uma consequência direta da organização do trabalho e das condições estruturais dos serviços de saúde. A literatura aponta que a persistência de ambientes laborais hostis e a insuficiência de políticas de proteção reforçam a naturalização do sofrimento e a invisibilidade de suas causas (Rocha et al., 2020). A partir dessa perspectiva, a presente pesquisa emerge para preencher uma lacuna, ao propor uma análise reflexiva que articula as minhas experiências pessoais de mais de uma década de atuação na linha de frente com os referenciais teóricos da terapia ocupacional.

Nesse sentido, o estudo busca ir além da simples constatação do problema, propondo uma reflexão crítica que reconhece a potencialidade do cuidado quando ampliado para incluir o próprio trabalhador como sujeito.

Dessa forma, o embasamento filosófico da terapia ocupacional sustenta que a intervenção sobre o cotidiano e o fazer humano pode favorecer processos de reconstrução subjetiva, permitindo ao indivíduo reorganizar seus papéis, restaurar vínculos sociais e resgatar o sentido de o próprio existir. Ao ser aplicada na saúde mental, essa perspectiva torna-se especialmente relevante diante de fenômenos contemporâneos como a síndrome de burnout, que decorre do excesso de trabalho, da perda de autonomia e da desconexão entre o sujeito e suas ocupações significativas. Nessa direção, Costa et al. (2013) afirmam que a análise da ação humana deve ser compreendida historicamente e em diálogo com os diferentes campos da terapia ocupacional — incluindo a saúde mental —, nos quais o fazer é compreendido como meio de emancipação, equilíbrio e transformação.

A terapia ocupacional, ao valorizar o cotidiano, a ocupação significativa e a escuta qualificada, oferece ferramentas teóricas e práticas para a construção de estratégias de promoção de saúde mental, prevenção do adoecimento e fortalecimento de vínculos no ambiente de trabalho (Galheigo, 2008).

Assim, este trabalho se justifica pela sua contribuição para o debate acadêmico e para o campo da saúde coletiva, ao fornecer subsídios que possam inspirar novas práticas de cuidado ocupacional e apoiar a formulação de políticas mais sensíveis às necessidades dos profissionais de urgência e emergência.

1.3 Metodologia

Este trabalho de conclusão de curso se configura como um ensaio reflexivo de natureza qualitativa, em que a autora, com uma trajetória profissional de mais de quinze anos em serviços de urgência e emergência, assume o duplo papel de sujeito e objeto de análise. O estudo é fundamentado na articulação entre as vivências pessoais e os referenciais teóricos da terapia ocupacional. A abordagem metodológica adotada é a autoetnografia, que permite a reflexão crítica e interpretativa da própria experiência como fonte de dados para a produção de conhecimento acadêmico. A análise se estrutura a partir dos seguintes eixos temáticos: (1) o cotidiano nos serviços de urgência e emergência e suas repercussões, (2) o diálogo entre as vivências e as políticas públicas de atenção, e (3) as possibilidades de intervenção da terapia ocupacional no cuidado integral aos trabalhadores da saúde.

As fontes de apoio para a reflexão consistiram em uma revisão bibliográfica de artigos científicos, livros, documentos oficiais e legislações relacionados à Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e à Rede de Atenção às Urgências/ Rede de Urgência e Emergência (RAU/RUE). As buscas foram realizadas em bases de dados indexadas como SciELO e Google Acadêmico, com foco em publicações entre os anos 2000 e 2025, além de marcos normativos do Ministério da Saúde.

A análise da narrativa pessoal e dos documentos foi guiada por uma perspectiva hermenêutica-interpretativa, que busca ir além da mera descrição dos fatos, para produzir uma compreensão aprofundada das vivências à luz da teoria (Minayo, 1997).

O processo analítico envolveu um movimento constante de diálogo entre a experiência vivida e os referenciais teóricos, buscando não apenas ilustrar os conceitos, mas também questionar e ampliar o que a literatura já aponta sobre o tema, gerando novas reflexões a partir da singularidade da minha trajetória. Assim, o trabalho não se configura como uma pesquisa empírica com coleta de dados

primários, mas sim como uma reflexão analítica que visa contribuir para o debate sobre saúde do trabalhador e cuidado integral.

Assim, ao intervir sobre o cotidiano, terapeutas ocupacionais não apenas buscam restaurar funções, mas propõem um processo de ressignificação existencial que permite ao sujeito recuperar o sentido do trabalho e do viver.

2. VIVÊNCIAS PROFISSIONAIS E SUAS INTERFACES COM A SAÚDE MENTAL

Minha trajetória de mais de quinze anos atuando em serviços de urgência e emergência me permitiu vivenciar, de forma concreta, as complexas interfaces entre o trabalho e a saúde mental.

A natureza ininterrupta, as longas jornadas e a alta demanda emocional desses serviços impõem desafios que comprometem o bem-estar e a qualidade de vida. O que eu pude observar no meu dia a dia de trabalho — com rotinas exaustivas, pressão constante e a necessidade de atuar em múltiplos vínculos — corrobora integralmente o que a literatura especializada já aponta: tais fatores são cruciais para o adoecimento mental, manifestando-se em quadros de estresse, ansiedade, depressão e, mais especificamente, Síndrome de Burnout (Manetti; Marziale, 2007; Camargo et al., 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1994) define a qualidade de vida como a percepção que um indivíduo tem de sua posição na vida, o que se relaciona diretamente com o conceito de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT).

Em minha experiência, a busca por uma estabilidade financeira, por exemplo, muitas vezes me levou a assumir múltiplos vínculos empregatícios. Embora essa escolha visasse um futuro mais seguro, ela resultava em um paradoxo que comprometia a minha própria saúde. O mesmo ocorre com o trabalho noturno, que, apesar de oferecer vantagens financeiras, traz consigo impactos significativos. A minha vivência com as alterações no ritmo circadiano, a privação do sono e a dificuldade de conciliar a vida pessoal e familiar são exemplos claros de como essa modalidade de trabalho intensifica vulnerabilidades psicossociais, conforme destacado por Da Silva, Carvalho e Cardim (2017).

Portanto, a relevância deste ensaio reflexivo reside em reconhecer que o sofrimento psíquico, na configuração do modo como se lida com o trabalho, não pode ficar restrita a uma visão de fragilidade individual, mas também como uma

consequência direta das condições estruturais do trabalho em urgência e emergência. A minha vivência, que é o ponto de partida deste texto, servirá como a evidência concreta de que a ausência de políticas de proteção e o ritmo laboral podem levar ao adoecimento (Camargo et al., 2021).

Ao analisar criticamente essa realidade, este estudo se justifica pela possibilidade de ir além da constatação do problema, e de propor, com base nos referenciais da terapia ocupacional, estratégias de cuidado que valorizem a saúde integral do trabalhador.

2.1 A Realidade do Trabalho em Urgência e Emergência

Em minha jornada de mais de 15 anos na área da saúde, a maior parte dedicada a serviços de urgência e emergência, pude vivenciar as complexidades do cuidado imediato em instituições tanto públicas quanto privadas. As longas jornadas, frequentemente organizadas em escalas de 12x36h, se apresentavam como uma "solução" para conciliar múltiplos empregos, uma prática extremamente comum entre meus colegas. Contudo, essa escolha, embora fosse motivada por necessidades financeiras e pelo desejo de melhores condições de vida, teve um impacto profundo e silencioso na minha própria saúde física e mental.

O que vivenciei é amplamente discutido na literatura. Como apontam Camargo et al. (2021), o duplo ou triplo vínculo empregatício está diretamente associado ao aumento do desgaste e à redução da qualidade de vida no trabalho. As precárias condições de trabalho, como a iluminação inadequada, o mobiliário defasado e a falta de pausas adequadas, que presenciei em meu dia a dia, corroboram as evidências de que esses fatores influenciam diretamente a satisfação e o bem-estar dos profissionais.

Essa dualidade entre a busca por um futuro melhor e a vivência de um presente desgastante se manifestou em minha trajetória. O compromisso ético e existencial com o cuidado ao outro se chocava com a sobrecarga, o desgaste físico e emocional, os conflitos interpessoais e o insuficiente reconhecimento institucional.

As evidências científicas, como as apresentadas por Manetti e Marziale (2007), reforçam que a vulnerabilidade ao adoecimento mental, com quadros de depressão e ansiedade, não depende apenas de predisposições individuais, mas está intrinsecamente ligada a fatores internos do processo de trabalho, como o setor em

que se insere, ao turno de sua execução e com a presença ou escassez de suporte social.

Portanto, a minha experiência em urgência e emergência me permitiu compreender que a saúde do trabalhador é inseparável dos modelos organizacionais do serviço. O adoecimento mental não é um sinal de fragilidade individual, mas a consequência de um sistema que, em nome da continuidade do cuidado, desconsidera a complexidade humana do trabalho em saúde. Este cenário é o ponto de partida para as reflexões que se seguirão sobre o papel da terapia ocupacional.

2.2 A Realidade do Adoecimento e a Minha Experiência

A literatura tem consistentemente apontado os trabalhadores da área da saúde como um dos grupos profissionais mais vulneráveis a transtornos de ansiedade e depressão. Essa vulnerabilidade é intensificada pela exposição contínua ao sofrimento humano, pela pressão por produtividade e pela escassez de recursos, fatores que tornam o ambiente de trabalho propenso a um intenso desgaste emocional. Tais relatos, presentes em estudos como o de Domingues et al. (2025), alinham-se às minhas próprias vivências e às de meus colegas, que constantemente expressam a sensação de "estar sempre atrasado", mesmo com as tarefas cumpridas.

Essa percepção contínua de insuficiência, característica de quadros de ansiedade, é agravada, conforme o mesmo estudo, pelos efeitos da pandemia, que elevaram os índices de estresse e exaustão entre a categoria.

Revisões de literatura, como a conduzida por Rocha et al. (2020), identificam a sobrecarga de trabalho, os múltiplos vínculos empregatícios e a exposição contínua a situações de alto estresse como fatores de risco centrais para o adoecimento mental. Tais dados, que apontam para uma realidade coletiva na área da saúde, corroboram minha própria trajetória profissional, na qual o adoecimento se manifestou de forma silenciosa e progressiva, revelando a dimensão individual desse problema estrutural.

Essa vulnerabilidade é intensificada pela cultura institucional, tema abordado por Domingues et al. (2025), que frequentemente negligência e minimiza o sofrimento mental. Em minha própria trajetória, percebi que, em vez de um ambiente de escuta e acolhimento, as instituições perpetuam a ideia de que o sofrimento é um tabu ou sinal de fraqueza, gerando uma pressão para "aguentar calado". Esse cenário cria

uma desconexão entre o profissional e o seu propósito inicial de cuidar, levando a sentimentos de despersonalização e esgotamento.

Em diversas ocasiões, percebi como o reconhecimento do sofrimento é frequentemente atravessado por comparações e julgamentos que desconsideram a complexidade da vida ocupacional dos profissionais da saúde. Frases como “mas você tem um emprego só?” ou “então tudo é mais fácil no trabalho em turnos” revelam uma lógica institucional que valoriza a produtividade e o acúmulo de vínculos, enquanto invisibiliza as demais dimensões da existência. Tais discursos deslegitimam a experiência subjetiva e reduzem o trabalhador à sua função técnica, ignorando outros papéis igualmente significativos, como o de filha, estudante, dona de casa e cuidadora de suas próprias atividades de vida diária (AVDs) e instrumentais (AIVDs). Em meio a essas comparações, experimentei sentimentos de inadequação e fragilidade, muitas vezes me achando diminuída diante de colegas que sustentavam duplo ou triplo vínculo empregatício. Essa vivência ilustra como a cultura laboral na urgência e emergência tende a naturalizar a sobrecarga e a competitividade, reforçando o silenciamento do sofrimento e a desconexão do sujeito com sua própria história e com o propósito de cuidar.

O esgotamento em minha experiência não foi um evento abrupto. Ele se manifestou, inicialmente, por meio de lapsos de memória, irritabilidade e insônia, sintomas que a literatura descreve como compatíveis com a Síndrome de Burnout, um distúrbio emocional resultante de situações de trabalho cronicamente desgastantes (Brasil, [s.d.]).

Com o tempo, o quadro de adoecimento evoluiu para manifestações físicas e emocionais mais incapacitantes, como crises de ansiedade, cefaleias intensas e uma profunda desmotivação diante das escalas de plantão. Minha trajetória, nesse sentido, corrobora o que Manetti e Marziale (2007) apontam: a enfermagem figura entre as profissões mais suscetíveis à Síndrome de Burnout, dada sua rotina de contato direto e prolongado com o sofrimento e a constante pressão por resultados.

Ao ingressar no curso de terapia ocupacional, passei a ressignificar minha vivência profissional. Em disciplinas práticas, minhas experiências pessoais se transformaram em propostas acadêmicas, como oficinas de primeiros socorros, articulando a prática vivida e o saber científico. Essa jornada revelou que a experiência do trabalhador em urgência não é apenas uma vivência isolada, mas pode se constituir em um campo legítimo de conhecimento, reflexão e transformação. Ao

analisar minha história sob a ótica da terapia ocupacional, pude apreender as razões do meu sofrimento como um reflexo das falhas de um modelo organizacional que desconsidera os limites humanos.

3. Políticas Públicas e a Rede de Urgência e Emergência no SUS

A PNAU, instituída pela Portaria nº 1.863/GM/MS de 2003, e a subsequente criação da RAU/RUE pela Portaria nº 1.600/2011, representam um marco na organização do atendimento às urgências no Brasil. Minha vivência de 15 anos na linha de frente desses serviços me permitiu ver, na prática, o quanto essas políticas são, em teoria, um modelo assistencial ideal: integrado, hierarquizado e regionalizado, que busca acompanhar o usuário desde o atendimento pré-hospitalar até a reabilitação pós-alta (Brasil, 2003; Brasil, 2011).

O que as portarias definem com clareza, como a articulação entre o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), as UPAS (Unidades de Pronto Atendimento) e os hospitais, eu presenciei como um esforço constante para assegurar a continuidade do cuidado. A padronização das ambulâncias em diferentes tipos (Tipo A, B, C, D, E F¹), por exemplo, visa garantir um atendimento compatível com a gravidade da situação clínica, um princípio fundamental para salvar vidas e mitigar riscos (Brasil, 2006).

Apesar de todas as normativas, a realidade vivenciada muitas vezes revela lacunas entre o que é preconizado pela política e o que é executado no cotidiano. O acolhimento com classificação de risco, a humanização do atendimento e a regionalização da rede, por mais que sejam pilares da RUE, enfrentam os desafios de uma infraestrutura precária, de uma sobrecarga constante e de uma gestão que nem sempre consegue transformar o modelo teórico em uma prática humanizada. No estado de São Paulo, a exemplo, a Lei Estadual nº 17.745/2023, que garante a publicidade na gestão das filas de espera da CROSS, reforça a necessidade de buscar maior transparência e equidade no sistema, um problema que impacta tanto o paciente quanto o trabalhador da saúde (São Paulo, 2023).

Portanto, a minha experiência me permitiu ver que, embora as políticas públicas busquem reafirmar os princípios do SUS, transformando o cuidado em um processo

¹ Trata-se de um sistema que complexifica, em termos de equipamentos e recursos humanos, em seis diferentes níveis essas ambulâncias, sendo o A o menos complexo (Brasil, 2006).

contínuo e articulado, a realidade dos profissionais de urgência e emergência é, muitas vezes, de atuar em um sistema que, apesar de bem-estruturado em sua base teórica, enfrenta grandes desafios para proteger tanto o paciente quanto o trabalhador.

4. A Construção de Espaços de Cuidado

A vivência do adoecimento, que não se expressa de maneira isolada, mas tem suas raízes também em determinações estruturais, revela a importância de se criar ambientes voltados ao cuidado no âmbito do trabalho em saúde. Nessa perspectiva, o cuidado transcende o aspecto técnico e se caracteriza como uma prática relacional, alicerçada na escuta atenta, no diálogo e na troca entre indivíduos. Ao longo da trajetória profissional examinada, a carência de espaços de acolhimento e a negação do sofrimento refletiram-se em sensações de despersonalização e exaustão.

4.1 O conceito de cuidado: para além do individualismo

A trajetória profissional que culminou no desenvolvimento da Síndrome de Burnout evidenciou a limitação de uma concepção de cuidado centrada exclusivamente na técnica e no indivíduo. Essa vivência demonstra que o cuidado se constitui como uma prática essencialmente relacional e dialógica, que transcende a dimensão operacional e se orienta pela construção de vínculos e projetos humanos compartilhados. Dessa forma, o cuidado não deve ser reduzido a uma intervenção unilateral do profissional sobre o sujeito, mas compreendido como um processo de encontro, escuta e corresponsabilidade.

Essa vulnerabilidade é intensificada por uma cultura institucional que negligencia e minimiza o sofrimento mental, perpetuando a ideia de que a dor é um tabu. Esse cenário cria uma desconexão entre o profissional e o seu propósito inicial de cuidar, levando a sentimentos de despersonalização e esgotamento. Em minha própria trajetória, percebi que, em vez de um ambiente de escuta e acolhimento, as instituições perpetuam a ideia de que o sofrimento é algo restrito, direcionado e único ou é um sinal de fraqueza, gerando uma pressão para "aguentar calado".

A dinâmica institucional, marcada por relações hierarquizadas e disputas veladas, frequentemente intensifica o sofrimento no ambiente de trabalho. Situações de hostilidade entre colegas, expressas em atitudes de intriga, desconfiança ou rivalidade, tornam-se recorrentes e revelam um contexto em que o convívio é

permeado por tensões emocionais e pela lógica de poder. Em muitos casos, prevalece uma cultura de “trocas de favores” e alianças circunstanciais, que desvirtuam o propósito coletivo do cuidado e comprometem a coesão das equipes.

Nesse cenário, o trabalhador tende a experimentar sentimentos de desvalorização e impotência, sobretudo quando percebe que sua formação, experiência e competência técnica são subestimadas em detrimento de relações pessoais ou jogos institucionais. Esse processo de desmotivação progressiva reflete o impacto subjetivo das relações laborais adoecidas, nas quais o reconhecimento profissional cede espaço à competição, ao silenciamento e à perda de sentido no trabalho.

A partir do adoecimento no ambiente de urgência e emergência, enraizado na sobrecarga e na ausência de suporte institucional, percebi a insuficiência de uma visão de cuidado individualista, focada unicamente no tratamento de sintomas. Essa experiência valida a crítica de Malfitano e Sakellariou (2019), que argumentam que a terapia ocupacional deve ir além das dimensões biomédica e centrada na pessoa, explorando o cuidado em suas dimensões tácita e coletiva. Minha trajetória, nesse sentido, reforça que o cuidado, para ser efetivo, não pode se restringir a uma ação profissional isolada, mas deve ser um processo que reconhece e atua sobre os determinantes sociais e coletivos que impactam o bem-estar do profissional, como as condições de trabalho.

Minha trajetória como profissional de enfermagem me permitiu vivenciar o cuidado em sua dimensão mais direta e técnica. Na urgência, o cuidado é, essencialmente, a resposta imediata à necessidade do paciente. O que a literatura já aponta — que na enfermagem o cuidado tende a se voltar para a técnica e ao modelo biomédico (Silva et al., 2001) — foi algo que observei em meu próprio cotidiano profissional, onde a urgência dos procedimentos muitas vezes prevalecia sobre a dimensão relacional e subjetiva do cuidado.

Nesse processo, o meu conceito de cuidado foi ressignificado a partir da lente da terapia ocupacional. A terapia ocupacional tornou-se a lente por meio da qual pude enxergar o cuidado para além do modelo assistencial e focado no paciente. Esse campo de saber me trouxe a compreensão de que o cuidado é uma prática que se constrói a partir da participação, da ocupação significativa e do engajamento social. Minha própria história tornou-se um espaço de reflexão sobre como o cotidiano pode ser terapêutico, onde a reconstrução de sentidos de vida é tão importante quanto a

técnica. Esse novo olhar, alinhado aos pressupostos de Galheigo (2008), me permitiu enxergar a complexidade das políticas sociais e das condições de trabalho não apenas como obstáculos, mas como dimensões essenciais a serem consideradas no cuidado.

4.2 Desafios e Potencialidades na Construção de Espaços de Cuidado

A construção de espaços de cuidado no campo das urgências e emergências enfrenta desafios complexos, que pude vivenciar em primeira mão. A burocratização dos serviços, a fragmentação do processo de trabalho e a escassez de recursos, barreiras que a literatura já aponta (Silva et al., 2001), forçaram-me a adotar práticas centradas no imediatismo técnico, muitas vezes em detrimento da dimensão relacional do cuidado. A urgência da situação e a sobrecarga de trabalho, que são minha vivência diária, reforçam a hegemonia de um modelo biomédico, que Galheigo (2008) descreve como um dos grandes desafios a serem enfrentados por campos como a terapia ocupacional.

Para Costa e colaboradores (2013), a terapia ocupacional define o valor da intervenção não como um atributo intrínseco ou universal da atividade, mas sim como um construto de natureza relacional e singular. Este valor manifesta-se em um fenômeno que depende intrinsecamente da história, dos desejos e do contexto existencial de cada sujeito, exigindo do terapeuta ocupacional sensibilidade para mediar a intervenção e seus efeitos.

Dessa forma, o valor da ação terapêutico-ocupacional emerge como um processo dinâmico e singular que se concretiza no encontro com o sujeito. É nesse espaço que o fazer adquire propósito, sentido e significado, potencializando a transformação do sujeito e a sua capacidade de modificar a própria realidade.

Contudo, foi justamente a partir do meu conhecimento e prática como terapeuta ocupacional que pude enxergar as potencialidades para superar esses desafios. A enfermagem, ao resgatar a dimensão filosófica do cuidado, avança em direção a uma prática mais humanizada. Mas a terapia ocupacional, para mim, oferece uma via única: a atividade. Ao utilizar a atividade como mediadora do processo terapêutico-ocupacional, ela nos permite ir além do tratamento da doença e focar na construção de autonomia, na inclusão social e na ressignificação do sofrimento, como defendem Ribeiro e Machado (2008) e Charlo (2021).

O potencial do fazer humano constitui um pilar conceitual da terapia ocupacional, estando intrinsecamente ligado à capacidade do fazer em engendrar transformações construtivas para o indivíduo e em sua realidade existencial.

Em síntese, essa potência inerente ao fazer humano permite que se mobilize significados, reorganize a vida cotidiana e, conseqüentemente, produza uma transformação subjetiva, com repercussões que transcendem o plano individual e alcançam a esfera social.

Minha vivência é a prova de que essa abordagem é necessária. A enfermagem, com sua base em assistência direta, lidou com a minha exaustão. Mas a terapia ocupacional me ofereceu as ferramentas para reconstruir meu cotidiano, para encontrar sentido em meio ao desgaste e para transformar a minha própria experiência em um campo de conhecimento. Portanto, a terapia ocupacional não apenas contribui para o debate sobre saúde do trabalhador, mas me forneceu as ferramentas para transformar a minha própria realidade e me conectar com a dimensão mais humana da minha profissão.

4.3 Da Enfermagem à Terapia Ocupacional: Uma Análise Comparativa do Cuidado

Minha trajetória profissional me permitiu vivenciar o cuidado em suas múltiplas facetas, desde a enfermagem até a terapia ocupacional, revelando tanto aproximações quanto especificidades. Em ambas as profissões, o vínculo, o acolhimento e a corresponsabilidade são elementos centrais, que aprendi a valorizar na minha prática diária. Contudo, em meu cotidiano como técnica de enfermagem, o cuidado era, muitas vezes, moldado pela urgência do manejo clínico e pela resposta imediata às necessidades de saúde.

A transição para a terapia ocupacional me trouxe uma nova lente, permitindo-me ampliar essa noção. Eu percebi que a vida cotidiana e a participação social não são apenas cenários para o cuidado, mas elementos que o compõem. Onde a enfermagem equilibra a técnica e a sensibilidade na assistência, a terapia ocupacional me ensinou a ver o cuidado como uma ação política e emancipatória. Minha própria jornada de ressignificação pessoal e profissional é a prova de que essa abordagem é transformadora, orientada para a reconstrução de sentidos e a promoção da autonomia.

Ao comparar as duas profissões, entendo que suas distinções não representam um distanciamento excludente, mas uma complementaridade essencial para o campo da saúde. No contexto interdisciplinar, a enfermagem e a terapia ocupacional podem enriquecer a construção de espaços de cuidado mais integrais, onde a minha experiência em ambas as áreas se torna uma ferramenta valiosa para pensar e atuar de forma mais completa e humana.

5. O Silêncio Institucional e a Potência do Cuidado: Reflexões para a Terapia Ocupacional

A urgência e emergência constituem um cenário de intensas demandas físicas, emocionais e éticas. É um contexto em que o cuidado assume uma feição imediata, atravessada pela dor, pela morte, pela velocidade dos acontecimentos e pela necessidade de tomadas de decisão críticas. Todavia, mesmo em meio à aparente rigidez técnica desses espaços, pulsa a complexidade humana, tanto de quem recebe quanto de quem oferece o cuidado.

Minha vivência profissional me fez sentir, contudo, um cotidiano atravessado por conflitos institucionais, em que interesses individuais frequentemente se sobrepõem ao bem comum. A realidade que enfrento muitas vezes demonstrava que, apesar da existência de políticas públicas e normativas voltadas à qualidade do cuidado, na prática cotidiana esses instrumentos nem sempre são respeitados ou considerados. Eu observo, em alguns contextos, práticas de constrangimento, ameaças veladas e perseguições a profissionais que denunciavam irregularidades, gerando ambientes de descrédito institucional e naturalização da impunidade. Essa realidade agravou o meu sofrimento e o de meus colegas, que enfrentamos, além das exigências emocionais e físicas do cuidado, o medo e a solidão diante de estruturas que deveriam nos proteger.

Essas experiências me mostram que a impunidade institucional não se traduz apenas como ausência de justiça formal, mas como um mecanismo de silenciamento e desmobilização. O ato de denunciar, mesmo pautado pela ética, frequentemente expõe o profissional ao isolamento e a punições indiretas, gerando um clima de insegurança, sofrimento e possível adoecimento. O desamparo institucional e as perseguições sutis manifestavam-se em gestos cotidianos: mudanças arbitrárias de escala, exclusão de espaços de decisão ou restrição de oportunidades de

crescimento. Vivencia-se um ambiente hostil, marcado pela sensação de invisibilidade e descartabilidade do trabalhador. Esse processo se expressou em mim por meio de sintomas físicos e emocionais que configuraram formas silenciosas de sofrimento: insônia, ansiedade, esgotamento e uma sensação persistente de impotência. A solidão, nesse cenário, não era apenas ausência de vínculos, mas a experiência de não ser reconhecido ou validado em demandas próprias ou de colegas da equipe.

Foi neste contexto que a terapia ocupacional se tornou a minha lente para entender e resistir. Ela me permitiu ver que, mesmo em meio a tanta rigidez, a complexidade humana pulsa. A terapia ocupacional, ao compreender o ser humano em sua integralidade, reconhece que os trabalhadores da linha de frente também são sujeitos afetados por experiências-limite, carregando marcas invisíveis que repercutem em seus corpos, cotidianos e vínculos. Ao propor uma escuta ampliada que acolhe não apenas o fazer técnico, mas também as histórias, os afetos e os silêncios que atravessam a prática profissional, ela se torna uma ferramenta potente. Estratégias como oficinas terapêuticas, espaços de expressão simbólica, reorganização das rotinas e atividades significativas se tornam instrumentos que resgatam sentidos de vida e favorecem a reconstrução da saúde no cotidiano dos trabalhadores.

Essa intersecção entre o cuidado emergencial e o cuidado integral configura-se como um campo fértil para a criação de espaços de escuta e de transformação. Nesse movimento, a dicotomia entre o agir técnico e o sentir humano se rompe, possibilitando uma atuação que é simultaneamente política, sensível e transformadora. Ao reconhecer o trabalho como ocupação e os serviços de emergência como territórios de subjetivação, a terapia ocupacional insere-se legitimamente na produção de saúde coletiva e no enfrentamento dos sofrimentos laborais historicamente silenciados.

Minha vivência revela que, ainda assim, em meio às adversidades, emergem possibilidades de resistência e esperança. A esperança, nesse sentido, não é ingenuidade, mas um ato político de resistência e sobrevivência. Reconhecer o trabalhador como sujeito atravessado por violências institucionais revela a potência da terapia ocupacional como ferramenta de transformação, ao propor intervenções que considerem vínculos, rotinas e territórios como campos de cuidado.

6. A Política no Cotidiano: Atravessamentos, Silêncios e Adoecimentos na Urgência e Emergência

O cotidiano dos serviços de urgência e emergência é atravessado por intensidades que raramente são contempladas com profundidade pelas políticas públicas. Senti isso de forma profunda em meus mais de quinze anos de trabalho na linha de frente: há uma distância entre a norma e a prática, entre o que está escrito nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e o que se vive nos plantões. Faltam recursos, sobram demandas, e o sofrimento se acumula no corpo e na alma.

Embora a PNAU (Brasil, 2006) estabeleça a importância de garantir integralidade, acesso e acolhimento em todos os níveis de atenção, o que se presencia é muitas vezes o oposto. Eu mesma experimentei esse percurso silencioso rumo ao esgotamento: do orgulho em salvar vidas à sensação de me perder de mim. O sofrimento psíquico não é um colateral inesperado; ele é previsível quando se normaliza o excesso, o risco e a falta de escuta. Não foi apenas cansaço físico — foi uma ruptura com o sentido, um deslocamento entre quem eu era e quem o sistema me permitia ser.

Minha trajetória profissional revelou um cotidiano marcado por desarmonias internas, onde objetivos pessoais muitas vezes prevaleciam sobre o bem-estar coletivo. Eu me deparei com situações de coerção, intimidações disfarçadas e represálias contra colegas que apontavam falhas, o que disseminava um clima de desconfiança e aceitação da falta de responsabilização.

Essa conjuntura intensificava minha aflição, pois, além das pressões emocionais e físicas, eu vivenciava o medo e a sensação de desamparo perante um sistema que deveria oferecer proteção. A impunidade no âmbito institucional não é apenas a ausência de penalidades; ela atua como um mecanismo para calar as vozes críticas e desestimular qualquer enfrentamento ao *status quo*. A exclusão e o abandono se manifestavam em gestos sutis.

Nesse cenário, senti-me em um ambiente hostil, onde minha contribuição era vista como insignificante e dispensável. A solidão, então, não era apenas a falta de laços sociais, mas a dolorosa experiência de ter minhas necessidades e meu trabalho desvalorizados.

É nesse território de atravessamentos que a terapia ocupacional se mostra potente, pois prevê-se que seu profissional deve ser capaz de compreender o sofrimento não apenas como patologia, mas como expressão política das condições

de vida e trabalho. Ao se aproximar dos trabalhadores da saúde como sujeitos históricos e integrais, terapeutas ocupacionais ofereceriam uma escuta ampliada que acolhe não apenas o fazer técnico, mas também as histórias, os afetos e os silêncios que atravessam a prática profissional. Estratégias como oficinas terapêuticas, espaços de expressão e a reorganização de rotinas se tornam instrumentos que resgatam sentidos de vida e favorecem a reconstrução da saúde.

No contexto da terapia ocupacional, as oficinas de atividades, dinâmicas e projetos (Lopes et al., 2014), espaços de escuta e expressão, configuram-se como importantes dispositivos de cuidado, capazes de ressignificar a experiência do trabalhador e promover o seu fortalecimento pessoal, a convivência com o outro e o lidar com conflitos. Esses espaços possibilitam o compartilhamento de vivências, a reconstrução de sentidos e o exercício da criatividade, elementos essenciais para o reequilíbrio emocional e para a restauração do vínculo com o próprio fazer.

Ao favorecer o respeito à liberdade de expressão e à singularidade de cada sujeito, tais estratégias ampliam o potencial da ação humana, permitindo que o trabalhador se reconheça como agente ativo de sua própria história e cotidiano. A reorganização das rotinas — prática central na terapia ocupacional — atua como meio de restabelecer o equilíbrio entre trabalho, descanso e lazer, reduzindo o impacto da sobrecarga e da despersonalização.

Dessa forma, oficinas e intervenções que lidem com o cotidiano ocupacional podem transcender o caráter instrumental, assumindo um papel ético e político: o de reconstruir o cuidado em um ambiente institucional frequentemente marcado pela exaustão e pela falta de escuta.

Sob tais parâmetros, minha trajetória se ressignifica: deixo de ser apenas uma técnica de enfermagem marcada pelo adoecimento institucionalizado, para me tornar uma futura terapeuta ocupacional que carrega consigo a escuta, a experiência e o desejo de transformação. Ainda assim, carrego a dúvida: serei capaz de contribuir na construção de mudanças, mesmo que mínimas, ou serei mais uma voz silenciada por um sistema que insiste em falhar justamente onde mais deveria cuidar — no cuidado de quem cuida?

7. Entre Escuta, Frustração e Resistência: a Construção de Espaços de Acolhimento e Saúde Ocupacional

O cotidiano dos serviços de urgência e emergência é atravessado por intensidades que raramente são contempladas com profundidade pelas políticas públicas. Faltam recursos, sobram demandas, e o sofrimento se acumula no corpo e na alma, contrariando o que a PNAU (Brasil, 2006) estabelece sobre integralidade, acesso e acolhimento.

Essa experiência em um percurso silencioso rumo ao adoecimento não me foi estranha, fosse comigo mesma fosse em relação a colegas de equipe. Embora as políticas públicas relativas à saúde do trabalhador tenham evoluído, como a Norma Regulamentadora nº 1 (NR-01) que inclui riscos psicossociais (BRASIL, 2025 atualização), na prática cotidiana, esses dispositivos raramente se concretizam. O silenciamento institucional, as sobrecargas, as decisões rápidas e as relações hierárquicas assimétricas reforçam um contexto de adoecimento, revelando uma negligência estrutural para com aqueles que sustentam o cuidado. A insegurança que eu sinto não se manifesta apenas nos riscos físicos, mas também nas formas de violência institucional: ameaças veladas, registros autoritários e a ausência de protocolos de resposta a denúncias.

Essas vivências me mostraram que a impunidade não se limita à falta de sanção legal, mas opera como um dispositivo de silenciamento e desmobilização coletiva. A experiência de não ser ouvido ou reconhecido gerou em mim sentimentos de invisibilidade e descartabilidade. O resultado foi o adoecimento físico e psíquico, expresso em quadros de insônia, ansiedade e um profundo desgaste emocional.

É nesse cenário de frustração e resistência que a terapia ocupacional se insere de maneira significativa. Ao compreender o trabalho como ocupação e o ambiente laboral como território de subjetivação, a terapia ocupacional propõe um cuidado ampliado que reconhece o trabalhador como um sujeito atravessado por violências institucionais. Enquanto a medicina do trabalho historicamente focava nos aspectos biológicos (Minayo-Gomez; Thedim-Costa, 1997), a terapia ocupacional amplia os horizontes da saúde ocupacional, oferecendo uma escuta que acolhe histórias, afetos e silêncios. Estratégias como oficinas terapêuticas, reconfiguração de rotinas e ações coletivas de acolhimento tornam-se ferramentas de ressignificação, fortalecendo a saúde no cotidiano e resgatando o sentido da vida.

Apesar desse cenário, a resistência emerge como categoria central. A vivência de injustiças me convocou a buscar apoio coletivo e a manter a esperança como estratégia de sobrevivência. Mudanças de gestão e a atuação de lideranças éticas são percebidas como possibilidades de ressignificação e reconstrução de vínculos. A esperança, nesse sentido, não se apresenta como ingenuidade, mas como um ato político e de resistência frente à precarização e ao silenciamento.

Nessa encruzilhada, a terapia ocupacional me oferece a chance de atuar em uma prática política, relacional e transformadora. Hoje, vislumbro a possibilidade de construir espaços de diálogo entre o fazer e o sentir, entre a política e a vida, entre os protocolos e os corpos reais que os habitam.

8. Considerações Finais

Este ensaio nasceu da confluência entre a experiência vivida e a reflexão crítica, articulando a minha prática profissional com a formação acadêmica, a escuta sensível com a elaboração intelectual. Ao percorrer as particularidades do cuidado em serviços de urgência e emergência, evidenciei um campo atravessado por contradições estruturais, onde a rotina de salvar vidas convive com a negligência histórica quanto à saúde física e psíquica daqueles que salvam essas vidas. Apesar das normativas do SUS e das diretrizes da PNAU, observei uma lacuna persistente entre a teoria institucional e a prática cotidiana. Essa discrepância compromete não apenas a qualidade dos serviços, mas também a integridade subjetiva dos trabalhadores envolvidos.

Minha trajetória de atuação na enfermagem, marcada por jornadas exaustivas, vínculos precarizados e esgotamento progressivo, revelou a urgência de discutir a saúde ocupacional dos trabalhadores sob uma perspectiva ampliada. A partir da minha inserção acadêmica na área de terapia ocupacional, eu pude ressignificar essas vivências, compreendendo-as como campos legítimos de saber e como pontos de partida para uma prática crítica e comprometida com a transformação, tão presente em minha formação como terapeuta ocupacional e que vislumbro compartilhar com minha equipe no serviço de saúde em que atuo como técnica de enfermagem. Nesse contexto, o cuidado ultrapassa o domínio técnico e se constitui como um ato político, ético e relacional. A terapia ocupacional, ao reconhecer o ser humano em sua totalidade — corpo, mente, afetos, vínculos e territórios —, oferece caminhos potentes

para se intervir sobre os efeitos do trabalho na saúde mental e emocional dos profissionais.

Concluo, portanto, que são urgentes políticas públicas que não apenas regulamentem a assistência, mas que garantam efetivamente o direito à saúde dos trabalhadores. É necessário romper com a lógica produtivista que transforma o cuidado em mercadoria e o sofrimento em falha individual. O sofrimento que emerge da prática assistencial precisa ser analisado, também, como uma expressão de falhas institucionais e de ausências de espaços de escuta, acolhimento e reconstrução de sentido. Implementar tais espaços nos serviços é possível e necessário.

Reconheço como limitação deste estudo o caráter subjetivo e ensaístico de sua construção. Por basear-se em narrativas profissionais articuladas à revisão bibliográfica e às normativas do SUS, não se pretende aqui apresentar resultados generalizáveis, mas sim oferecer subsídios para a reflexão crítica e para o fortalecimento de práticas interdisciplinares em saúde. Essa escolha metodológica — um ensaio teórico-reflexivo — permitiu a valorização da experiência enquanto campo legítimo de produção de saber que pode ser compartilhado.

As contribuições deste trabalho para a terapia ocupacional situam-se na ampliação do debate sobre saúde ocupacional e no reconhecimento da urgência e emergência como territórios de produção de subjetividade. A análise das vivências laborais evidencia como terapeutas ocupacionais podem atuar na ressignificação do sofrimento dos trabalhadores, propondo práticas que integrem escuta, atividade significativa e reconstrução de sentidos no cotidiano profissional, um cotidiano em que vidas estão à prova.

Como perspectivas futuras, aponto a necessidade de estudos aplicados que investiguem estratégias concretas de cuidado ocupacional voltadas aos profissionais de saúde em contextos de urgência e emergência, incluindo intervenções grupais, oficinas terapêuticas, projetos intersetoriais e a incorporação de terapeutas ocupacionais em equipes multiprofissionais que possam se voltar a contribuir com esses serviços. Essas iniciativas podem não apenas fortalecer a saúde dos trabalhadores, mas também repercutir positivamente na qualidade do cuidado prestado à população. Que este trabalho, nascido da experiência e fortalecido pelo saber, contribua para iluminar os silêncios que habitam as instituições e para fortalecer a construção de estratégias coletivas de resistência, afeto e transformação. Afinal,

cuidar de quem cuida é não apenas necessário, mas urgente — e profundamente humano.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Síndrome de Burnout. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sindrome-de-burnout>. Acesso em: 17 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 3. ed. ampliada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série E. Legislação de Saúde). ISBN 85-334-1166-9. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_urgencias_3ed.pdf. Acesso em: 17 set. 2025.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 1 – Disposições gerais e gerenciamento de riscos ocupacionais. Portaria SEPRT nº 6.730, de 9 de março de 2020. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 12 mar. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/nr-01-atualizada-2025-i-1.pdf>. Acesso em: 17 set. 2025.

CAMARGO, Sávio Ferreira et al. Qualidade de vida no trabalho em diferentes áreas de atuação profissional em um hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 1467-1476, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.02122019>. Acesso em: 17 set. 2025.

CHARLO, Patrícia Bossolani et al. Cuidados de enfermagem à luz da complexidade: uma revisão integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 2, pág. e5810212253-e5810212253, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.12253. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/12253>. Acesso em: 28 out. 2025.

COSTA, Claudia Márcia Lima et al. O valor terapêutico da ação humana e suas concepções em Terapia Ocupacional. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos*, v. 21, n. 1, p. 195–203, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/cto.2013.008>. Acesso em: 12 out. 2025.

DA SILVA, Alidne Pinheiro; DE CARVALHO, Emilene Santos; CARDIM, Adryanna. Trabalho noturno na vida dos enfermeiros. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 6, n. 2, p. 177-185, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1292>. Acesso em: 17 set. 2025.

DOMINGUES, Tiago et al. Ansiedade, depressão e burnout: dilemas e desafios entre profissionais da saúde. *Revista DCS*, v. 22, n. 81, p. e3321-e3321, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.54899/dcs.v22i81.3321>. Acesso em: 17 set. 2025.

GALHEIGO, Sandra Maria. Terapia ocupacional, a produção do cuidado em saúde e o lugar do hospital: reflexões sobre a constituição de um campo de saber e prática. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 19, n. 1, p. 20-28, 2008.

LOPES, Roseli Esquerdo; MALFITANO, Ana Paula Serrata; SILVA, Carla Regina; BORBA, Patrícia Leme de Oliveira. Recursos e tecnologias em Terapia Ocupacional

Social: ações com jovens pobres na cidade. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, [s.l.], v. 22, n. 3, 2014. DOI: 10.4322/cto.2014.081. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1114>. Acesso em: 23 out. 2025.

MALFITANO, Ana Paula Serrata; SAKELLARIOU, Dikaios. Cuidado e terapia ocupacional: que tipo de definição de cuidado nós temos? Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 27, p. 681-685, 2019.

MANETTI, Marcela Luísa; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. Estudos de Psicologia (Natal), v. 12, p. 79-85, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2007000100010>. Acesso em: 17 set. 2025.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sônia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cadernos de Saúde Pública, v. 13, p. S21-S32, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000600003>. Acesso em: 17 set. 2025.

RIBEIRO, Mara Cristina e MACHADO, Ana Lúcia. **A Terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 19, n. 2, p. 72-75, 2008 Tradução . . Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i2p72-75>. Acesso em: 28 out. 2025.

ROCHA, Marina Elias; FREIRE, Kamila Pereira; REIS, Wenderson Pereira Dias dos; VIEIRA, Lorena Tassara Quirino; SOUSA, Lavinia Marques de. Fatores que ocasionam o índice de transtornos depressivos e de ansiedade em profissionais de enfermagem: uma revisão bibliográfica. Revista Brasileira de Desenvolvimento, [s.l.], v. 2, p. 9288–9305, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n2-296. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/7192>. Acesso em: 17 set. 2025.

Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Decreto no 56.061, de 2 de agosto de 2010. Cria, na Coordenadoria de Serviços de Saúde, da Secretaria da Saúde, a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde-CROSS e dá providências correlatas. [s.l.], 2010. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/norma/160001>. Acesso em: 28 set. 2023.

SILVA, Lúcia de Fátima da et al. Cuidado de enfermagem: o sentido para enfermeiros e pacientes. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 54, p. 578-588, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672001000400006>. Acesso em: 17 set. 2025.

WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Eds.). Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41-60.