



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Léia Regina de Souza Alcântara

**Da fragilidade à identidade profissional do enfermeiro
perioperatório na pandemia: liderança como componente
transformacional**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual “Julio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem – Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico e Doutorado.

Orientadora: Profa. Assoc. Marla Andréia Garcia de Avila

Coorientadora: Profa. Assoc. Silvia Cristina Mangini Bocchi

**Botucatu
2023**

Léia Regina de Souza Alcântara

Da fragilidade à identidade profissional
transitória do enfermeiro perioperatório na
pandemia: liderança como componente
transformacional

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual "Julio de
Mesquita Filho" Campus de Botucatu,
para obtenção do título de Doutora em
Enfermagem - Programa de Pós-
graduação em Enfermagem – Mestrado
acadêmico e Doutorado.

Orientadora: Profa. Assoc. Marla Andréia Garcia de Avila
Coorientadora: Profa. Assoc. Silvia Cristina Mangini Bocchi

Botucatu
2023

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Alcântara, Léia Regina de Souza.

Da fragilidade à identidade profissional transitória do enfermeiro perioperatório na pandemia : liderança do enfermeiro como componente transformacional / Léia Regina de Souza Alcântara. - Botucatu, 2023

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Marla Andreia Garcia de Avila
Coorientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi
Capes: 40000001

1. Enfermagem cirúrgica. 2. Enfermeiros. 3. Processo de enfermagem. 4. Pandemias. 5. COVID-19 (Doença).

Palavras-chave: COVID-19; Enfermagem perioperatória; Pandemia; Processo de enfermagem; Processo de trabalho.

Léia Regina de Souza Alcântara

Da fragilidade à identidade profissional transitória do enfermeiro
perioperatório na pandemia: liderança como componente
transformacional

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual “Julio de Mesquita Filho” Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem - Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado acadêmico e Doutorado.

Comissão Examinadora

Profa. Dra. Marla Andreia Garcia de Avila (Orientadora)
Departamento de Enfermagem
Universidade Estadual Paulista

Prof. Dr. Cesar Junior Aparecido de Carvalho
Departamento de Enfermagem
Instituto Federal do Paraná

Profa. Dra. Aline Balandis Costa
Departamento de Enfermagem
Universidade Estadual do Norte do Paraná

Profa. Dra. Wilza Carla Spiri
Departamento de Enfermagem
Universidade Estadual Paulista

Profa. Dra. Miriam Fernanda Sanches Alarcom Daniel
Departamento de Enfermagem
Universidade Estadual do Norte do Paraná

Agradecimentos

Ao concluir este trabalho e recordar a trajetória, o sentimento de gratidão aflora...

Agradeço primeiramente à minha filha, Ana Luiza Alcântara, que suportou a ausência da mãe por longos períodos.

Agradeço ao meu pai, José Emídio (*in memoriam*), o homem cuja caligrafia foi a mais linda que conheci, o homem que me alfabetizou.

Sou grata à minha mãe que, mesmo com pouco estudo, reconheceu a importância do meu prosseguir neste caminho.

Agradeço à minha orientadora, Professora Associada Marla Andréia Garcia de Avila, pela credibilidade e por ter me colocado diante de uma realidade profissional com a qual eu tanto sonhei e que tanta diferença fez em minha vida profissional.

À minha coorientadora Professora Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi, agradeço pela transformação promovida em meu ser. Sua paciência e seu carinho são contagiantes e eu fui contagiada.

À Universidade Estadual Paulista – UNESP, que me acolheu não apenas como instituição, mas na forma humana das pessoas que encontrei, cujos nomes não mencionarei sob pena de esquecer algum, pois tantos foram os que me acolheram...

À Universidade Estadual do Norte do Paraná, minha instituição de trabalho que me apoiou incondicionalmente nesta tarefa, não só como instituição, mas aos amigos que tenho aqui que me incentivaram a todo momento e que confiam em mim.

À educação pública e gratuita e aos meus professores do ensino primário até aqui, gratidão.

Agradeço o carinho e atenção da Professora Dra. Maria Belén Salazar Posso ao contribuir com o desenvolvimento desse trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que subsidiou essa conquista.

Agradeço de todo coração aos atores deste estudo que, mesmo em meio ao caos imposto pelo momento pandêmico, compartilharam suas experiências sem as quais esse trabalho não existiria.

RESUMO

ALCANTARA L, R, S. Da Fragilidade à identidade profissional transitória do enfermeiro perioperatório na pandemia: liderança como componente transformacional [tese]. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2022.

Introdução: em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou emergência em Saúde Pública, em face de a pandemia *Corona Virus Disease* (COVID-19). Doença infectocontagiosa que na sua forma grave evolui para a síndrome respiratória aguda, demandando reservas de leitos e de recursos humanos para atendimento desses pacientes, nas emergências e em unidades de terapia intensiva. Contexto este que obrigou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, por meio da nota técnica nº 04/2020, recomendar a suspensão das cirurgias eletivas. **Objetivos:** Compreender a experiência do trabalho do enfermeiro do bloco cirúrgico (BC) no início da pandemia COVID-19 e elaborar um modelo teórico representativo dessa experiência. **Método:** trata-se de estudo qualitativo, no referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados em sua vertente Straussiana e o Interacionismo Simbólico como referencial teórico. Utilizou-se as diretrizes do *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)* para garantir a qualidade metodológica do estudo. Incluiu-se enfermeiros que estavam atuando no Bloco Cirúrgico (BC), minimamente, há um ano. Eles foram localizados a partir de pesquisa prévia conduzida pelas autoras. A saturação teórica deu-se a partir da análise da 19ª entrevista não diretiva, tendo como disparador: Conte-me como é o seu processo de trabalho e como você o vivencia, neste momento pandêmico, na unidade de BC. As entrevistas foram audiogravadas, com duração entre 40 a 90 minutos e após transcritas na íntegra, em documentos do *Microsoft Word* e depois importados para o software de apoio ATLAS.ti versão 9.0. Essa análise deu-se segundo as etapas do referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados: codificação aberta, que envolve a microanálise do texto; codificação axial para o agrupamento dos dados com a finalidade de explicar o fenômeno estudado e codificação seletiva, quando há o refinamento das categorias

abstraídas, analisadas, refletidas e sistematizadas para a extração da categoria central. **Resultados:** os atores provem de instituições públicas, privadas e filantrópicas, de cidades das regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Sul do Brasil. A maioria do sexo feminino, com médias respectivas de idade e tempo de trabalho de 42,5 e de 16 anos respectivamente. A análise segundo o referencial metodológico permitiu estabelecer relações teóricas entre os componentes (subprocessos, categorias, subcategorias e elementos), por meio de processo explicativo e analítico das ações e interações referentes à experiência, representado pela categoria central intitulada: “Da fragilidade à superação transitória do protagonismo épico do enfermeiro no BC, durante a pandemia COVID-19: a liderança transformacional como componente interveniente para a identidade profissional”. Esse processo desdobrou-se em três subprocessos, a saber: enfermeiro deparando-se, inicialmente, com a autoconfiança abalada para o exercício profissional no ambiente cirúrgico não preparado para a pandemia COVID-19 (A); enfermeiro irrompendo como protagonista da liderança transformacional do processo de trabalho e de sua identidade profissional (B); enfermeiro ponderando o impacto no processo de trabalho e na sua identidade profissional enquanto perdurar a pandemia (C).

Discussão e considerações finais: Analisando o movimento da experiência de enfermeiros do BC, empreendido no início da pandemia COVID-19, abstraído no modelo teórico segundo o Interacionismo Simbólico, verificou-se o profissional utilizando-se de ações relativas à liderança transformacional para enfrentamento de sofrimento mental como protagonista simbólico de drama épico. Neste contexto, não só por almejar o reordenamento de trabalho mais seguro nos âmbitos: informacional, de recursos humanos e materiais, mas também engendrar identidade profissional, em face de o incômodo de se perceber aclamado pela mídia/sociedade como um protagonista épico e não profissional na linha de frente da batalha pandêmica, com necessidades de melhores condições trabalhistas. **Considerações finais:** Diante da identidade profissional estabelecida pela liderança transformacional que se opõe ao herói épico, nossos atores, ao ponderar os desfechos do controle da pandemia, mostram-se pouco confiantes e até temerosos. Consideram a visibilidade profissional e reconhecimento social como sendo passageiros. Desta forma, o modelo teórico abstraído da experiência de enfermeiros do bloco cirúrgico, durante o

início da pandemia COVID-19, ampliou a compreensão de sua experiência, muito além de expor a precarização das condições de trabalho que a equipe de enfermagem vinha tendo, mas também demonstrou capacidade preditiva, por sinalizar a perspectiva da liderança transformacional como instrumento para o alcance do reconhecimento social da identidade do enfermeiro como líder de sua equipe.

Descritores: Enfermagem Perioperatória; COVID-19; Pandemia; Processo de trabalho; Processo de Enfermagem; Liderança.

ABSTRACT

ALCANTARA L, R, S. From fragility to transitional professional identity of perioperative nurses in the pandemic: leadership as a transformational component [dissertation]. Botucatu Medical School, São Paulo State University. 2022.

Introduction: due to the pandemic Corona Virus Disease, the World Health Organization (WHO) declared a Public Health Emergency on January 30, 2020. (COVID-19). Acute respiratory syndrome develops from this infectious disease in its severe form, necessitating bed and health care personnel reserves in order to assist patients in emergency and critical care units. The National Sanitary Surveillance Agency was compelled by this situation to suggest the suspension of elective procedures in technical note no. 04/2020. **Objectives:** To understand how nurses in operating rooms (OR) felt about the work process during the start of the COVID-19 pandemic and to create a theoretical model that reflects what they experienced. **Method:** This is a qualitative study that was approved by the Research Ethics Committee and conducted in accordance with the consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ). After the 19th non-directive interview, theoretical saturation took place with the following trigger: Tell me about your work procedure and how you perceive it in the OR during this pandemic. Nurses who had worked in the operating room for at least a year were included. They were reached out using the researchers' contact list. The interviews were audiorecorded for 40 to 90 minutes, then transcribed in full in Microsoft Word documents and put onto the support software ATLAS.ti, version 9.0. This analysis adhered to the steps of the Grounded Theory methodological framework: open coding, which involves microanalysis of the text; axial coding, which groups the data with the goal of describing the phenomenon under study; and selective coding, which involves a fine-tuning of the abstracted, analysed, reflected, and systematised categories for the extraction of a central category. **Results:** Through an explanatory and analytical process of the actions and interactions pertaining to the experience, represented by the central category entitled: "From fragility to transitional overcoming of the epic protagonism of nurses in the OR during the COVID-19 pandemic: transformational leadership as an

intervening component for professional Identity". This process unfolded in three subprocesses, namely: nurses initially facing a shaken self-confidence for professional practice in a surgical environment unprepared for the COVID-19 pandemic (A); nurses emerging as protagonists of transformational leadership of the work process and of their professional identity (B); nurses pondering the impact on the work process and on their professional identity while the pandemic lasts (C).

Ongoing discussion and final considerations: analyzing the movement of the BC nurses' experience, conducted at the beginning of the COVID-19 pandemic, abstracted in the theoretical model according to Symbolic Interactionism, it was verified that such actors performed according to transformational leadership to face mental suffering as a symbolic protagonist of epic drama. In this context, not only by aiming for the reordering of safer work in the areas of information, human resources, and materials, but also to build a professional identity, due to the discomfort of perceiving oneself acclaimed by the media/society as an epic protagonist and not as a professional in the front line of the pandemic battle in need of better working conditions. **Final considerations:** faced with the professional identity established by the transformational leadership that opposes the epic hero, the actors, when considering the outcomes of controlling the pandemic, show little confidence and even fear. They consider professional visibility and social recognition to be passengers. In this way, the theoretical model abstracted from the experience of nurses in the operating room, during the beginning of the COVID-19 pandemic, broadened the understanding of their experience, far beyond exposing the precariousness of the working conditions that the nursing team had been having, but it also demonstrated predictive capacity, by signaling the perspective of transformational leadership as an instrument for achieving social recognition of the nurse's identity as the leader of their team.

Descriptors: Perioperative Nursing; COVID-19; Pandemic; Nursing Process; Leadership.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UENP	Universidade Estadual do Norte do Paraná
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
PE	Processo de enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CME	Centro de Materiais e Esterilização
SRPA	Sala de Recuperação Pós Anestésica
CC	Centro Cirúrgico
BC	Bloco Cirúrgico
BO	Bloco Operatório
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
POI	Pós-operatório Imediato
GECC	Grupo de Estudo em Centro Cirúrgico e Centro de Material
SOBECC	Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Coronavirus
OMS	Organização Mundial de Saúde
MS	Ministério da Saúde
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
COREQ	Consolidated criteria for reporting qualitative research
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
IS	Interacionismo Simbólico
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
EPI	Equipamento de Proteção Individual
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

Lista de Quadros

Quadro 1	Características das vertentes da TFD	31
Quadro 2	Exemplo da codificação aberta dos dados	32
Quadro 3	Exemplo de codificação axial dos dados	33
Quadro 4	Subprocessos, categorias, subcategorias e elementos relativos à experiência do enfermeiro do Bloco Cirúrgico no início da pandemia de COVID-19. Brasil, abril a junho de 2020	37

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1. INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Processo de trabalho e processo de trabalho em enfermagem.....	15
1.2. Processo de trabalho no Bloco Cirúrgico.....	19
1.3. O impacto da pandemia COVID-19 no processo de trabalho do Bloco Cirúrgico.....	24
1.4 Justificativa do Estudo.....	26
2. OBJETIVOS.....	27
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	28
3.1 Tipo de pesquisa.....	28
3.2 Cenário e atores.....	28
3.3 Procedimentos éticos, e de coleta de dados.....	29
3.4 Referencial metodológico: Teoria Fundamentada nos Dados.....	30
3.5 Referencial teórico: Interacionismo Simbólico.....	34
3.6 Aspectos Éticos.....	35
4. RESULTADOS.....	36
4.1 Caracterização dos atores.....	36
4.2 A experiência do enfermeiro do Bloco Cirúrgico no início da pandemia de COVID-19.....	36
4.3 O modelo teórico.....	50
5. DISCUSSÃO.....	54
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
REFERÊNCIAS.....	65
ANEXO I.....	73
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	76

APRESENTAÇÃO

A realização deste estudo advém de vivência desafiante no ambiente cirúrgico, área na qual desenvolvi minhas atividades como enfermeira assistencial e gerencial e que hoje exerço docência na Universidade Estadual do Norte do Paraná (UENP).

Em 2008, deparei-me com o surto de infecções por bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que se tornaria resistente aos métodos de desinfecção química amplamente utilizados, portanto demandando buscas por novas evidências científicas para melhores práticas nos processos de trabalho – movimento este que fez sentido e passou a fazer parte de exercício profissional responsável e ético.

Três anos depois, a pandemia da Influenza H1N1 rapidamente se tornou desafio epidemiológico, amedrontando a população e exigindo profundas alterações nos processos de trabalho em saúde, sobre a qual inicialmente tinha-se poucos conhecimentos para o seu enfrentamento, principalmente para uma enfermeira de quem exigiu-se além da elaboração dos protocolos para a unidade do bloco cirúrgico. Apesar do alto nível de estresse pelo qual passamos enquanto equipe, aquele momento despertou reflexões acerca do protagonismo da Enfermagem perante a sociedade, e esses *insights* me fizeram sentir quão significativa foi a profissão para que vencêssemos aquela pandemia.

Hoje, atuando na docência, e durante meu doutoramento, vejo-me novamente em meio a outra pandemia, a da COVID-19, que está ceifando vidas em todo o mundo. E, novamente, o enfermeiro é considerado, inclusive pelas mídias, um dos principais protagonistas para seu enfrentamento.

Portanto, desenvolver este estudo é buscar o desvelo das minhas próprias inquietudes enquanto enfermeira de bloco cirúrgico, na atuação de outros enfermeiros alocados nesse cenário, no afã de contribuir para a visibilidade das dificuldades enfrentadas, alterações bruscas nos processos de trabalho e visibilidade social deste profissional.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Processo de trabalho e processo de trabalho em enfermagem

A prática da assistência de enfermagem surgiu no mundo de forma instintiva, como meio de garantia da própria sobrevivência. Estava associada ao trabalho feminino, até que a arte da cura atingisse *status* de poder, atribuindo-lhe misticismos, passando então a ser exercida por sacerdotes nos templos.¹

Após anos da prática curativa mística e sacerdotal, com a reorganização da instituição hospitalar, a cura ficou centrada na figura do médico, porém começa a se refletir na Enfermagem e tem seu ápice com o que denominamos período nightingaleano, quando *Florence Nightingale* é convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para trabalhar junto aos soldados feridos em combate na Guerra da Criméia, em 1854, originando a Enfermagem moderna ao adotar métodos para a fundação das primeiras escolas de Enfermagem, a partir da década de 1870.¹

Enfermeiras diplomadas pela Escola do Hospital St. Thomas, fundada por *Florence Nightingale*, difundiram o sistema para outros países dentro e fora do continente europeu. Em países anglo-saxões, como Alemanha e Áustria, e escandinavos, como Dinamarca, Suécia e Noruega, a força dessa iniciativa, juntamente com o movimento da Cruz Vermelha e as diversas guerras locais e mundiais, desencadearam a reforma no ensino de enfermagem, que seguiu o modelo nightingaleano.^{1,2} Podemos afirmar que esta foi a primeira fase na construção da Enfermagem como ciência, para a qual o foco da investigação se centrou em “o que fazer”.

Na segunda fase, tentando conquistar o domínio técnico, a Enfermagem procurou definir “como fazer”. Esta fase ocorreu nos Estados Unidos, nas primeiras décadas do século XX, destacando que a maneira de executar a técnica chegava a ser mais importante que o próprio doente. Foi alavancada pelas descobertas do final do século XIX, tais como os trabalhos desenvolvidos por Pasteur e Kock.^{1,2}

Na terceira fase, a Enfermagem se empenhou em fundamentar suas ações. Para tanto, baseou-se em princípios científicos de anatomia, fisiologia, microbiologia, física e química para respaldar suas ações e, assim, investigou “por que fazer”.^{1,2}

A quarta fase se dedica à pesquisa científica, na tentativa de construir uma resposta para a questão: “qual o saber que é próprio da Enfermagem?” Florence Nightingale é considerada a primeira teórica da Enfermagem, pois realizou a primeira tentativa de distinguir os saberes da Medicina e da Enfermagem.^{1,2}

As pioneiras na construção de teorias de Enfermagem foram enfermeiras pesquisadoras norte-americanas. A teorista *Dorothy Johnson* prestou grande contribuição e incentivo às construções teóricas ao argumentar que a sociedade só daria autoridade e responsabilidade às enfermeiras se elas provassem que possuíam o conhecimento.²

No entanto, vale dizer que, no processo histórico, tais fases não se sucederam de forma linear, originando marcos. Na realidade, elas se sobrepuseram e ainda se sobrepõem.²

A partir do surgimento da Enfermagem Moderna, *Florence Nightingale* deu ênfase à importância de os enfermeiros fazerem observações e julgamentos acerca destas observações. Esta recomendação expressava o conceito do que hoje conhecemos como Processo de Enfermagem (PE).²

As práticas de enfermagem foram evoluindo juntamente com a ciência e as novas tecnologias. No Brasil, o PE foi introduzido pela Professora Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, e é definido como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas. Desde então, observou-se a inserção do PE nos currículos dos cursos de graduação em enfermagem e na prática assistencial.³

Wanda de Aguiar Horta incentivou a implementação do uso das teorias de enfermagem e desenvolveu a teoria denominada “Teoria das Necessidades Humanas Básicas”, alicerçando o exercício profissional de Enfermagem a um referencial teórico e originando a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), que segue cinco passos: anamnese e exame físico, levantamento de problemas, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem, exigindo do enfermeiro conhecimento técnico, científico, ético, pensamento crítico e raciocínio clínico.^{3,4}

Atualmente, a atuação do enfermeiro no Brasil é amparada pela Resolução COFEN-358/2009, que dispõe sobre o PE, seguindo as seguintes etapas: I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) - processo deliberado,

sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença; II - Diagnóstico de Enfermagem - processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados; III - Planejamento de Enfermagem - determinação dos resultados que se espera alcançar e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem; IV - Implementação - realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem; e V - Avaliação de Enfermagem - processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado, e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.⁵

A importância do PE é amplamente reconhecida para uma assistência de enfermagem sistematizada e como via de concretização da autonomia profissional, por constituir um ato privativo do enfermeiro.⁶

Atualmente, no Brasil, a Enfermagem é a mais numerosa categoria profissional de saúde, somando 2.723,42 profissionais, dos quais 449.642 são auxiliares de enfermagem, 1.604,6627 técnicos em enfermagem, 668.807 enfermeiros e 356 obstetrizes. Dessa forma, representa 54% da força de trabalho em saúde e é responsável por mais de 60% das ações executadas em saúde.⁷

As linhas de atuação do Enfermeiro no Brasil encontram-se agrupadas em três grandes áreas, de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução COFEN Nº 0570/2018, sendo elas: Área I - Saúde Coletiva,

Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso e Urgência e Emergência; Área II - Gestão; Área III - Ensino e Pesquisa.⁶

O processo de trabalho compreende um conjunto de componentes que relaciona homem, natureza e, principalmente, a transformação de algo sobre o que se trabalha em produto. Os componentes desse processo são, portanto, enumerados em objeto, agentes, instrumentos, finalidades, métodos e produtos. Cada qual exerce um papel fundamental nesse processo: o objeto compreende o alvo potencial de transformação, sobre o qual ocorrerá o processo; o agente é o próprio ser humano capaz de provocar intervenções no objeto; o instrumento é o artefato, tangível ou não, utilizado para intervir no objeto; a finalidade é a razão pela qual o processo é feito; os métodos compreendem o planejamento, execução e controle da intervenção no processo e produto; por fim, é um artefato tangível ou um serviço o resultado dessa ação.⁸

Para que a atuação profissional da enfermagem seja consolidada é necessário compreender que todo trabalho é um processo. A construção da profissão da enfermagem como um processo de trabalho nasceu de um termo com embasamento social e decorrente da teoria Marxista, que vê o trabalho como transformação da matéria pela mão do ser humano, num *continuum* dinâmico no qual ambos sofrem alterações. Sob essa ótica, e sabendo-se que o ser humano tem necessidades próprias, compreende-se que o trabalho se modifica a partir de um processo, a fim de atender às mudanças requeridas. A partir disso, permite-se o entendimento de que, na área da saúde, o processo de trabalho possui uma identidade única e é composto por um conjunto de diferentes agentes, concomitantemente responsáveis por operar os processos de trabalho com consciência e responsabilidade.⁹

Na Enfermagem, os processos de trabalho podem ou não ser executados de maneira concomitante e compreendem: Assistir, Administrar, Ensinar, Pesquisar e Participar Politicamente. O processo de trabalho assistir diz respeito à ação do cuidado propriamente dito, realizada a um indivíduo, família ou comunidade; administrar refere-se à gerência dos recursos humanos, denominados como os agentes do cuidado e dos recursos materiais empregados no processo de assistência, utilizando como métodos o planejamento, tomada de decisão,

supervisão e auditoria; ensinar é um processo de trabalho que visa a formação de um indivíduo como profissional de Enfermagem; pesquisar é a ação que abrange a construção e desenvolvimento do saber acerca dos demais processos existentes; e participar politicamente envolve um cunho social que diz respeito à representatividade da Enfermagem e sua força de trabalho, ressalta-se que este permeia todos os demais processos.⁹

1.2. Processo de trabalho no Bloco Cirúrgico

A prática cirúrgica, tal como a conhecemos, tem uma história recente. Antes do século XX, limitava-se às ações manuais realizadas por quem dispunha de agilidade e destreza, os “cirurgiões barbeiros” – uma área de atuação ainda distante da Medicina, pois os desafios impostos pela dor, hemorragias, infecções e inexistência de instrumentais adequados inviabilizavam procedimentos invasivos. A criação de uma anestesia segura, controle de hemorragias e infecções ensejaram o desenvolvimento da cirurgia moderna, a qual evoluiu concomitantemente com os avanços tecnológicos que, por sua vez, vieram a possibilitar procedimentos minimamente invasivos e com alta precisão por meio da robótica.^{10,11}

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), as linhas de atuação que compreendem as especialidades estão agrupadas em três grandes áreas, a saber: 1ª - Saúde Coletiva, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Adulto (homem e mulher), Saúde do Idoso, Urgência e Emergência, 2ª - Gestão, 3ª - Ensino e Pesquisa.¹²

Entre as especialidades abrangidas pela área I, estão a Enfermagem em Centro de Materiais e Esterilização (CME), Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA) e Centro Cirúrgico (CC). Estes três componentes formam o Bloco Cirúrgico (BC), uma unidade de alta complexidade técnica e gerencial, também denominado Bloco Operatório (BO). Em conjunto, esses componentes têm por finalidade garantir a operacionalização do BC com excelência na qualidade final do serviço, que é o atendimento ao paciente cirúrgico.^{12,13}

As atribuições do enfermeiro, dentro de cada componente que constitui o BC, são claramente distintas de acordo com a finalidade a que cada um deles se destina.¹⁴

O CME é o local destinado às atividades técnicas e administrativas que visam garantir a qualidade dos artigos e provê materiais livres de contaminação nas variadas atividades hospitalares. Ao enfermeiro, é atribuída a supervisão das atividades realizadas e coordenação da unidade; possui funções que a ele são privativas, como a direção do órgão de enfermagem, a chefia do serviço e da unidade de enfermagem, o planejamento, a organização, a coordenação e a avaliação dos serviços de enfermagem.¹⁵

É um setor especializado que presta assistência indireta e de apoio técnico, necessários aos cuidados dos pacientes. Os processos de trabalho são complexos e realizados de acordo com os procedimentos operacionais desenvolvidos pelo enfermeiro. Tais procedimentos são feitos com base nas recomendações das instituições reguladoras da saúde, de forma cuidadosa, crítica e reflexiva para a execução sistemática das etapas necessárias, a fim de oferecer produtos para assistência à saúde livres de riscos de contaminação, e manter a segurança da equipe de saúde. As etapas envolvem: recepção, limpeza, desinfecção, secagem, preparo, esterilização, guarda e distribuição.¹⁵

Embora se reconheça a importância do CME, cujos requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde estão descritos na Resolução - RDC nº 15, aprovada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 12 de março de 2012¹⁶, alguns desafios ainda são enfrentados pelos enfermeiros, tais como: estrutura física inadequada, falta de insumos, escassez de recursos humanos e cultura de invisibilidade do CME.¹⁷⁻¹⁹

O CC é composto por salas de operações, onde o paciente vivencia o ato anestésico-cirúrgico e recuperação anestésica. A história da realização das cirurgias mostra o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro de CC que, a princípio, era responsável pelo ambiente seguro, confortável e limpo para o transcorrer do procedimento. Atualmente, as ações do enfermeiro no CC estão focadas não somente no ambiente asséptico e seguro, mas também se requer deste profissional a competência técnico-científica na previsão e provisão de recursos materiais e

humanos, no relacionamento multi e interdisciplinar e na interação com o paciente e sua família.¹³

As atividades de enfermagem desenvolvidas nesse setor devem ocorrer de forma harmoniosa com as demais equipes. De maneira específica, o cuidado de enfermagem está voltado à plena recuperação do paciente. Nesse sentido, o enfermeiro poderá assumir a função de coordenação, tendo suas atividades voltadas ao funcionamento do setor, ou assumir atividades assistenciais, dentre as quais destacamos a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP).^{13,15}

A SAEP proporciona ao paciente cirúrgico uma assistência individualizada, humanizada e especializada; dessa forma, o enfermeiro atua nos momentos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório. O objetivo da SAEP é levantar e analisar as necessidades individuais do paciente, a fim de diminuir ao máximo os riscos decorrentes do ato anestésico-cirúrgico. Deve ainda prever e prover todos os recursos materiais e humanos necessários à segurança do paciente durante as três fases que compõem a experiência cirúrgica.^{15,20}

Proposto por Castellanos e Jouclas, o modelo conceitual filosófico denominado de SAEP data de 1985. Esse modelo teve por propósito promover assistência integral, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada. Ademais, tem como base o atendimento das necessidades humanas básicas e o processo de enfermagem, estruturados por Wanda de Aguiar Horta.²¹

A SAEP possibilita ao enfermeiro o planejamento de suas ações, que ele execute ou delegue, bem como a avaliação dos resultados desse planejamento. O processo de trabalho em saúde na enfermagem é resultado da construção de diferentes processos de trabalho executados por diferentes agentes, sendo possível um cuidado efetivo tão somente se houver a coordenação de todos os processos de trabalho envolvidos. A coexistência e a relação entre os processos garantem efetividade, eficácia e eficiência a todos os processos de enfermagem, como demonstrado por Sanna em seu trabalho.⁹

A aplicação do processo de enfermagem no cuidado ao paciente cirúrgico compreende cinco fases: visita pré-operatória de enfermagem; planejamento da

assistência perioperatória; implementação da assistência; avaliação da assistência; e reformulação da assistência.²¹

A visita pré-operatória realizada pelo enfermeiro tem os objetivos: continuidade do cuidado entre a unidade de internação e o CC; adaptação da sala cirúrgica à necessidade do paciente; esclarecimentos e orientações em relação à cirurgia, anestesia e rotina do centro cirúrgico; melhora da interação, comunicação e diminuição da ansiedade do paciente e de sua família. Além disso, realizam-se a anamnese e o exame físico para subsidiar o plano de cuidados. É fundamental o fornecimento de informações honestas sobre a experiência a ser vivenciada, com a utilização de comunicação e estratégias adequadas ao público-alvo – ações que certamente contribuem para o letramento em saúde dos pacientes cirúrgicos.¹⁴

O planejamento da assistência de enfermagem é subsidiado pela consulta de enfermagem realizada na visita pré-operatória, e consiste no julgamento clínico e identificação dos diagnósticos de enfermagem para os quais são prescritas as intervenções mais adequadas. Destaca-se a importância de um plano individualizado que contemple a participação do paciente e da família como elementos de fortalecimento do indivíduo.^{15,21}

A implementação da assistência de enfermagem para o período transoperatório são ações assistenciais desenvolvidas a nível de fazer, ajudar, orientar, supervisionar e encaminhar. Estas devem ser devidamente documentadas, de forma que ofereçam subsídios para a evolução de enfermagem, para atender à avaliação do enfermeiro e as expectativas do paciente e sua família.^{15,21}

Após o reestabelecimento geral do paciente, já na unidade de internação, recomenda-se a visita pós-operatória de enfermagem, pelo enfermeiro do CC, como forma de avaliação e evolução do paciente.¹⁴

Por fim, a reformulação da assistência ocorrerá após avaliação do paciente e verificação das mudanças ocorridas em um determinado período. O enfermeiro exercerá o julgamento clínico para verificar se as intervenções atingiram o resultado esperado ou se apontam a necessidade de serem reformuladas.^{15,21}

A SRPA é uma das unidades mais complexas da instituição hospitalar, devido aos processos ligados à realização do procedimento cirúrgico. É uma sala anexa ao CC, com especificações e dimensionamento de recursos humanos adequados para

a assistência de enfermagem dispensada no período pós-operatório imediato (POI). A assistência de enfermagem, nesse período, concentra-se em tratar ou prevenir complicações decorrentes do ato anestésico-cirúrgico.¹⁵

O POI é o momento em que ocorrerá a recuperação anestésica, após o paciente ser submetido à anestesia geral e/ou loco-regional; é um momento que exigirá assistência e cuidados intensivos e semi-intensivos até que se tenham plenamente reestabelecidos os reflexos protetores e sinais vitais. Durante as primeiras 24 horas, o paciente é suscetível a apresentar distúrbios pulmonares, cardiovasculares e renais, dentre outros.^{22,23}

Os processos de trabalho nessa unidade são diferenciados, pois desses processos depende o reestabelecimento de pacientes que se encontram em estado crítico e, portanto, requerem atenção individualizada que previna ou trate complicações decorrentes do ato anestésico-cirúrgico.²³

Considerando as características singulares de atendimento ao paciente em POI na SRPA, vale ressaltar que, para além da SAEP que promove o cuidado sistematizado e documentado, faz-se necessária a presença do enfermeiro, promovendo o cuidado humanizado pautado na ética, valores e crenças para o cuidado igualitário e individualizado em um momento de vulnerabilidade do paciente.²²

A assistência de enfermagem prestada no BC, bem como a coordenação de suas unidades, requer do enfermeiro um conhecimento especializado. No Brasil, em 1982, um grupo de enfermeiros de Centro Cirúrgico, integrantes da Associação Brasileira de Enfermagem São Paulo (ABEn-SP), entendeu que era preciso realizar discussões focadas na prática de enfermagem e pesquisas científicas sobre a assistência prestada no BC. Com base nessa demanda, os profissionais criaram o Grupo de Estudo em Centro Cirúrgico e Centro de Material (GECC). Nove anos depois, o GECC já tinha tamanho e influência suficientes para se transformar numa sociedade voltada à educação continuada dos profissionais da área. Assim nasceu a SOBECC, no dia 4 de setembro de 1991, inicialmente apenas como Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Nessa ocasião, constituiu-se a primeira diretoria, que foi presidida pela enfermeira Ana Maria Ferreira de Miranda, uma das precursoras do então GECC.²⁴

Desde então, essa associação atua, no Brasil, para a melhoria dos processos que envolvam a assistência de enfermagem perioperatória. Com reconhecimento nacional e internacional, sua missão é o desenvolvimento técnico-científico e divulgação das boas práticas, além de propor recomendações referentes aos três elementos que compõem o BC, com ética, responsabilidade e compromisso profissional.²⁴

Considerando as características dos elementos componentes do BC e as especificidades assistenciais e gerenciais desenvolvidas pelo enfermeiro em cada uma delas, ressaltamos que, embora estes elementos sejam interligados devido à característica comum que é a assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico, em cada um, os processos de trabalho se alinham de forma bastante distinta, o que requer a sistematização da assistência e gerenciamento das unidades por um enfermeiro exclusivo e em tempo integral. Contudo, o que se vê na realidade vai na contramão dessa lógica, pois em muitas instituições ainda há um único enfermeiro atuando nas três áreas e, com períodos de ausência do profissional enfermeiro, as responsabilidades recaem sobre um técnico ou auxiliar de enfermagem.²⁵

1.3. O impacto da pandemia de COVID-19 no processo de trabalho do Bloco Cirúrgico

Nos dias atuais, o mundo todo vem sofrendo e enfrentando um grave problema de Saúde Pública, causado pelo vírus *Severe Acute Respiratory Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), o qual atingiu os seres humanos em todos os contextos sociais, causando a COVID-19, que pode levar à síndrome respiratória aguda grave (SRAG).²⁶

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) oficializou a declaração de emergência em Saúde Pública e, desde então, os meios de comunicação científica se dedicam a elucidar todas as características e meios para prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, nominada pela OMS como COVID-19, em 11 de fevereiro do mesmo ano. Até a data de 25 de maio de 2021, foram registrados 167.434.110 casos confirmados e 3.475.918 mortes em mais de 273 países.²⁷

Registrou-se, no Brasil, o primeiro caso de COVID-19, em 26 de fevereiro de 2020, em um morador da cidade de São Paulo que esteve na cidade de Lombardia, Itália, entre os dias 9 e 21 de fevereiro de 2020.²⁸ Os primeiros casos foram notificados como importados, porém, logo se iniciou a disseminação comunitária, com crescimento exponencial, totalizando, até 21 de julho de 2021, a marca de 19.419.437 casos confirmados da doença, com 544.180 óbitos.²⁷

Após a declaração de emergência em Saúde Pública pela OMS, em 30 de janeiro de 2020, devido à propagação exponencial do SARS-CoV-2, responsável pela COVID-19, a comunidade científica, ainda com pouco conhecimento acerca desse novo vírus, bem como de medidas efetivas para tratamento e cura da mesma, direcionou as recomendações no sentido de evitar o contágio, sendo a principal o isolamento ou distanciamento social.²⁹

Em 11 de março de 2020, a OMS declara a pandemia de COVID-19 e, ainda neste mesmo mês, reconhece-se a transmissão comunitária do *Sars-Cov-2* no Brasil.³⁰

Além do distanciamento ou isolamento social, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil adotou outras medidas para o fortalecimento à saúde, tais como ações de medidas de capacitação de recursos humanos e ampliação da estrutura para atendimento de casos graves, pois o grande desafio naquele momento era evitar o colapso do sistema de saúde.³¹

Diante da necessidade de reserva de leitos para atendimento de pacientes graves com COVID-19, bem como de mão de obra para atendimento desses pacientes nas emergências e em unidades de terapia intensiva, a ANVISA, em nota técnica nº 04/2020, recomendou suspensão das cirurgias eletivas.³²

Essa medida foi um recurso adotado não somente no Brasil, mas em vários países do mundo, como forma de retaguarda de leitos e força de trabalho. Se, por um lado, a assistência aos pacientes com COVID-19 estaria assegurada, por outro, vários impactos decorrentes desta medida foram relatados. Isso porque as cirurgias eletivas constituem substancial fonte de renda para as instituições hospitalares.

Estudo realizado nos Estados Unidos estimou perda financeira considerável para as instituições.³³ Contudo, além dos impactos financeiros, há ainda que se considerar o impacto vivenciado pelos pacientes que estavam no aguardo de suas

cirurgias. Um estudo realizado em Michigan, EUA, para compreender a experiência dos pacientes ao terem suas cirurgias suspensas, concluiu que eles experimentaram sofrimento emocional e psicológico.³⁴

Considerando que muitos pacientes assintomáticos, com suspeita ou confirmados de COVID-19 necessitaram de tratamento cirúrgico, os hospitais tiveram a complexa tarefa de capacitar seus profissionais e estabelecer o fluxo adequado para atendimento a essas pessoas. Tal complexidade se deve ao fato de que cerca de 80% da população contaminada é assintomática, e isso representa maior risco para controle da disseminação do vírus.³⁵

Nesse sentido, foram necessárias diversas adaptações às práticas cirúrgicas, de acordo com as diretrizes da ANVISA e protocolos institucionais, para o atendimento ao paciente suspeito ou portador da COVID-19, preconizando a prevenção de contágio aos profissionais e disseminação da doença.³⁵

Diante do cenário apresentado, a pesquisadora percebe que alterações significativas no processo de trabalho do enfermeiro do BC seriam vivenciadas, devido às necessidades impostas nesse momento, e pergunta-se: Como se deu o processo de trabalho no BC, no início da pandemia de COVID-19?

1.4. Justificativa do Estudo

Considerando que a pandemia de COVID-19 é um dos maiores problemas de saúde pública e que ainda está afetando mundialmente a realização de cirurgias, sobretudo as eletivas; que existe a necessidade de compreender o processo de trabalho de enfermagem no bloco operatório em um momento de crise; da importância de garantir a segurança dos profissionais que atuam no bloco operatório, bem como dos usuários desses serviços, a realização desse estudo se justifica pela necessidade de compreender o processo da experiência vivenciada pelos enfermeiros durante a pandemia de COVID-19.

2. OBJETIVOS

São objetivos deste estudo:

- Compreender a experiência do trabalho do enfermeiro do BC no início da pandemia de COVID-19;
- Elaborar um modelo teórico representativo dessa experiência.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de pesquisa qualitativa, método que possibilita trabalhar fenômenos complexos com profundidade e intensidade. Possibilita, também, explicar dados e construir modelos teóricos aplicáveis à prática, por meio do estudo da história, das representações, das relações, das crenças, das percepções e das opiniões que os atores constroem sobre suas vivências.³⁶ O referencial metodológico utilizado foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), também conhecida internacionalmente como *Grounded Theory*, em sua vertente Straussianiana, a qual destaca a posição ativa do pesquisador diante dos dados e na elaboração da teoria.³⁷ O referencial teórico utilizado foi o Interacionismo Simbólico.³⁸

Visando assegurar a confiabilidade e rigor do método, o estudo seguiu os critérios de validação propostos pelo *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ): um *checklist* composto por 32 itens para entrevistas e grupos focais.³⁹

3.2. Cenário e atores

Realizou-se o estudo no início da pandemia de COVID-19 no Brasil, incluindo enfermeiros de instituições hospitalares nacionais, que estavam vivenciando e promovendo as adequações nos BC de suas instituições, para o enfrentamento da COVID-19. Ademais, com experiência mínima de um ano no BC, onde eles estavam alocados.

Os atores foram localizados a partir de um banco de dados pertinentes de uma pesquisa com a mesma temática. Foram selecionados 80 destes contatos, de enfermeiros que sabidamente trabalhavam no BC, e para estes foi enviado um novo formulário digital via *Google Forms*, o qual continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), questões de caracterização dos atores e a questão de pesquisa.

3.3. Procedimentos éticos de coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu no período entre 03 de abril e de 25 de junho de 2020.

Uma vez aceito o convite e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), direcionou-se o enfermeiro para preenchimento de suas informações, com nome, data de nascimento, região do Brasil, tempo de trabalho no BC, natureza jurídica da instituição e titulação acadêmica, e, posteriormente a descrever sua experiência, a partir da questão norteadora, com enfoque nas últimas semanas de trabalho: Conte-me como é o seu processo de trabalho e como você o vivencia, neste momento pandêmico, no bloco cirúrgico.

Obteve-se retorno de 40 (50%) dos questionários preenchidos, porém apenas seis descreviam em profundidade as experiências e, portanto, foram analisadas. O restante, 34 atores constituíram lista para reabordagem, em entrevista individual, por videoconferência síncrona, pelas plataformas *Skype*, *Google Meet* ou *WhatsApp*. Desses, foram necessários mais 13 participantes para alcançar a saturação teórica dos dados, perfazendo 19 atores, cujo processo analítico dos materiais permitiram a saturação teórica, proposta pela TFD.

Uma das pesquisadoras responsabilizou-se pela realização das entrevistas, por ter formação em enfermagem em centro cirúrgico e treinamento para condução de entrevista em profundidade (não-diretiva). Ressalta-se que, entre os participantes convidados, ocorreram duas recusas justificadas pelo aumento na demanda de trabalho, com o pouco tempo restante sendo dedicado à família.

O procedimento de coleta de dados descrito foi amparado pelo referencial metodológico da TFD, cuja coleta pode ser realizada em mais de um campo e, tanto o instrumento de coleta de dados como a forma de questionar, podem ser reformulados, aproximando-se do entendimento dos atores, de maneira a esgotar o máximo de informações. Sendo guiada pela amostragem teórica, essa modalidade possibilita, inclusive, que, a partir da coleta e análise dos dados, outros grupos amostrais possam ser adicionados.³⁷

A contento, as entrevistas foram audiogravadas e, posteriormente, transcritas com omissão de quaisquer informações que pudessem identificar os atores e, em seguida, as gravações foram eliminadas. Os atores passaram a ser identificados

alfanumericamente: participantes (P), sequenciados numericamente, P1, P2 e assim sucessivamente.

As transcrições foram oferecidas aos atores, para que se manifestassem caso houvesse discordância; como isso não ocorreu, deu-se sequência à análise dos dados.

Os documentos do *Microsoft Word* contendo as transcrições foram importados para *software* de apoio à análise de dados qualitativos ATLAS.ti, versão 9.0, que auxiliou nas etapas de codificação dos dados.

Para a validação dos dados utilizou-se uma das estratégias preconizadas pelo referencial metodológico de validação do modelo descoberto (Figura 1), recomendando comparação deste com os dados brutos,³⁷ o qual se mostrou capaz de explicar o processo interacional vivenciado pelos enfermeiros do BC, no início da pandemia COVID-19.

3.4. Referencial metodológico: Teoria Fundamentada nos Dados

De posse das transcrições, estas foram analisadas à luz da TFD, a qual tem por prerrogativa a compreensão de como os seres sociais vivem suas experiências, possibilitando extrair delas seus significados, sentimentos, bem como a maneira desses seres de agirem e interagirem, considerando a dimensão humana e os aspectos sociais, relacionados aos mais variados contextos. Consiste numa forma de explorar a diversidade das experiências humanas desenvolvidas conceitualmente em um processo sistemático de coleta e análise de dados, que resultam na emergência de uma teoria. Este método foi desenvolvido na década de 60, pelos sociólogos Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss.⁴⁰

De acordo com a evolução do pensamento científico, a TFD se fundamenta em três perspectivas metodológicas: Clássica, Straussiana e Construtivista. Algumas características fundamentais de cada vertente estão demonstradas no Quadro 1.

Quadro 2 - Características das vertentes da TFD

VERTENTES DA TFD	IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	COLETA DE DADOS	ANÁLISE DE DADOS/CODIFICAÇÃO
Clássica	- Emergente - Sem necessidade de aprofundamento na revisão inicial de literatura	- Ênfase em observação e entrevistas	- Codificação aberta - Codificação seletiva - Codificação teórica
Straussiana	- Experiência - Pragmatismo - Literatura	- Ênfase em observação, entrevistas e análise de documentos, filmes e vídeos	- Codificação aberta - Codificação axial - Codificação seletiva
Construtivista	- Sensibilização de conceitos - Específicos de cada disciplina	- Ênfase em entrevistas intensivas. Incentiva o uso de múltiplas fontes	- Codificação inicial - Codificação focalizada

Fonte: Adaptada de Santos et al., 2018.⁴¹

Neste estudo, optou-se pela aplicação dos passos preconizados pela vertente Straussiana.³⁷

A interatividade com os dados e aproximação com a experiência dos enfermeiros do BC que vivenciaram o enfrentamento à pandemia de COVID-19 se deu ao coletar, transcrever e analisar os dados, de acordo com a sequência proposta pela TFD.³⁷

Em todas as etapas, utilizou-se diagramas para a construção visual do registro das informações e das percepções de conceitos, bem como a escrita de memorandos, a fim de descrever as relações entre uma categoria e suas subcategorias, conforme preconiza a TFD.³⁷

Concomitante à coleta, teve início a primeira etapa analítica dos dados, a codificação aberta que envolve a microanálise, ou seja, realiza-se uma leitura minuciosa atribuindo códigos às palavras, linhas ou parágrafos que constituem sentido ao objeto de estudo em sua unidade de contexto. Deste exame minucioso e reflexivo sobre os dados, levantamos os códigos e elencamos suas similaridades e diferenças para composição das categorias iniciais.⁴²

Após a microanálise para codificação inicial, teve início a segunda etapa da codificação aberta com a categorização dos dados, onde realizou-se o agrupamento dos códigos em categorias e subcategorias, considerando suas similaridades e

eventos aos quais estavam relacionados. Foi possível, então, começar a vislumbrar conceitos mais amplos.

Quadro 2 – Exemplo da codificação aberta dos dados

Entrevista	Códigos
A questão do cancelamento das cirurgias eletivas é um problema para diversas categorias. É um problema para o gestor, porque nós verificamos nossa taxa de ocupação hospitalar despencar de 85% para apenas 40%. É complicado para os residentes de medicina e de enfermagem, porque impacta no ensino, então os residentes vão aumentar o tempo de pós-graduação, porque precisam estar em campo operando e realizando seus processos. É complicado para o servidor, o funcionário fica receoso, porque vai ter que ajudar em outros setores e isso realmente é importante. Verificou-se, então, que é importante a diminuição das cirurgias eletivas, então todos ficam apreensivos.	• Considerando o cancelamento das cirurgias eletivas um problema. • Observando uma diminuição > 40%. • Percebendo impacto no ensino. • Percebendo os funcionários remanejados temerosos. • Observando a equipe apreensiva.

Fonte: As autoras – Botucatu, 2023

Deu-se o segundo passo da análise por meio da codificação axial. Nesse momento, realizou-se a reflexão e sensibilização teórica, buscando responder às seguintes questões: Por quê? De que forma? Quando? Como?³⁷

Nessa etapa, os dados foram agrupados com o objetivo de explicar o fenômeno investigado, possibilitando que as categorias emergissem sistematicamente relacionadas, utilizando o modelo do paradigma como orientação para organização sistemática das categorias, a fim de identificar os fenômenos e delimitar a categoria central.³⁷

Quadro 3 – Exemplo de codificação axial dos dados

Códigos	Categoria
• Sentindo a pressão da equipe técnica de enfermagem para obter segurança para todos. • Observando a falta de condições para o atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19. • Constando que os enfermeiros enfrentarão riscos diante de seus remanejamentos em função da pandemia por não estarem capacitados para novas funções.	Deparando-se com desafios diante da pandemia.

Fonte: As autoras – Botucatu, 2023

Quando as categorias trabalhadas já apresentavam profundidade e densidade consistentes, iniciou-se a terceira etapa analítica, a codificação seletiva, que consistiu no refinamento das categorias para que nelas identificasse e delas extraísse uma categoria central, ou seja, o fenômeno central resultante da interconexão de todas as categorias abstraídas, analisadas, refletidas e sistematizadas.³⁷

O procedimento de análise e comparação constante entre categorias e subcategorias foram direcionados pelos conceitos do modelo do paradigma, que conduziram a uma nova reorganização dos dados e permitiram que o fenômeno emergisse representando a categoria central, que é a essência da experiência de enfrentamento à pandemia de COVID-19, em seu início, pelo enfermeiro no BC.

Ir da abstração à categoria central demandou refletir, primeiramente, sobre a contextualização de cada participante, observando o relato de suas experiências e inserções em suas instituições de trabalho, considerando suas singularidades para uma visibilidade além dos dados coletados, conforme preconiza o referencial metodológico adotado.³⁷

Perpassar pelas etapas de coleta e análise de dados representou um complexo e árduo percurso de imersão na experiência dos enfermeiros, mas que possibilitou desenvolver um modelo teórico representativo da mesma.

3.5. Referencial teórico: Interacionismo Simbólico

Utilizou-se o Interacionismo Simbólico (IS) como perspectiva teórica, por considerar que a experiência de enfrentamento à COVID-19, vivenciada pelos enfermeiros do BC, é apreendida por meio dos significados das relações entre o enfermeiro, a instituição hospitalar e a sociedade, considerando os seus comportamentos, expectativas, sentimentos e emoções, para os quais o contexto pandêmico marcou um momento simbólico, com significados para ao *self* de forma a impulsionar as atitudes conscientes dos nossos atores. Estes eventos, sob a perspectiva do IS, ocorrem após a elaboração mental e a interação simbólica com o *self*, mas também com o contexto social, das quais resultam as ações humanas.³⁸

O IS é uma abordagem sociológica com uma perspectiva teórica que leva à compreensão da forma como as pessoas interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem, e também como esse processo de interpretação leva ao comportamento individual em situações específicas.⁴²

Em sua vertente interpretativa, o IS reconhece que as interações sociais são os espaços que estabelecem significados e ações, de forma que o significado é um dos mais importantes elementos para compreensão do comportamento humano, suas interações e processos.⁴³

De acordo com Blumer (1986), são três as premissas fundamentais que sustentam o IS, propondo processos circulares sem a definição de um ponto de partida, mas que dizem respeito à forma como o sujeito intervém no mundo com base nos sentidos construídos conjuntamente aos demais sujeitos. São elas:⁴⁴

1. A atitude dos seres humanos em relação às coisas, são baseadas no significado que elas têm para eles, sendo “coisas” tudo que é possível observar em seu mundo: objetos, demais seres humanos, atividades dos outros e as situações da vida cotidiana. A atribuição desse significado influencia a formação do comportamento, e conhecer esse significado é o que leva à compreensão da ação humana.

2. A interação que o ser humano estabelece com outras pessoas dá origem ao significado, portanto não são construídos individualmente.
3. Os significados são resultados da interpretação estabelecida pelo ser humano ao lidar com as coisas e com as situações nas quais ele se encontra. Desta forma, a interpretação é um processo formativo no qual os significados serão instrumentos que irão guiar e formar a ação.

As ideias centrais do IS são cinco:³⁸

- **O símbolo** é o objeto social que propõe o significado;
- **O self** é resultante do processo de interação social a partir de duas fases “eu” e “mim”. A primeira tem o próprio ser como sujeito e é propulsora da ação. A segunda direciona o ato de forma consciente, considerando as expectativas sociais;
- **A mente** é a interação constante consigo mesmo e sua ação em relação ao *self*. A ação da mente através dos símbolos define de forma consciente as ações que serão tomadas diante das situações;
- **Assumir o papel do outro** é essencial à comunicação e à interação simbólica, pois permite ao indivíduo ações como ensinar, aprender, cooperar, agir moralmente, ter empatia, influenciar, ajudar, proteger-se, controlando e percebendo as consequências de suas ações;
- **A ação humana** é o processo contínuo que resulta dos elementos citados anteriormente. A mente capta os símbolos, direcionando-os ao *self* para definição e execução das ações. É considerada uma condição à comunicação e interação social.

3.6. Aspectos Éticos

Os dados foram coletados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, CAAE 08443018.2.0000.5411, Parecer nº 3.198.892 (Anexo 1). O projeto foi aprovado antes do início da pandemia. Diante do contexto pandêmico, a questão norteadora foi adaptada, porém vale ressaltar que permaneceram inalterados os riscos e benefícios aos participantes, bem como a metodologia proposta.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização dos atores

Dos 19 atores, 17 são do sexo feminino e dois masculinos, com médias respectivas de idade e tempo de trabalho de 42,5 e de 16 anos. Dez participantes trabalhando em instituições públicas, sete em privadas e dois em filantrópicas, provenientes de cidades das regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Sul do Brasil.

4.2. A experiência do enfermeiro do Bloco Cirúrgico no início da pandemia de COVID-19

Por meio da análise dos dados, segundo a TFD, possibilitou-se compreender a interação dos enfermeiros do BC, com o início da pandemia de COVID-19, resultando em relações teóricas entre os componentes (subprocessos, categorias, subcategorias e elementos). Em decorrência, desenvolveu-se o processo explicativo e analítico das ações e interações referentes à experiência, a qual desdobra-se em três subprocessos: Enfermeiro se deparando, inicialmente, com a autoconfiança abalada para o exercício profissional no ambiente cirúrgico não preparado para a pandemia COVID-19 (A); Enfermeiro irrompendo como protagonista da liderança transformacional do processo de trabalho e de sua identidade profissional (B); Enfermeiro ponderando o impacto no processo de trabalho e na sua identidade profissional enquanto perdurar a pandemia (C).

A análise dos dados, segundo a TFD, permite compreender a experiência interacional dos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem) de serviço de urgência e emergência, em face de a pandemia COVID-19 e estabelecer relações teóricas entre os componentes (categorias e subcategorias). Trata-se de processo explicativo e analítico das ações e interações referentes à experiência, o qual desdobra-se em três subprocessos: considerando-se, no início da pandemia, protagonista de um drama (A); buscando estratégias de enfrentamento da pandemia (B); transformando-se enquanto profissional e pessoa (C).

A árvore desses subprocessos encontram no Quadro 4 e a experiência será apresentada na forma de enredo.

Quadro 4 - Subprocessos, categorias, subcategorias e elementos relativos à experiência do enfermeiro do Bloco Cirúrgico no início da pandemia de COVID-19. Brasil, abril a junho de 2020 (continua)

Subprocessos	Categorias	Subcategorias	Elementos
A. Enfermeiro se deparando, inicialmente, com a autoconfiança abalada para o exercício profissional no ambiente cirúrgico não preparado para a pandemia COVID-19.	A1. Passando a lidar com o desconhecido.		
	A2. Percebendo-se, assim como as equipes e os pacientes, expostos à COVID-19 em ambiente cirúrgico.	A2.1. Instituição hospitalar não adotando, a princípio, abordagem sistêmica para gerir a assistência de pacientes COVID-19.	
		A2.2. Esbarrando-se com a insuficiência de recursos informacionais, materiais e de pessoas.	
		A2.3. Defrontando-se com profissionais e pacientes contaminados no Bloco Cirúrgico.	
	A3. Entrando em sofrimento mental como protagonista de um drama.		
B. Enfermeiro irrompendo como protagonista da liderança transformacional do processo de trabalho e de sua identidade profissional.	B1. Incomodando-se como protagonista épico.		
	B2. Remetendo à Ciência.		
	B3. Elaborando e reformulando protocolos para segurança do processo de trabalho.		
	B4. Capacitando a sua equipe do bloco cirúrgico e das demais unidades do hospital.		

Quadro 4 - Subprocessos, categorias, subcategorias e elementos relativos à experiência do enfermeiro do Bloco Cirúrgico no início da pandemia de COVID-19. Brasil, abril a junho de 2020 (Continuação)

Subprocessos	Categorias	Subcategorias	Elementos
C. Enfermeiro ponderando o impacto no processo de trabalho e na sua identidade profissional enquanto perdurar a pandemia.	C1. Apontando fatos negativos.	C1.1. Despertando insatisfação nos membros da equipe de enfermagem remanejados para outros setores, em face da redução de cirurgias eletivas.	
		C1.2. Mediando divergências de protocolos entre equipes médicas.	
	C2. Considerando as contribuições passageiras.	C2.1. Passando a oferecer melhores condições de trabalho para a equipe com a redução das cirurgias eletivas.	C2.1.1. Mantendo somente as cirurgias necessárias.
			C2.1.2. Investindo em capacitações técnicas.
			C2.1.3. Proporcionando apoio psicológico à equipe de enfermagem.
			C2.1.4. Passando a respeitar os direitos do trabalhador em enfermagem.
		C2.2. Observando o aumento da segurança do trabalhador.	C2.2.1. Adequando o acesso quantiquantitativo aos EPIs.
			C2.2.2. Incorporando à prática protocolos com procedimentos com condutas mais seguras.
		C2.3. Oportunizando reformas estruturais e manutenção de equipamentos.	
		C2.4. Preocupando-se com a qualidade futura da assistência.	
		C2.5. Pressupondo depreciação de seu	

		protagonismo com o controle da pandemia.	
--	--	--	--

(conclusão)

Enfermeiro deparando-se, inicialmente, com a autoconfiança abalada para o exercício profissional no ambiente cirúrgico não preparado para a pandemia de COVID-19 (A) retrata o contexto da sobrecarga psíquica do profissional do BC, no início da experiência. Ele se reconhece surpreendido, despreparado e até confuso, assim como percebe os gestores de sua instituição, em cenário dramático para lidar com doença contagiosa, caracterizada como emergente e desconhecida, agora adentrando aos cenários cirúrgicos sob sua responsabilidade. Esse subprocesso reúne três categorias: passando a lidar com o desconhecido (A1); percebendo-se, assim como as equipes e os pacientes, expostos à COVID-19 em ambiente cirúrgico (A2); entrando em sofrimento mental como protagonista de um drama (A3).

Passando a lidar com o desconhecido (A1) é o significado simbólico atribuído ao cuidar da pessoa com COVID-19 que, a princípio, contribui para clima de insegurança organizacional, assim como torna o enfermeiro confuso, ou seja, paralisado em relação a como proceder com pacientes e membros da equipe contaminados, ou potencialmente contaminados no BC, assim como proteger seus familiares. Trata-se de contexto obscuro das melhores evidências científicas para o manejo de doença contagiosa emergente, de alta transmissibilidade e evolução incerta – fato que contribui, de certa maneira, para transformar a situação em nebulosa, despertando a sensação de não governabilidade de algo não tangível, como referem os enfermeiros:

[...] Confesso que o momento vivido por todos está sendo muito difícil, pois não temos certeza de nada, lutamos contra algo desconhecido e que nos tem deixado sem rumo. (P11)

[...] Nos primeiros dias, insegurança dos profissionais em como proceder o atendimento. Quais EPIs utilizar? Como proceder com a montagem e desmontagem da sala, na entrega dos materiais, cuidados com mobiliário, assim como na manipulação do paciente e autocontaminação? (P5)

[...] Estamos com estoque reduzido de EPI e por isso há tensão em todos os profissionais no atendimento com os pacientes, principalmente porque são pacientes de emergência e não sabemos a história pregressa e nem sempre é possível verificar comorbidades [...]. (P2)

[...] Tenho lidado com uma equipe que tem que se adaptar a mudanças diárias, inseguros devido ao novo, devido ao medo de ficar doentes e medo de levar vírus para os familiares [...]. (P12)

[...] Os funcionários têm muito medo, não só os funcionários, eu também, mas eu vejo que tem gente muito mais aflita, porque tem medo de levar para casa, medo de pegar a doença e ficar mal. Então, o psicológico de muita gente está frágil com esta situação. Estão tentando trabalhar normalmente, mas mesmo assim muitos funcionários estão com o psicológico ruim. (P13)

Em meio a esse entorpecimento inicial, o enfermeiro vislumbra e vivencia ameaças à sua segurança, das equipes e dos próprios pacientes, quando *percebendo-se, assim como as equipes e os pacientes, expostos à COVID-19 em ambiente cirúrgico (A2)*. Essas ameaças são sinalizadas por três subcategorias: *instituição hospitalar não adotando, a princípio, abordagem do pensamento sistêmico para gerir a assistência de pacientes com COVID-19 (A2.1)*; *esbarrando-se com a insuficiência de recursos informacionais, materiais e de pessoas (A2.2)*; *defrontando-se com profissionais e pacientes contaminados no bloco cirúrgico (A2.3)*.

A primeira ameaça emerge da reflexão do enfermeiro acerca da *instituição hospitalar não adotando abordagem do pensamento sistêmico para gerir o atendimento de pacientes com COVID-19 (A2.1)*. Ele considera um lapso de gestão para a sua segurança, das equipes e dos pacientes, não incluir todas as unidades hospitalares, pelo menos as com potencialidades de relação direta com o paciente, no planejamento para recursos informacionais, materiais e de pessoas, como ocorreu em unidades isoladas, a exemplo das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), como relatam:

[...] Por exemplo, na UTI onde se tratam os pacientes com diagnóstico de COVID-19 [...], todos os funcionários estão devidamente paramentados, sabem que estão lidando e como lidar com esses pacientes. (P13)

[...] O problema é que transportamos todos os pacientes para o centro cirúrgico sem paramentação, somente com a máscara N95. [...] Para os funcionários do centro cirúrgico não é fornecida toda a paramentação como ocorre na UTI. (P13)

[...] Nós do centro cirúrgico não tivemos “plano B”, porque quando se diz que se terá uma catástrofe, temos que pensar em acidentes com ônibus, trens, queda de aviões, inundações, dentre outras. Com a COVID-19 não ocorreu, esperou-se a doença chegar para ver o que seria feito. [...] Isso é um absurdo, porque a primeira coisa que se precisa é ter condições de trabalho. Por isso, insisto dizer

que, independentemente do tipo de hospital, nenhum se preparou devidamente. (P18)

Em decorrência dessa falta de planejamento, o enfermeiro segue cotidianamente *esbarrando com insuficiência de recursos informacionais, materiais e de pessoas* (A2.2) – fatos que rompem com fundamentos/princípios das precauções padrão e, portanto, de sua segurança, das equipes e dos pacientes. Contudo esses desafios indicam que as ações/decisões precisarão ser construídas em meio ao contexto caótico, como: elaboração de protocolos de segurança; negociação com gestores para previsão e provisão de roupas privativas, EPIs e demais insumos necessários para garantir a segurança, assim como de pessoas preparadas para atender às demandas do BC:

[...] Vivemos um momento de algo novo em nosso meio, mas de desafios diários em procurar realizar um trabalho com segurança para os profissionais e de resolubilidade para os pacientes [...]. (P5)

[...] A negociação que agora precisará ser revista é no sentido de dar condições de trabalho para o enfermeiro [...]. (P18)

Em decorrência, o enfermeiro se percebe *entrando em sofrimento mental como protagonista de um drama* (A3), em face do conflito vivenciado, em momento que simultaneamente interage com narrativas de uma sociedade que, simbolicamente, passa a aclamá-lo como protagonista épico, em razão do papel empreendido de maneira excepcional na linha de frente da batalha pandêmica da COVID-19. Nesse contexto, o enfermeiro visto como protagonista se depara sem a segurança necessária para o exercício de seu papel junto a essa mesma sociedade que o aplaude. Ele se percebe travando essa luta, em meio a cenários com condições de trabalho insuficientes para resguardar sua segurança, assim como de membros de equipes com quem atua e dos pacientes pelos quais se responsabiliza profissionalmente quanto a integridade. Contexto que desperta medo, pela consciência que se tem diante das situações ameaçadoras, gerando inseguranças, incertezas e sensações ou sentimentos de não estar protegido, mesmo no BC, como relatam:

[...] A situação atual de trabalho faz com que nos sintamos pressionados, vivemos incertezas, o que consequentemente influencia no processo de trabalho. (P6)

[...] Percebemos tensão em todos os profissionais, quando o estoque de EPIs se encontra reduzido (P2), [...] até quando se recebe equipamentos respiratórios de outras unidades de internação, onde todos são considerados COVID-19. (P3)

[...] Percebemos sentimentos de incerteza, pois não sabemos se os pacientes ou os próprios profissionais estão contaminados e sem sintomas. (P4)

[...] O que tornou o enfermeiro herói foi a necessidade de ele ter que “se virar nos 30”. Precisou improvisar máscaras para poder trabalhar. A máscara que ele deveria descartar, agora passou a ser lavada em sua casa. Chegamos à situação de improvisarmos protetores faciais com garrafas pets. Veja o que vivemos! Isso, para mim, enquanto enfermeira, foi uma humilhação. [...] Percebi que na precariedade de condições de trabalho, o enfermeiro virou herói de algo que ele nunca foi considerado, tanto no bloco operatório ou em qualquer outra área. Ele é um profissional capacitado para estar ali e não um herói [...]. (P18)

[...] A sensação que temos é que a Enfermagem está ganhando protagonismo midiático, nas matérias que são exibidas nas mídias sociais e televisivas [...]. (P15)

Em face do simbolismo midiático estabelecido, o enfermeiro adentra ao segundo subprocesso de sua experiência, agora denominado *enfermeiro irrompendo como protagonista da liderança transformacional do processo de trabalho e de sua identidade profissional* (B). Este subprocesso reúne um conjunto de ações relativas ao seu papel profissional, compreendido como relevante para o restabelecimento de sua própria segurança, assim como dos membros da equipe e dos pacientes no CC. Trata-se de movimento para um exercício profissional fundamentado em evidências científicas, visando a reorganização de processo de trabalho mais seguro, em rompimento à concepção simbólica de protagonista do tipo épico, arraigada na sociedade que assim o aclama. Este subprocesso abarca três categorias: *incomodando-se como protagonista épico* (B1); *remetendo-se à Ciência* (B2); *elaborando e reformulando protocolos para segurança do processo de trabalho* (B3); *capacitando a sua equipe do bloco cirúrgico e das demais unidades do hospital* (B4).

Incomodando-se como protagonista épico (B1) é o aborrecimento desperto no enfermeiro perante o simbolismo arraigado na sociedade, cujos traços com esse tipo de protagonismo possam não lhes interessar por serem transitórios, ou seja, com visibilidade somente em contextos trágicos, como os da pandemia de COVID-19.

Esses evocam na sociedade um senso de heroísmo, enaltecendo um papel altruísta e não de profissional. Para ele, não basta ser ovacionado pela sociedade como ator abnegado, mas reconhecido intelectual e financeiramente. Essa é a razão de pressupor que essa visibilidade épica do profissional perdure depois da pandemia, pois trata-se de fenômeno secularizado, conforme narram:

[...] Eu digo que é uma tremenda ignorância e quando eu falo em ignorância é no sentido de as pessoas não conhecerem as coisas. E por não conhecerem, acabam “metendo os pés pelas mãos”. No princípio, começaram a aplaudir os enfermeiros, algo que eu, particularmente, achava desnecessário, porque o enfermeiro é um profissional como qualquer outro e ele está ali para cuidar e este cuidado é inerente à profissão que vem desde Florence [...]. (P18)

[...] É ruim para o enfermeiro, porque ele não tem visibilidade na sociedade. Quem sabe agora com a COVID-19 isso muda? [...]. (P16)

[...] Eu acho que o reconhecimento do profissional de saúde, infelizmente, do técnico, do auxiliar, do atendente, da pessoa que faz o Raio-X, enfim, os profissionais com ensino médio de escolaridade no atendimento à saúde são demasiadamente esquecidos, assim como os enfermeiros são [...]. (P19)

[...] Como profissional, num primeiro momento, eu achei que o profissional de enfermagem, assim como os demais da área da saúde saberiam conquistar sua devida visibilidade, porque nesse momento estamos bastante em evidência, sobretudo a Enfermagem e a Medicina. [...] Nesse primeiro momento, de fato há um protagonismo dos profissionais da saúde, mas a impressão que tenho é que com o passar dos dias, do tempo, as questões políticas estão ofuscando e desviando a atenção e o foco para outras coisas [...]. (P15)

[...] Socialmente é isso, a sociedade ainda não sabe o que é um enfermeiro, o que é um técnico e o que é um auxiliar de enfermagem. A maioria das pessoas que nunca passaram por uma internação ou que não tenham alguém da família que se graduou, até mesmo na minha convivência, na família do meu marido sabem que eu fiz faculdade, mas não sabem na prática o que é uma enfermeira e o nosso valor. Na realidade acho que tem colegas nossos que também não sabem. [...] Aqui já tive funcionário que foi agredido no metrô, pediram para que ele saísse, porque a própria população reconheceu nele um contágio [...]. (P17)

Remetendo-se à Ciência (B2) significa o movimento do enfermeiro de rompimento à concepção secularizada de ator épico, abnegado e altruísta, para a de um profissional da saúde com prática baseada em evidências científicas para (re)estabelecer protocolos no bloco cirúrgico. As primeiras fontes às quais recorrem são aquelas disponibilizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), Agência

Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e principais entidades de classe na especialidade Centro Cirúrgico, como relatam:

[...] Rapidamente nos reunimos com o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e com base nas resoluções da OMS, das principais entidades de classe mundiais e artigos com metodologias confiáveis, foi assim que começamos a elaborar e reestruturar protocolos do bloco cirúrgico [...]. (P14)

[...] Eu comecei a seguir as primeiras recomendações, as quais foram publicadas pela SOBECC, em seguida vieram também as da ANVISA, que nortearam as diretrizes da SOBECC. Acho que a SOBECC acaba sendo mais específica em detalhes, mas também utilizamos as da ANVISA como respaldo na elaboração e reelaboração de protocolos [...]. (P15)

Instrumentalizado pela ciência, o enfermeiro concretiza sua liderança *elaborando e reformulando protocolos para segurança do processo de trabalho* (B3). Neste momento, ele deduz que os protocolos de biossegurança já existentes e recomendados pela literatura se adequam perfeitamente às necessidades, fundamentadas em procedimento para contenção da propagação viral no ambiente, se implementados com EPIs quantiquantitativamente disponíveis e se houver adesão dos membros das equipes, conforme relatam:

[...] Com o movimento de (re)estruturação dos protocolos, percebemos que muitas das ações que estávamos adotando já eram implementadas no hospital e julgávamos suficientes para lidar com esse vírus. Descobrimos que não precisaríamos reinventar muitas coisas, mas seria uma oportunidade para se manter e seguir os mesmos protocolos na vigência e após a pandemia. Na verdade, o que estava acontecendo é que ainda não havíamos aderido totalmente ao uso dos EPIs. [...] Passamos a usar 100% dos nossos EPIs durante as cirurgias, como se todo paciente tivesse COVID-19. [...] Elaborei o fluxo do paciente para tornar o ambiente de centro cirúrgico seguro, por conta das intubações, da aerolização e das cirurgias laparoscópicas [...]. (P14)

[...] Para os pacientes que entram no centro cirúrgico com suspeita de COVID-19 ou que são comunicantes, usamos toda a paramentação: avental impermeável, protetor facial, máscara N95, [...]. Tudo conforme preconizado e com as devidas orientações para a retirada desses EPIs [...]. (P10)

[...] A proteção que nós temos hoje é para os momentos mais críticos, que são as relativas a intubação e a extubação do paciente. Nesses momentos é que o anestesista usa o capote impermeável, a máscara N95 e o protetor facial. O circulante no interior da sala cirúrgica também se paramenta desta forma. Na hora da intubação restringe-se à mínima circulação de pessoas na sala. Após a intubação eles se desparamentam e retornam à sala normalmente e tornam a se paramentar no momento da extubação [...]. Hoje em dia, passamos a colocar

máscara cirúrgica em todos os pacientes que adentram ao centro cirúrgico, conduta adotada depois de um paciente assintomático ter sido operado, permanecendo na recuperação pós-anestésica junto com outros pacientes. Esse paciente foi transferido para a unidade de internação e a enfermeira de lá veio testar positivo para COVID-19. Desta maneira, todos que entraram em contato, neste dia, ficaram assustados e reclamaram bastante. A partir daí é que adotamos o protocolo [...]. (P13)

De posse dos protocolos, o enfermeiro passa para a etapa seguinte, *capacitando a sua equipe do bloco cirúrgico e das demais unidades do hospital (B4)*, como um movimento de corresponsabilização dos membros para a segurança do cuidado.

[...] Reforçamos a importância do descarte correto dos materiais contaminados [...]. Os residentes da enfermagem perioperatória foram designados a participarem dos processos de capacitações sobre paramentação e desparamentação, conduzidas em outras áreas [...]. (P5)

[...] Como o centro cirúrgico foi a unidade que melhor se estruturou e mais rapidamente, então três enfermeiros do centro cirúrgico foram ajudar o serviço de ensino e qualidade a oferecer os treinamentos para os funcionários do hospital. Treinamentos principalmente sobre questões de vias aéreas: por exemplo no auxílio às abordagens de vias aéreas difíceis e manejo de vias aéreas e paramentação e desparamentação [...]. (P15)

[...] Elaboramos vídeo com roteiro de como montar e desmontar a sala cirúrgica para o paciente suspeito ou confirmado para COVID-19 e a questão da paramentação. Então, foi muito bacana, eu dei a ideia de fazermos um vídeo e a nossa equipe se reuniu e os próprios membros foram os atores, ou sejam, executaram as técnicas e trouxeram para mim um trabalho maravilhoso. (P14)

[...] Os funcionários estão sendo treinados para atender pacientes positivos para COVID-19, como procedimentos que geram aerossóis, como as broncoscopias e as traqueostomias, agora têm que se usar máscara N-95, diferentemente do que fazíamos antes [...]. (P10)

[...] Todos os funcionários receberam treinamento de como lidar com a COVID-19 e sobre paramentação. Os enfermeiros e gestores estão totalmente à disposição para tirar dúvidas desses funcionários [...]. (P13)

[...] Os treinamentos, na realidade, são praticamente diários, porque a cada hora se tem uma novidade. Outro dia falei para eles: desculpem-me, mas a cada hora se tem uma coisa nova e nós procuramos passar para vocês irem se atualizando [...]. (P19)

Após passar por fase de reorganização do processo de trabalho imposta pela pandemia, o enfermeiro empreende o terceiro subprocesso, agora subjugado pelo

sentimento de superação de subprocessos anteriores: *o Enfermeiro ponderando o impacto no processo de trabalho e na sua identidade profissional enquanto perdurar a pandemia* (C). Trata-se de movimento de apreensão, ou seja, de grande reflexão, com a clareza de que a pandemia trouxe benefícios ao seu processo de trabalho, contudo com incertezas que se perdurarão. Desse subprocesso de reflexão ecoam os fatos positivos e negativos da experiência com a pandemia, os quais estão reunidos em duas categorias: *apontando fatos negativos* (C1) e *considerando as contribuições passageiras* (C2).

Ele deduz dessa reflexão que a pandemia promoveu mais fatores positivos no processo de trabalho da enfermagem, quando faz um balanço com os negativos. *Apontando fatos negativos* (C1) congrega duas subcategorias: *despertando insatisfação nos membros da equipe de enfermagem remanejados para outros setores, em face da redução de cirurgias eletivas* (C1.1) e *mediando divergências de protocolos entre equipes médicas* (C1.2), conforme contam:

[...] É complicado para o servidor que é remanejado, pois fica receoso ao pensar que terá de ajudar em setores com rotinas diferentes da sua, assim como por se sentir protegido da COVID-19 no centro cirúrgico [...]. Sabemos da importância de cancelar as cirurgias eletivas, mas todos ficamos apreensivos [...]. (P1)

[...] Alguns funcionários também ficam apreensivos, pois sentem medo de remanejamento para outros setores com a rotina diminuída no centro cirúrgico [...]. (P10)

[...] Hoje em dia, temos no máximo 10 cirurgias por dia, em um plantão de 12 horas. Temos um quadro de funcionários para trabalhar em um centro cirúrgico que funciona *full time*. Agora os funcionários ficam mais ociosos e com medo de ir para outras unidades [...]. (P13)

[...] Enquanto equipe temos nos mostrado unidos e coesos, porém temos necessidade de entendimento, como, por exemplo, a solicitação de endoscopia sem critérios de urgência. Então, neste caso, acabam acontecendo alguns atritos, pois sabemos que é um procedimento gerador de aerossol [...]. (P2)

[...] Cada especialidade começou a querer lançar sua própria diretriz, as coisas começaram a ficar confusas, cada médico que chegava aqui queria fazer de um jeito e isso foi bem complicado [...]. (P14)

Em contrapartida, o enfermeiro acaba *considerando as contribuições passageiras* (C2), agregadas em quatro subcategorias: *passando a oferecer melhores condições de trabalho para a equipe com a redução das cirurgias eletivas*

(C2.1); *observando o aumento da segurança do trabalhador* (C2.2); *oportunizando reformas estruturais no centro cirúrgico* (C2.3); *preocupando-se com o futuro da assistência* (C2.4); *pressupondo depreciação de seu protagonismo com controle da pandemia* (C2.5).

Passando a oferecer melhores condições de trabalho para a equipe com a redução das cirurgias eletivas (C2.1) decorre da redução de sobrecarga de trabalho, a qual se desdobra em três elementos: *mantendo somente as cirurgias necessárias* (C2.1.1); *investindo em capacitações técnicas* (C2.1.2); *proporcionando apoio psicológico à equipe de enfermagem* (C2.1.3); *passando a respeitar os direitos do trabalhador em enfermagem* (C2.1.4) acerca das folgas, do uso de medidas protetivas ao grupo de risco e do respeito ao livre-arbítrio do funcionário em assumir ou não o cuidado de pessoa com COVID-19.

[...] Manteve-se algumas cirurgias de pacientes oncológicos e também de alguns pacientes que estavam aguardando há bastante tempo no hospital, então ainda ocorreram algumas cirurgias eletivas, mas com o passar das semanas, elas diminuíram bastante [...]. (P1)

[...] Nós temos evitado suspender cirurgias de pacientes que já estão internados, pois a demanda reprimida é grande de pessoas aguardando cirurgias. Além disso, não foram suspensas totalmente as cirurgias consideradas essenciais (urgência e emergências), em razão de estarmos na região Norte do Brasil, com grande espaço territorial, requerendo grandes deslocamentos dos pacientes. Dependendo do tipo de transporte e local de origem, de seis horas e, se for de barco, em torno de 48 horas [...]. (P8)

[...] Os casos cirúrgicos que não se podem esperar, como: biópsias, câncer, fraturas, as equipes conversam com o centro cirúrgico e são realizadas dentro de uma grade reduzida. [...] As equipes enviam para o centro cirúrgico as requisições com procedimentos a serem realizados, e a diretoria do centro cirúrgico organiza uma agenda cirúrgica reduzida [...]. (P10)

[...] Trabalhamos juntamente com a psicologia a parte de resiliência ao momento. Eu como profissional tento manter-me calma, tranquila, cuidar da minha mente, pois ela é quem vai me sustentar [...]. (P7)

[...] Nós já vínhamos trabalhando com uma equipe reduzida e sobrecarregada para a quantidade de trabalho que temos, então eles possuem banco de horas gigantescos, alguns com mais de 200 horas. Desta forma, estão descontando essas horas e não precisaram ser remanejados, contudo, não nos faltam funcionários, podemos fazer hora de almoço com tranquilidade [...]. (P10)

[...] Os funcionários com mais de 60 anos foram afastados, eles receberam férias mesmo fora do período aquisitivo para que não ficassem expostos ao risco [...].

Assim como tive o cuidado de manter funcionários do grupo de risco no Centro Cirúrgico, para que não viessem a lidar diretamente com pacientes com COVID-19 [...]. (P13)

[...] Como enfermeira, eu não obrigo circulantes ou qualquer integrante do grupo de risco a assumirem salas operatórias com paciente com COVID-19, eu respeito a decisão individual [...]. (P13)

Observando o aumento da segurança do trabalhador (C2.2) é sinalizado quando o enfermeiro se vê adequando o acesso quantiquantitativo aos EPIs (C2.2.1) por meio do uso racional de EPIs, assim como acesso garantido a todos os funcionários em procedimentos de risco a EPIs, e quando percebe as equipes incorporando à prática protocolos com procedimentos com condutas mais seguras (C2.2.2), como para intubação e extubação o uso de máscaras pelos pacientes no centro cirúrgico, uso de todos os EPIs nas cirurgias, sala operatória exclusiva para atendimento à COVID-19 e testagem para COVID-19 nos funcionários do centro cirúrgico.

[...] Houve aumento do acesso de equipamentos especiais em turno integral da equipe, possibilitando o uso da máscara e demais EPIs, mesmo que sem a presença de pacientes, com a finalidade de se proteger e proteger o colega [...]. (P5)

[...] Temos todos os EPIs disponíveis, não estão em falta, o que está acontecendo agora é um controle maior, aliás antes não havia controle nenhum, pedia-se uma máscara N-95 sem justificativas de onde seria usada, hoje só é liberada mediante as condições necessárias [...]. (P10)

[...] Agora, passamos a usar a paramentação completa preconizada para pacientes diagnosticados com COVID-19, para suspeitos para a doença que são admitidos como urgência ou mesmo comunicantes que sejam suspeitas de COVID-19 ou comunicantes de COVID-19 agora [...]. Percebeu-se também que os funcionários passaram a seguir rigorosamente os critérios para a retirada dos paramentos, para não se contaminarem [...]. (P10)

[...] Passamos a considerar todos os pacientes como assintomáticos, quanto ao uso de EPIs [...]. (P15)

[...] Nós temos três salas com pressão negativa e elas foram destinadas a pacientes suspeitos [...]. (P14)

[...] Todos os funcionários do centro cirúrgico foram testados e duas enfermeiras apresentaram-se como assintomáticas. Então, o uso dos EPIs é, também, para não propagar a doença entre profissionais, porque percebemos o número elevado de profissionais positivos e sem sintomas trabalhando [...]. (P16)

Outra contribuição passageira é que a redução de cirurgias eletivas acabou *oportunizando reformas estruturais e manutenção de equipamentos* (C2.3), como reporta o ator:

[...] Aproveitamos para contatar a equipe de manutenção e de engenharia para que fossem realizadas as manutenções preventivas, porque a gente sabe que quando está acontecendo a programação fica mais difícil. [...] Então, neste momento, está sendo oportunizado desde pintura, parte elétrica, reparo no foco cirúrgico, ou seja, está acontecendo esta questão de melhoria de estrutura do bloco [...]. (P1)

Contudo o enfermeiro finaliza a sua experiência *preocupando-se com a qualidade futura da assistência* (C2.4.) e *pressupondo depreciação de seu protagonismo com o controle da pandemia* (C2.4).

[...] Quando tudo isso passar, as perdas serão imensuráveis para o paciente e para a instituição. Nosso foco é o paciente, estamos pensando agora sobre questões futuras, em como otimizar o trabalho, como priorizar os pacientes considerando seus riscos e fazer a engrenagem acontecer novamente [...]. (P1)

[...] Eu ainda não tenho perspectivas tão otimistas, porque o número de profissionais sempre foi reduzido, nós ainda temos uma equipe técnica médica que é bastante relutante e que não nos ouve muito e são relutantes em questões de controle de infecção [...]. (P2)

[...] O que teremos que adotar para continuar o enfrentamento? Vejo que o problema maior ainda virá, porque quando voltarmos em plena atividade, daí os problemas vão surgir. Precisaremos andar a passos largos e rápidos, porque apesar da experiência muito ruim que estamos tendo com a pandemia, precisamos olhar para ela com bons olhos para pontuar o que vamos fazer para melhorar e crescer [...], porque hoje muitos profissionais bons deixarão a instituição e talvez até de forma definitiva, assim que essa pandemia passar [...]. A negociação que agora precisará ser revista é no sentido de dar condições de trabalho para o enfermeiro. Nós precisamos de uma enfermagem positiva, moderna, melhorada e segura com profissionais capacitados e que não necessitem de aplausos. Não quero ser reconhecida por ser heroína, quero ser reconhecida pelo trabalho que desenvolvo, e a sociedade precisa enxergar isso [...]. (P18)

[...] Ainda duvido que venha acontecer o reconhecimento intelectual e financeiro depois dessa pandemia, mas quem sabe? [...] (P16)

[...] Estamos vivenciando sim um reconhecimento maior por parte da sociedade acerca do enfermeiro, mas não será perene, isso será esquecido [...]. (P14)

[...] Acho infelizmente que a enfermagem saberá se organizar, talvez não nesse momento, porque os profissionais estão muito envolvidos com a questão

assistencial e das melhores práticas, também estão muito cansados e exaustos, mentalmente estressados e seria mais uma demanda para um momento tão difícil [...]. A questão socioeconômica é bastante importante neste momento, pois sabemos que as consequências ainda estão por vir e vão afetar famílias, os trabalhadores. Muitos dos nossos colegas profissionais de saúde, não só da enfermagem, mas diversos profissionais tiveram seus salários reduzidos, então embora os profissionais estejam trabalhando na linha de frente e, portanto, sendo mais exigidos tanto em termos mentais quanto físicos, a contrapartida na sociedade que vivemos, que seria a remuneração, esta foi reduzida [...]. (P15)

[...] Politicamente vejo uma distância muito grande, falo por mim que, com quase 50 anos e na perspectiva de me aposentar e já prestes a não aguentar mais o ritmo de hospital, que é bem cansativo, cada vez com menos gente e eu tendo que trabalhar mais, falta ação dos nossos Conselhos, e os políticos eleitos em nosso nome, quando chegam no poder, não nos representam [...]. Tem muitos hospitais já cortando funcionários e salários, fazendo acordo, porque como teve uma queda nas cirurgias, e o centro cirúrgico é um local de relevância financeira dentro do hospital, então não creio que teremos reconhecimento financeiro [...]. (P17)

[...] A pandemia trouxe visibilidade ao enfermeiro, mas eu acredito que essa visibilidade será passageira [...]. Então, eu não sei se a nossa classe saberá tirar proveito disso, porque a gente tem que pensar o seguinte, infelizmente estamos em uma crise, aqui os hospitais diminuíram salários e até carga horária, acho que não teremos condições para nos organizar e reivindicar pelo que lutamos há tanto tempo, um piso salarial e uma jornada de horas de trabalho [...]. (P19)

A experiência do enfermeiro em enfrentar a COVID-19 adentrando o ambiente cirúrgico inicia com sua fragilidade, indo à superação transitória de um protagonismo épico.

4.3. O modelo teórico

Mediante o realinhamento dos componentes nos subprocessos, descobriu-se uma categoria designada central que os abarcou, constituindo, então, o processo da experiência (modelo teórico), denominado: “Da fragilidade à superação transitória do protagonismo épico do enfermeiro no bloco cirúrgico, durante a pandemia de COVID-19: a liderança transformacional como componente interveniente para a identidade profissional” (Figura 1).

A experiência se desencadeia com o enfermeiro se deparando, inicialmente, com a autoconfiança abalada para o exercício profissional no ambiente cirúrgico não preparado para a pandemia de COVID-19. Este momento é marcado pela condição

que, passando a lidar com o desconhecido, significou um momento de intensas transformações no modelo assistencial à saúde, devido à ameaça representada pela presença do *Sars-Cov-2*, permeando as interações no trabalho, o que os leva neste momento a se perceberem, assim como as equipes e os pacientes, expostos à COVID-19 em ambiente cirúrgico. O abalo de sua autoconfiança, bem como a percepção de sua exposição, advém do reconhecimento de que a *instituição hospitalar não estaria adotando, a princípio, abordagem sistêmica para gerir a assistência*, portanto o enfermeiro do BC se vê cotidianamente *esbarrando com a insuficiência de recursos informacionais, materiais e de pessoas*, e com a realidade de estar *se defrontando com profissionais e pacientes contaminados no Bloco Cirúrgico*. Tal realidade reflete o enfermeiro entrando em sofrimento mental como protagonista de um drama, que o torna frágil neste primeiro momento de sua experiência.

Da fragilidade, o movimento do enfermeiro irrompendo como protagonista da liderança transformacional do processo de trabalho e de sua identidade profissional, ele se vê incomodado como protagonista épico, pois reconhece que não faz jus à alcunha de herói, mas sim de profissional capacitado, portanto, remetendo à ciência em busca das melhores evidências científicas disponíveis, ele pode agir elaborando e reformulando protocolos para segurança do processo de trabalho e, uma vez de posse destes protocolos, prossegue capacitando a sua equipe do bloco cirúrgico e das demais unidades do hospital, pois faz parte de um complexo assistencial que necessita de um alinhamento de ações preventivas e protetivas. Este subprocesso da experiência tem como condição interveniente a liderança inerente ao processo formativo do enfermeiro, algo que se contrapõe ao herói épico de um drama, no qual ele não se reconhece, porém que a sociedade aclama.

A experiência inicial de enfrentamento à pandemia de COVID-19 prossegue com o enfermeiro ponderando o impacto no processo de trabalho e na sua identidade profissional enquanto perdurar a pandemia, significando o momento no desenrolar da experiência no qual o enfermeiro supera sua fragilidade, liderando os processos de trabalho com a finalidade de uma reorganização requerida pelo momento pandêmico. De sua reflexão sobre este gerenciamento organizacional emergem duas categorias, primeiramente apontando fatos negativos. Os fatos

negativos apontados pelo enfermeiro foram derivados da implantação emergencial de nova atuação nos processos de trabalho, *despertando insatisfação nos membros da equipe de enfermagem remanejados para outros setores, em face da redução de cirurgias eletivas* – insatisfações oriundas do medo e insegurança de sua equipe frente ao desconhecido. Outro fato negativo envolveu o enfermeiro *mediando divergências de protocolos entre equipes médicas*, uma atribuição desgastante para um momento em que as ações precisam ser mantidas em uniformidade para um resultado eficiente e eficaz na segurança dos processos de trabalho.

A segunda categoria que emerge nesta fase acontece com o enfermeiro considerando as contribuições passageiras, quando fica evidente a sobrecarga de trabalho que já era desempenhada no BC e que, com a redução das cirurgias eletivas, possibilitou contemplar processos de trabalho condizentes com as reais capacidades instaladas. *Passando a oferecer melhores condições de trabalho para a equipe com a redução das cirurgias eletivas* e mantendo somente as cirurgias necessárias, viabilizou-se investir em capacitações técnicas e proporcionar apoio psicológico à equipe de enfermagem, bem como o respeito aos direitos do trabalhador com o cumprimento de medidas protetivas e respeito ao livre-arbítrio do funcionário em assumir ou não o cuidado da pessoa com COVID-19.

Decorrente das ações gerenciais do enfermeiro, houve adequação do acesso quantiquantitativo aos EPIS, maior adesão da equipe às práticas seguras, especialmente nos momentos mais críticos da assistência, onde as chances de aerolização e disseminação de vírus são maiores, de forma que, nessa etapa da experiência, o enfermeiro está observando o aumento da segurança do trabalhador.

Pressupondo depreciação de seu protagonismo com o controle da pandemia, o enfermeiro finaliza a experiência. Após superar o protagonismo épico com protagonismo profissional fundamentado em evidências científicas, suas expressões desvelam descrença que esse protagonismo, para o qual ele é capacitado desde sua formação, possa prevalecer sobre a aclamação épica que historicamente é atribuída ao enfermeiro.

Figura 1 - Diagrama – Categoria Central (Modelo Teórico) – Da fragilidade à superação transitória do protagonismo épico do enfermeiro no centro cirúrgico, durante a pandemia de COVID-19: a liderança transformacional como componente interveniente para a identidade profissional.



5. DISCUSSÃO

Analisando o movimento da vivência de enfermeiros do bloco cirúrgico no início da pandemia de COVID-19, por meio do modelo teórico, verificou-se o profissional utilizando ações relativas à liderança transformacional para enfrentamento de sofrimento mental como protagonista simbólico de drama épico. Neste contexto, não só por almejar o reordenamento de trabalho mais seguro nos âmbitos informacional, de recursos humanos e materiais, mas também engendrar identidade profissional, em face do incômodo de se perceber aclamado pela mídia/sociedade como um protagonista épico, e não como profissional na linha de frente da batalha pandêmica, com necessidades de melhores condições trabalhistas.

Outras declarações significantes fomentadas pela mídia, como o “cuidar de pessoa com COVID-19” que se ligou ao significado simbólico de “lidar com o desconhecido”, contribuiu de certa maneira para exacerbar a sensação de não governabilidade por instituições e profissionais da saúde, no início da pandemia de COVID-19. A mídia anunciava enfaticamente a obscuridade das melhores evidências científicas para o manejo de doença contagiosa emergente, de alta transmissibilidade e evolução incerta. A contento, como algo não tangível pelas instituições de saúde e verbalizada pelo enfermeiro.

Essa concepção é percebida pelo enfermeiro quando concretiza sua liderança, na elaboração e reformulação de protocolos para segurança do processo de trabalho, deduzindo que os protocolos de biossegurança já existentes e recomendados pela literatura se adequam perfeitamente às necessidades, fundamentadas em procedimento para contenção da propagação viral no ambiente, se implementados com EPIs quantitativamente disponíveis e se houver adesão dos membros das equipes.

Para o Interacionismo Simbólico, o símbolo é o conceito central e são desenvolvidos socialmente, por meio da interação; eles não são concordados universalmente dentro dos grupos humanos, mas são arbitrariamente estabelecidos e mudados pela interação dos seus atores; existe uma linguagem de sons e gestos que é significativa e inclui regras permitindo que se combinem os sons ou gestos em

declarações significantes. Para ser simbólico, o organismo cria ativamente e manipula símbolos na interação com os outros.⁴⁰

Nesta experiência, emergiu a manipulação simbólica midiática, atrelando à Enfermagem o papel de protagonista épico, assim como o fato de ter atrelado o desconhecido à COVID-19, como influência negativa para a profissão, gerando certo entorpecimento/atraso nas instituições e profissionais da saúde na elaboração e reformulação de protocolos e, conseqüentemente, treinamento de equipes.

A ação humana e a interação com o *self* e com os outros leva o indivíduo a tomar decisões que direcionam o curso da ação. Desta forma, as ações são causadas por um processo ativo de tomada de decisão pelo sujeito, que envolve a definição da situação e esta, por sua vez, envolve interação consigo mesmo e com os outros. Dessa forma, é a definição da situação feita pelo ator que é central para como a ação ocorrerá.³⁸

A mente é a ação que usa símbolos e dirige esses símbolos em relação ao *self*. É o indivíduo tentando fazer algo, agir em seu mundo. É a comunicação ativa com o *self*, por meio da manipulação de símbolos. O mundo é transformado em um mundo de definições por causa da mente; a ação é resposta não a objetos, mas à interpretação ativa do indivíduo a esses objetos.³⁸

Após a COVID-19 ser declarada pela OMS como pandemia, em 11 de março de 2020, a população mundial se tornou vulnerável à infecção por um vírus de alta transmissibilidade, sem cura farmacológica conhecida, que em sua evolução pode conduzir à Síndrome Respiratória Aguda Grave e óbito.^{26,30} Com o objetivo de evitar colapso dos sistemas de saúde, diversas medidas foram tomadas pelos órgãos governamentais do Brasil e do mundo, visando conter a transmissão do vírus e adequar os serviços de saúde para atendimento à população acometida pela COVID-19.⁴⁵ Nesse sentido, podemos afirmar que a pandemia afetou drasticamente as rotinas de diferentes áreas da saúde, e o risco aos profissionais de saúde de contrair a doença é maior em relação à população em geral com condições de manter o distanciamento social.

Neste cenário, inicia-se a experiência em estudo com o enfermeiro do BC se fragilizando diante do desconhecido e deparando inicialmente com a autoconfiança abalada para o exercício profissional no ambiente cirúrgico, não preparado para a

pandemia de COVID-19. Isto envolve o enfermeiro lidar com o desconhecido ao mesmo tempo que observa a instituição hospitalar não adotando abordagem sistêmica para gerir a assistência.

Estudo que corrobora com o contexto inicial da experiência evidencia insuficiência quanto ao conhecimento referente à doença e capacitação profissional, mostrando ainda falta de EPI, de protocolos e diretrizes claras, falta de apoio emocional e desorganização. Estas variáveis reforçam a sensação de desproteção e vulnerabilidade dos profissionais de enfermagem, pois estes, na contramão dos demais segmentos profissionais, posicionam-se na linha de frente de combate à pandemia de COVID-19.⁴⁶

O ambiente cirúrgico é singular no que diz respeito a normas, padrões e rotinas de trabalho, possui fatores que interferem diretamente na qualidade de vida e riscos ocupacionais a que estão expostos diariamente os profissionais que atuam nessa unidade, quais sejam, riscos biológicos, químicos, físicos, ergonômicos e psicossociais.⁴⁷ Entende-se que a assepsia irrepreensível da unidade simbolicamente confere ao profissional que ali atua a sensação de proteção contra as enfermidades, cujos tratamentos não incluem indicação cirúrgica; todavia, a pandemia de COVID-19 extermína essa sensação, adentrando a esse ambiente por meio de profissionais e pacientes muitas vezes contaminados e assintomáticos.

Portanto, percebendo-se, assim como as equipes e os pacientes, expostos à COVID-19 em ambiente cirúrgico, o enfermeiro segue a experiência esbarrando em insuficiência de recursos informacionais, materiais e de pessoas.

Estudos evidenciam que as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem no contexto pandêmico foram um paradoxo que contrariou as recomendações da OMS, no sentido de promover ambientes de trabalho saudáveis, constituindo, portanto, ameaça à saúde, segurança e bem-estar desses profissionais. Estes estudos apontam que a pandemia de COVID-19 expôs a vulnerabilidade que já existia entre os profissionais de enfermagem, tais como salários baixos, subdimensionamento da equipe de enfermagem, cargas horárias exorbitantes e condições de trabalho insatisfatórias, com escassez de equipamentos de proteção individual, e que, em conjunto, elevam a susceptibilidade à contaminação pela COVID-19 e ao adoecimento mental.⁴⁸⁻⁵¹

A insuficiência de recursos, somada ao enfermeiro se defrontando com profissionais e pacientes contaminados no BC, despertam sentimentos negativos, de tal forma que o vemos entrando em sofrimento mental como protagonista de um drama.^{49,51}

A palavra drama é utilizada para designar uma situação comovente, em geral algo que envolve angústia ou sofrimento. Os gregos clássicos acreditavam nos deuses do Olimpo e eles eram a divisão entre comédia e tragédia. As comédias representavam seres humanos comuns e seus vícios. Já as tragédias representavam heróis, deuses e semideuses em suas aventuras. A comédia provoca o riso; a tragédia busca a comoção da plateia.⁵² Em analogia, evocando a semântica da palavra drama ao contexto pandêmico, o profissional de enfermagem é aclamado pela sociedade como protagonista de um drama épico atuando no papel de herói, com o qual a plateia/sociedade se comove e o aplaude.

Essa figura heroica foi muito evidenciada pelas mídias televisivas e sociais que veicularam imagens de enfermeiros vestidos de super-heróis e conteúdos remetendo à abdição e religiosidade.^{53,54} Essa expressão popular não é resultado exclusivo da maior pandemia deste século, mas sim da estereotipagem histórica da enfermeira como: enfermeira-mãe, enfermeira-anjo, enfermeira-religiosa, sempre subserviente e silenciosa – atributos de um herói que desponta de forma abnegada nos momentos trágicos.⁵³ A esse respeito, estudo que discorre sobre as condições de trabalho enfrentadas pelo enfermeiro em tempos de pandemia relata evidências da exaustão dos enfermeiros, que clamam por reconhecimento e visibilidade social e profissional.⁵⁵

Embora compreensível a necessidade da população em eleger um herói, haja vista o momento de crise sanitária análogo a uma guerra, estudos demonstram que a realidade revelada dos bastidores desse drama é a de um enfermeiro em plena condição humana, sobrecarregado, esgotado, ansioso, estressado, preocupado e com medo.^{50,56–58} Estudo que analisou a propagação midiática personificando o enfermeiro como herói considera que essa referência precisa ser problematizada, contextualizada e criticada, a partir de referenciais teóricos, a fim de desvelar as questões estruturais e interseccionais da situação brasileira, destacando ainda que o

mito do herói reativa antigos mitos e distancia os profissionais de uma formação política efetiva que seja capaz de duvidar e questionar.⁵⁹

A condição interveniente que conduz o paradigma dentro da experiência é compreendida ao observarmos o enfermeiro irrompendo como protagonista da liderança transformacional para a reorganização do processo de trabalho. Ao se incomodar como protagonista épico; assim, desvencilha-se da imagem heroica assumindo o protagonismo da liderança imposta pelo cenário desafiador da pandemia COVID19, que trouxe consigo uma urgente demanda por líderes em enfermagem que advogassem por suas equipes, assegurando uma comunicação contínua, com diálogo de via dupla e a manutenção da resiliência diante da morte.

Esse estilo de liderança concentra-se em inspirar e motivar os membros da equipe a alcançar objetivos comuns, desenvolvendo habilidades e competências. Tais objetivos são alcançados quando a liderança transformacional é exercida de acordo com as dimensões de seus atributos, a saber: influência idealizada, atributos e comportamentos: o líder é modelo/exemplo para os liderados, pois tem alto padrão de conduta e é capaz de articular a visão da organização e o esforço para ganhar a confiança dos liderados; motivação inspiracional: reflete a clara articulação que o líder tem para compelir os liderados por meio de palavras; símbolos e imagens, o que inspira os liderados a agirem; estímulo intelectual: denota os aspectos nos quais um líder requer a perspectiva e opinião dos liderados para resolução de problemas; líderes engajam os liderados de forma individualizada: consideram as diferenças e necessidades individuais dos liderados e buscam ser mentores destes em um esforço para ajudá-los alcançar seu completo potencial.⁶⁰

Os atributos inerentes à liderança transformacional relatados acima, coadunam com a resignificação do protagonista herói-épico pelos enfermeiros, que promovem a transformação, agora como protagonistas por meio da liderança inerente à sua formação profissional. Tal protagonismo se dá com o enfermeiro coordenando ações de reorganização, elaborando e reformulando protocolos para segurança do processo de trabalho e capacitando a sua equipe do bloco cirúrgico e das demais unidades do hospital.

Estudos mostram que este modelo de liderança está relacionado positivamente com o empoderamento do enfermeiro em seu local de trabalho, ao

aumento da satisfação profissional, bem como a diminuição de eventos adversos aos pacientes.⁶¹⁻⁶³ Ainda de acordo com estudo realizado entre enfermeiros sauditas, a prática da liderança transformacional se correlaciona positivamente com a resiliência organizacional e envolvimento com o trabalho por parte dos liderados.⁶¹ Outro estudo realizado na Austrália, que comparou estilos de liderança, aponta que a liderança transformacional mostra que características como a consideração individualizada e estímulo intelectual auxiliam as instituições a alcançar melhores resultados de atendimento, mantendo a sustentabilidade da força de trabalho de enfermagem.⁶⁴

Na perspectiva dos atores desta pesquisa, o movimento engendrado pelos enfermeiros, significa muito além da reorganização do processo de trabalho, mas também como perspectiva experiencial de superar transitoriamente o protagonismo épico da profissão, emerso socialmente durante a pandemia COVID-19 e rememorado como fenômeno secularizado historicamente nas figuras heroicas da Enfermagem, desde Florence Nightingale. A contento, agora, alicerçado nos pressupostos da liderança transformacional, utiliza-a como possibilidade oportuna de aproximá-lo de sua verdadeira identidade profissional, pela qual acredita ser por meio do exercício profissional da liderança da equipe de enfermagem. No modelo teórico, e especificamente, no subprocesso “B”, intitulado “enfermeiro irrompendo como protagonista da liderança gerencial para a reorganização do processo de trabalho”, corrobora os pressupostos do Interacionismo Simbólico, quando desdobra indutivamente do encadeamento de três categorias: incomodando-se como protagonista épico (B1); remetendo à Ciência (B2); (re)elaborando protocolos para segurança do processo de trabalho (B3); capacitando a sua equipe, estendendo às do hospital (B4).

Nesse sentido, os atores deste estudo empenharam-se em um movimento caracterizado pela busca de evidências para as melhores práticas. Remetendo à ciência, apoderaram-se de conhecimentos disponíveis até então e, por meio deles, empoderaram-se para a condução do processo de trabalho seguro. Embora conhecimentos aprofundados acerca da doença COVID-19 ainda fossem escassos, a comunidade científica em enfermagem elaborou diretrizes específicas para a

condução da reorganização dos processos de trabalho no BC, privilegiando a segurança das equipes que ali atuavam e dos pacientes.^{65,66}

No Brasil, a maior sociedade que congrega enfermeiros do BC, a SOBECC, em 2020, pronuncia-se com ênfase na importância da liderança do enfermeiro no atual contexto, destacando a necessidade de redesenhar os modelos de assistência e capacitar a equipe em tempo real.⁶⁷

A emergência do terceiro subprocesso da experiência acontece com o enfermeiro ponderando o impacto no processo de trabalho e na sua identidade profissional enquanto perdurar a pandemia. Em relação aos processos de trabalho, muitas adaptações foram requeridas de forma imediata perante o contexto emergencial, no sentido tanto de garantir a segurança dos profissionais, quanto de garantir assistência de qualidade aos pacientes para tais adaptações. Desta forma, as ponderações do enfermeiro buscam a equalização entre os impactos dessa adaptação.

Apontando fatos negativos, o enfermeiro reconhece insatisfação nos membros da equipe de enfermagem remanejados para outros setores, em face da redução de cirurgias eletivas. A medida governamental desse tipo de cirurgias, adotada no Brasil e na maioria dos países do mundo, reduziu drasticamente o número de procedimentos cirúrgicos; assim, parte do contingente da equipe de enfermagem foi realocado para outras unidades. Se por um lado essa medida garantiu mão de obra para a assistência aos pacientes acometidos pela COVID-19, por outro gerou angústia e medo nesses profissionais, que tiveram que se adaptar às rotinas de cuidados diferentes às do BC.⁶⁸

Mediar divergências de protocolos entre equipes médicas também foi apontado como fato negativo. Entende-se que essa ação foi perpassada pela fragilidade de uma relação interpessoal, na qual os enfermeiros se percebem subestimados e não valorizados pela equipe médica, demonstrada em estudos que avaliaram estas variáveis.⁶⁹⁻⁷² Outro estudo complementa ao evidenciar que a relação interpessoal entre equipes foi considerada boa pelos enfermeiros, porém afirma que há conflitos.⁷³

Diante da diminuição quantitativa de cirurgias, nossos atores relatam impactos considerados favoráveis ao processo de trabalho, no que tange a direitos

trabalhistas e à própria identidade profissional, contudo consideram as contribuições passageiras.

Estudo que avaliou o contexto dos serviços de saúde no Brasil, ao eclodir da pandemia de COVID-19, relata que estes espaços já apresentavam desafios no cotidiano dos profissionais de Enfermagem, como más condições de trabalho, sobrecarga, ritmo intenso com longas jornadas, desgaste físico e psicológico, baixa remuneração e desvalorização dos profissionais, e que a tais desafios foi agregada a complexidade de lidar com uma doença de origem pouco conhecida.

Nossos achados revelam o enfermeiro passando a oferecer melhores condições de trabalho para a equipe devido à redução das cirurgias eletivas. Entendemos que esta ação foi particularmente possível ao enfermeiro do BC ao ter o volume de cirurgias reduzidas em até 60%, deixando ainda mais evidente que urge a necessidade de construção e desenvolvimento de políticas públicas para o desenvolvimento de condições satisfatórias e dignas para os profissionais de Enfermagem.⁵⁰

Ainda considerando as contribuições passageiras, nossos atores reconhecem a visibilidade que o trabalho da Enfermagem alcançou, especialmente diante das mídias sociais e televisivas. Ao ser estudada sob a luz da Teoria do Reconhecimento, fica evidente que há uma visibilidade ambígua à medida que a autorrealização profissional fica subtraída pelas más condições de trabalho, evidenciando que há grandes desafios a enfrentar para garantir efetivo reconhecimento da categoria, o que corrobora com os achados de nosso estudo.⁷⁴

Imersos na experiência, nossos atores veem a imagem ainda estereotipada da profissão, e não se sentem confiantes de que uma visibilidade positiva perdurará. A esse respeito, um estudo em Portugal avaliou o comportamento da sociedade para com profissionais da saúde antes e durante a pandemia, corroborando com os sentimentos de nossos atores ao apontar a discrepância entre um comportamento agressivo que se transforma em aplausos, suscitando o questionamento: será que após a pandemia os aplausos continuarão?⁷⁵

A esse respeito, lembra-se que, em 2020, as metas da Campanha *Nursing Now* Brasil, tais como investir no fortalecimento da educação e desenvolvimento dos profissionais de enfermagem com foco na liderança; investir na melhoria das

condições de trabalho dos profissionais de enfermagem; e disseminar práticas efetivas e inovadoras de enfermagem com base em evidências científicas, em âmbito nacional e regional, foram amplamente evidenciadas no contexto pandêmico, uma vez que seguiu e segue mostrando para o mundo o valor dos cuidados de enfermagem para o enfrentamento da pandemia de COVID-19.⁷⁶⁻⁷⁸

Ao analisar a experiência do enfermeiro do BC em seu processo de trabalho na fase inicial de enfrentamento à pandemia de COVID-19, considera-se esta pesquisa sinalizar para um processo de trabalho ainda carente de reconhecimento legítimo por parte da sociedade. Ressalta-se para a necessidade de se promover ações políticas para melhores condições de trabalho quanto a recursos informacionais, materiais e de pessoas. Ademais, de incentivo à permanência dos enfermeiros em seus postos de trabalho, que não seja por abnegação e altruísmo, mas como profissionais habilitados e capacitados para exercer a liderança da equipe de enfermagem, fundamentada nas melhores evidências científicas, em defesa da segurança do paciente e do trabalhador.

Por fim, considerou-se uma das limitações deste estudo, o fato de se ater à experiência do enfermeiro, não explorando a dos técnicos de enfermagem. Contudo, possibilitou maior aprofundamento, de maneira que se apreendesse a potencialidade do exercício da liderança transformacional, como um dos instrumentos estratégicos de empoderamento para consolidar a identidade e o reconhecimento do profissional, perante a equipe e a sociedade.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo alcançou o objetivo proposto de compreender a experiência do enfermeiro do BC com o processo de trabalho no início da pandemia de COVID-19.

A partir de sucessivas aproximações aos dados empíricos em um movimento indutivo, estabeleceram-se subprocessos com suas propriedades e dimensões, cujo alinhamento resultou no modelo teórico intitulado: Da fragilidade à superação transitória do protagonismo épico do enfermeiro no centro cirúrgico, durante a pandemia de COVID-19: a liderança transformacional como componente interveniente para a identidade profissional.

Este modelo analisado sob a perspectiva teórica do Interacionismo Simbólico evidencia a fragilidade na qual os enfermeiros se encontravam em um contexto que por muitas vezes foi comparado a uma guerra, para a qual faltavam recursos de todas as ordens. Neste contexto, o enfermeiro ganha protagonismo por meio de um reconhecimento heroico, como se atuasse em um drama épico, e isso ocorre à medida que as mídias e a sociedade assim o aclamam.

A experiência mostra a superação desse tipo de protagonismo tendo como fator interveniente a liderança transformacional, uma ferramenta de gestão da qual o enfermeiro lança mão, conduzindo para um processo de trabalho pautado no profissionalismo que lhe é inerente, visando a segurança deste processo.

Para o enfermeiro do BC, o fato de ver o volume de cirurgias diminuir drasticamente em função da suspensão das cirurgias eletivas fez com que algumas melhorias no processo de trabalho fossem sentidas, em especial no que diz respeito aos direitos trabalhistas dos trabalhadores em enfermagem, evidenciando um processo de trabalho outrora permeado por condições desfavoráveis, de tal forma que compreendemos que urge a necessidade de repensar as condições sobre as quais vem sendo desenvolvidos os processos de trabalho em enfermagem.

Diante da identidade profissional estabelecida pela liderança transformacional que se opõe ao herói épico, nossos atores, ao ponderar os desfechos do controle da pandemia, mostram-se pouco confiantes e até temerosos. Consideram a visibilidade profissional e reconhecimento social como sendo passageiros.

Desta forma, o modelo teórico abstraído da experiência de enfermeiros do bloco cirúrgico, durante o início da pandemia COVID-19, ampliou a compreensão de sua experiência, muito além de expor a precarização das condições de trabalho que a equipe de enfermagem vinha tendo, mas também demonstrou capacidade preditiva, por sinalizar a perspectiva da liderança transformacional como instrumento para o alcance do reconhecimento social da identidade do enfermeiro como líder de sua equipe.

Nesse sentido, o estudo aponta para a necessidade de iniciativas em todos os segmentos políticos, sociais e de formação acadêmica que desvinculem o ser enfermeiro do ser abnegado, conformado e apolítico, e cuja necessidade de ser crítico, conhecedor de seu valor para o desenvolvimento social e manutenção da saúde foi amplamente reafirmada durante a maior pandemia que afligiu o mundo neste século.

Ademais, vive-se atualmente o momento de controle da pandemia de COVID-19, presenciando intensas lutas em busca da dignidade financeira justa e devida, mas que, como sinalizaram os atores, parece estar caindo no esquecimento por parte da comunidade política, dando espaço para que o imaginário coletivo social reafirme a imagem do herói épico.

Cumpra-se às instituições de ensino superior formarem enfermeiros com competência para o exercício da liderança, como ferramenta da gestão e ao órgão de classe continuar empenhado não só pela normatização e fiscalização do exercício dos profissionais de enfermagem, mas também por habilidades políticas, para melhores condições de trabalho e reconhecimento profissional.

REFERÊNCIAS

1. Oguisso T. Trajetória histórica da enfermagem. 2014 [cited 2022 Aug 3]; Available from: <https://repositorio.usp.br/item/002475090>
2. História da Enfermagem: Versões e Interpretações - Telma Geovanini, Almerinda Moreira, Soraia Dornelles, Wiliam César Alves Machado - Google Livros [Internet]. [cited 2021 May 14]. Available from: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=RZh9DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT7&dq=história+da+enfermagem+&ots=lm2fX6YpV8&sig=WQ1cs22Lslu7ltLCUhCuA_Hn3c&redir_esc=y#v=onepage&q=história da enfermagem&f=false
3. Horta W de A. Processo de enfermagem. EPU, editor. São Paulo; 1979. 99 p.
4. – LEI N 7.498/86, DE 25 DE JUNHO DE 1986 Conselho Federal de Enfermagem - Brasil [Internet]. [cited 2021 May 14]. Available from: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html
5. COFEN nº 358/2009: - Pesquisa Google [Internet]. [cited 2022 Oct 23]. Available from: https://www.google.com/search?q=COFEN+nº+358%2F2009%3A&rlz=1C1ISC_S_pt-PTBR998BR998&oq=COFEN+nº+358%2F2009%3A+&aqs=chrome..69i57j0i22i30.1362j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8
6. – RESOLUÇÃO COFEN Nº 0570/2018 Conselho Federal de Enfermagem [Internet]. [cited 2018 Jun 6]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0570-2018_61172.html
7. – Enfermagem em Números Conselho Federal de Enfermagem - Brasil [Internet]. [cited 2022 Oct 10]. Available from: <http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>
8. Marx K, Deville G, Moraes A de. O capital : Karl Marx ; [tradução de Albano de Moraes] ; edição condensada por Gabriel Deville. [Internet]. [cited 2019 Sep 25]. Available from: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=raSWDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=o+capital+marx&ots=KF5Gi4mxKE&sig=jAl8uYdYISzx0YxZFylA5-YLd2A#v=onepage&q=o capital marx&f=false>
9. Sanna MC. Os processos de trabalho em Enfermagem. Rev Bras Enferm. 2007;60(2):221–4. [Internet] [cited 2021 ago 25] Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018>
10. Amato ACM. Breve História da Cirurgia. 2016;(May).
11. Morrell ALG, Morrell-Junior AC, Morrell AG, Mendes JMF, Tustumi F, De-Oliveira-e-SSilva LG, et al. Evolução e história da cirurgia robótica: da ilusão à realidade. Rev Col Bras Cir [Internet]. 2021 Jan 13 [cited 2021 Sep 9];48:1–9. Available from: <http://www.scielo.br/j/rcbc/a/4qVcw3NC75jwPNtkgkhwSWf/?format=html&lang=pt>
12. – Resolução COFEN Nº 581/2018 – alterada pela resolução cofen nº 625/2020 e decisões COFEN NºS 065/2021 E 120/2021 Conselho Federal de Enfermagem - Brasil [Internet]. [cited 2022 Oct 10]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-581-2018_64383.html

13. Oliveira Junior JN, Muller de Magalhães AM. ■ Introdução aspectos organizacionais em centro cirúrgico characteristics of the working environment and complexity of the nursing practice scenarios in hospitals: impacts on patient safety and quality of care View project Carga de trabalho e segurança do [Internet]. 2018 [cited 2021 May 14]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/326098522>
14. Gemelli R, Aguiar DCM, Moser GA da S, Maier SR de O, Sudré GA, Carrijo MVN. Roles of nurses in the operating room: perceptions of themselves in the intraoperative setting. Res Soc Dev [Internet]. 2021 Aug 24 [cited 2022 Oct 10];10(11):e105101119331–e105101119331. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19331>
15. SOBECC. Diretrizes de Práticas em Enfermagem Cirúrgica e Processamento de Produtos para a Saúde. 7th ed. São Paulo: SOBECC NACIONAL; 2021.
16. Ministério da Saúde [Internet]. [cited 2018 Nov 28]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html
17. Resolução-RDC ANVISA Nº15, de 15 de março de 2012 [Internet]. [cited 2018 Aug 7]. Available from: <http://www.sobecc.org.br/arquivos/legislacao/06>
18. Cadima J, Nazareth F, Pereira O, Neto A, Rodrigues Da Silva M, Leiner ;, et al. História e processos de trabalho da enfermagem em Centrais de Material e Esterilização. here.abennacional.org.br [Internet]. [cited 2022 Aug 3];4:1083–92. Available from: <http://here.abennacional.org.br/here/v11/n2/a5.pdf>
19. De Souza SS, Da Silva SBS, Silva MJ do N, Formigosa LAC. Desafios na implantação de boas práticas na Central de Material e Esterilização e a segurança do paciente. Rev Eletrônica Acervo Saúde. 2020;12(11):e4760.
20. Santo IMB do E, Matos J da C, Silva CJ da, Almeida R dos P, Santos JLP dos, Silva SM da, et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP): Reflexos da Aplicabilidade no Processo de Cuidar. Rev Eletrônica Acervo Saúde. 2020;(43):e2945. [Internet] [cited 2021 jul 12]; Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e4760.2020>
21. Castellanos B, Enfermagem VJ-R da E de, 1990 undefined. Assistência de enfermagem perioperatória—um modelo conceptual. revistas.usp.br [Internet]. [cited 2018 Sep 18]; Available from: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/136195>
22. Cristina D, Popov S, De Cássia A, Peniche G. As intervenções do enfermeiro e as complicações em sala de recuperação pós-anestésica. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2009 [cited 2018 Sep 17];43(4):953–61. Available from: www.ee.usp.br/reeusp/
23. Shannon HE. Post-anesthetic recovery room registered nurses's experiences with technology assisted respiratory assessment during phase 1 recovery: an interpretive descriptive. 2019 [cited 2022 Aug 3]; Available from: <https://open.library.ubc.ca/soa/cIRcle/collections/ubctheses/24/items/1.0380465>
24. Nossa história - Sobecc [Internet]. [cited 2021 Jul 21]. Available from: <https://sobecc.org.br/nossa-historia>
25. Cardoso A. Exclusividade do Enfermeiro na Sala de Recuperação Pós-Anestésica como reflexo na qualidade da assistência prestada. 2017;
26. Ludvigsson JF. Systematic review of COVID- 19 in children shows milder

- cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatr* [Internet]. 2020 Jun 14 [cited 2020 Jun 5];109(6):1088–95. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/apa.15270>
27. Opera Mundi: Mapa da covid-19: siga em TEMPO REAL o número de casos e mortes por covid-19 no mundo [Internet]. [cited 2021 May 25]. Available from: <https://operamundi.uol.com.br/coronavirus/63574/mapa-da-covid-19-siga-em-tempo-real-o-numero-de-casos-e-mortes-por-covid-19-no-mundo>
 28. Brasil confirma primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. [cited 2021 May 25]. Available from: <https://www.paho.org/pt/node/69303>
 29. Overview of Public Health and Social Measures in the context of COVID-19 [Internet]. [cited 2022 Oct 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/overview-of-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19>
 30. Histórico da pandemia de COVID-19 - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. [cited 2022 Oct 10]. Available from: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>
 31. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19 Centro de Operações de Emergências. Bras [Internet]. 2020;1:22. Available from: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>
 32. Coronavírus N, Rose C, Gomes J. Nota técnica gvims / ggtes / anvisa nº 04 / 2020 orientações para serviços de saúde : medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção. Gerência de Vigilância e Monitoramento e. 2021; [Internet]. Available from: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf
 33. Bose SK, Dasani S, Roberts SE, Wirtalla C, DeMatteo RP, Doherty GM, et al. The Cost of Quarantine: Projecting the Financial Impact of Canceled Elective Surgery on the Nation's Hospitals. *Ann Surg*. 2021;273(5):844–9.
 34. Byrnes ME, Brown CS, De Roo AC, Corriere MA, Romano MA, Fukuhara S, et al. Elective Surgical Delays Due to COVID-19: The Patient Lived Experience. *Med Care*. 2021;59(4):288–94.
 35. Morrell ALG, Tustumi F, Morrell-Junior AC, Morrell AG, Ribeiro DMFR, Corsi PR, et al. Laparoscopic or robotic intraoperative management to minimize aerosol dispersion: Adaptations to the context of the COVID-19 pandemic. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2020 Jun 3 [cited 2022 Sep 1];47(1):1–7. Available from: <http://www.scielo.br/j/rcbc/a/xyP7kNp7VGrgKyFpMvsLG5v/?lang=en&format=html>
 36. Minayo CM. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. *Rev Pesqui Qual* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2021 May 23];5(7):1–12. Available from: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
 37. Strauss A, Corbin J, Strauss A, Strauss K, Strauss A. Pesquisa qualitativa:

- técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2008 [cited 2020 Mar 29]; Available from: <https://www.scienceopen.com/document?vid=46697348-f1ff-4adf-8688-82d3357ea514>
38. Charon JM. Symbolic Interactionism - Google Académico [Internet]. [cited 2022 Mar 27]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&q=Charon+JM.+Symbolic+Interactionism+&btnG=
 39. Tong A, Sainsbury P, care JC for quality in health, 2007 undefined. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *academic.oup.com* [Internet]. [cited 2022 Mar 27]; Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article-abstract/19/6/349/1791966>
 40. Baggio M. A, , Lorenzini Erdmann A. Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. *Revista de Enfermagem Referência* [Internet]. 2011;III(3):177-188. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239962018>
 41. dos Santos JLG, Cunha K, Adamy EK, Backes MTS, Leite JL, de Sousa FGM. Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2018 Apr 12 [cited 2022 Oct 11];52. Available from: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/6kdkNZjdfNf7f5kT5vkmhsj/abstract/?lang=pt>
 42. Carvalho VD de, Borges L de O, Rêgo DP do. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. *Psicol Ciência e Profissão*. 2010;30(1):146–61. [Internet]. Available from: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/9kcd3>
 43. Maraschin R. Pensar a educação em tempos pós-metafísicos: a alternativa do Interacionismo simbólico. [cited 2021 Jun 1]; Available from: <http://dx.doi.org/10.5902/1984644424140>
 44. Blumer H. Symbolic interactionism: Perspective and method. 1986. [Internet]. [cited 2022 Aug 6]; Available from: <https://books.google.com/books?hl=pt-PT&lr=&id=HVuognZFofoC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Symbolic+interactionism:+Perspective+and+method.+Berkeley&ots=4oTkK9AR9A&sig=lzTsuUpRPcZlo1uTQp3OB60v-WA>
 45. Aquino, E.M.L, Silveira, I.H, Pescarini, J, Aquino, R., Souza-Filho, J.A. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: Potenciais impactos e desafios no Brasil. *Cien Saude Colet* 2020. [Internet] . [cited jun 25 2022]. Available from: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/medidas-de-distanciamento-social-no-controle-da-pandemia-de-covid19-potenciais-impactos-e-desafios-no-brasil/17550?id=17550&id=17550>
 46. Silva JA Da, Lino AI de A, Itacarambi LR, Gomes JR de AA, Quirino GMC, Matos RS, et al. Efeitos da pandemia de COVID-19 em profissionais de saúde de um Centro Cirúrgico. *Heal Resid J - HRJ* [Internet]. 2022 Jan 6 [cited 2022 Aug 14];3(14):610–21. Available from: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/356>
 47. Exposição de profissionais de centro cirúrgico a riscos ocupacionais: revisão da literatura - PDF Free Download [Internet]. [cited 2022 Aug 14]. Available from: <https://docplayer.com.br/109952500-Exposicao-de-profissionais-de-centro-cirurgico-a-riscos-ocupacionais-revisao-da-literatura.html>

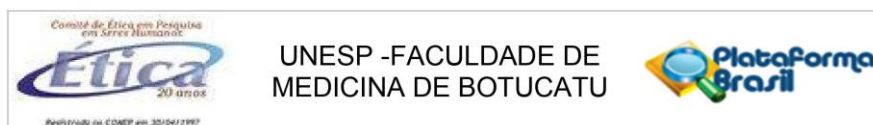
48. Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para... - Google Académico [Internet]. [cited 2022 Aug 14]. Available from: [https://scholar.google.com/scholar?q=Ambientes+de+trabalho+saudáveis%3A+um+modelo+para+ação+para+empregadores%2C+trabalhadores%2C+formuladores+de+política+e+profissionais"+organização+mundial+da+saúde+2010&hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5&as_ylo=2010&as_yhi=](https://scholar.google.com/scholar?q=Ambientes+de+trabalho+saudáveis%3A+um+modelo+para+ação+para+empregadores%2C+trabalhadores%2C+formuladores+de+política+e+profissionais)
49. Oliveira Magalhães Luna Filha D, De Castro Magalhães B, Mccarthy de Oliveira Silva M, Alencar Albuquerque G. Cuidamos dos outros, mas quem cuida de nós? Vulnerabilidades e implicações da COVID-19 na enfermagem. *Enferm em Foco*. 2020;11(1.ESP):135–40. [Internet] [cited aug 12 2022]. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3521/816>
50. Backes MTS, Higashi GDC, Damiani P da R, Mendes JS, Sampaio L de S, Soares GL. Working conditions of Nursing professionals in coping with the Covid-19 pandemic. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(spe):1–8. [Internet] [cited aug 30 2022]. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200339>
51. de Quadros A, Carollo Fernandes MT, Rodrigues Araujo B, Aquino Caregnato RC. Desafios Da Enfermagem Brasileira No Combate Da Covid-19. *Challenges Brazilian Nurs Combat Covid-19* [Internet]. 2020;11(1):78–83. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=148485097&lang=de&site=ehost-live>
52. Teatro Grego: Tragédia e comédia - Junito de Souza Brandão - Google Livros [Internet]. [cited 2022 Aug 14]. Available from: https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=-6ViEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=o+que+é+um+drama+&ots=sIBBK_MUnj&sig=qenimbeZlgJl1n1PLFBt5Fizffk&redir_esc=y#v=onepage&q=o+que+é+um+drama&f=false
53. Bessa MM, Lima LDS, Silva SW dos S, Souza JO de, Bessa MS de, Freitas RJM de. Protagonism of nursing in times of covid-19: heroes? / Protagonismo da enfermagem em tempos de covid-19: heróis? / Protagonismo de la enfermería en tiempos de covid-19: héroes? *Rev Enferm da UFPI*. 2020;9:1–4. [Internet]. [cited 2022 Oct 14]. Available from: <https://10.26694/reufpi.v9i0.10781>
54. Begnini D, Cicoletta DDA, Freitas KR De, Maranhão T. Heroínas em tempos de Covid-19 : visibilidade da enfermagem na pandemia. 2021;25. [Internet]. [cited 2022 Oct 16]. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200373>
55. Mendes M, Bordignon JS, Menegat RP, Schneider DG, Vargas MAO, Santos EKA, et al. Neither angels nor heroes: nurse speeches during the COVID-19 pandemic from a Foucauldian perspective. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(Suppl 1):e20201329. [Internet]. [cited 2022 Oct 16] <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1329>
56. Barbosa DJ, Pereira Gomes M, Assumpção de Souza FB, Tosoli Gomes AM. Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: Síntese de Evidências. *Com Ciências Saúde* [Internet]. 2020;31(1):31–47. Available from:

- <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/651/291>
57. Pereira MD, Torres EC, Pereira MD, Antunes PFS, Costa CFT. Emotional distress of Nurses in the hospital setting in the face of the COVID-19 pandemic. *Res Soc Dev*. 2020;9(8):e67985121. 2020;31(1):31–47. [Internet] [cited 2022 Aug 22 Available from: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.675>
 58. Al Maqbali M, Al Khadhuri J. Psychological impact of the coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic on nurses. *Jpn J Nurs Sci* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2022 Sep 2];18(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33749144/>
 59. Miasato FA. Sem heróis, sem heroínas: reflexões sobre o discurso heroico utilizado pela mídia sobre os profissionais de enfermagem na pandemia de COVID-19. *Cad Ibero-Americanos Direito Sanitário* [Internet]. 2022 Jun 30 [cited 2022 Aug 17];11(2):118–38. Available from: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/881>
 60. Ferreira VB, Amestoy SC, Silva GTR da, Trindade L de L, Santos IAR Dos, Varanda PAG. Transformational leadership in nursing practice: challenges and strategies. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2022 Oct 3];73(6):e20190364. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32785519/>
 - 61 Boamah S. Linking Nurses' Clinical Leadership to Patient Care Quality: The Role of Transformational Leadership and Workplace Empowerment. *Can J Nurs Res*. 2018;50(1):9–19.
 - 62 Boamah SA, Spence Laschinger HK, Wong C, Clarke S. Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nurs Outlook* [Internet]. 2018;66(2):180–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>
 - 63 Pereira MV, Spiri WC, Spagnuolo RS, Juliani CMC. Liderança transformacional: clube de leitura para enfermeirosgerentes de urgência e emergência. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(3):e20180504.
 64. Abd-EL Aliem SMF, Abou Hashish EA. The Relationship Between Transformational Leadership Practices of First-Line Nurse Managers and Nurses' Organizational Resilience and Job Involvement: A Structural Equation Model. Vol. 18, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2021. [cited 2022 Sep 15];73(6):e20190364. Available from: <https://doi.org/10.1111/wvn.12535>
 65. Moon SE, Van Dam PJ, Kitsos A. Measuring Transformational Leadership in Establishing Nursing Care Excellence. *Healthc (Basel, Switzerland)* [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2022 Oct 3];7(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31689901/>
 66. BR, Martins FZ, Magalhães AMM de, Caregnato RCA. Surgical Center: recommendations for the care of patients with suspected or confirmed COVID-19. *Rev SOBECC*. 2020;25(3):187–93.
 67. Campos TR, Risi LR, Meneses RDO, Fassarella CS. Recommendations for the operating room in the face of COVID-19: an integrative review. 2022;3:1–8. [Internet]. [cited 2022 Oct 20];7(4). Available from: <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200232>
 68. Moriya GA de A, Pereira MCDO. Gestão do bloco cirúrgico em tempos de pandemia: de onde partimos e aonde queremos chegar. *Rev SOBECC*.

- 2020;25(3):125–7. [Internet]. [cited 2022 Oct 20];7(4). Available from: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000030001>
69. Transversal I, OPAS, BRASIL, Saúde M da, Pessoal D De, Coffito, et al. Orientações para a prevenção e o controle das Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Ministério da Saúde [Internet]. 2020;2020:1–37. Available from: http://www.starlimprs.com.br/images/manual-limpeza.pdf%0Ahttp://files/92/1c9cda1e-da04-4221-9bd1-99def896b2b5.pdf%0Ahttps://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/04/1586014047102-Nota-Informativa.pdf%0Ahttps://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman
 70. Aline Q, Frantz E. Perceptions about Surgical Center Nursing Care and Hospital Assistance in the Pandemic Percepções sobre Cuidados de Enfermagem de Centro Cirúrgico e Assistênc. 2022;02(versão 1). [Internet]. 2018;12(5):1281–8. [cited 2023 Jan 15] Available from: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4523>
 71. de Souza Moreira MG, Xavier Moraes B, de Lima Dalmolin G, Antunes Dorneles AJ. Perception of Professional Satisfaction of Nursing Workers From a Hemato-Oncology Unit. J Nurs UFPE / Rev Enferm UFPE [Internet]. 2018;12(5):1281–8. [cited 2023 Jan 15] Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=129741253&lang=pt-pt&site=ehost-live>
 72. Ferreira EM, Possari JF, Moderno AMB. Fatores de satisfação e insatisfação profissional do enfermeiro de Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário de grande porte. Rev SOBECC [Internet]. 2006 Jul 1 [cited 2018 Sep 19];11(2):15–23. Available from: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/326>
 73. Gouveia LHDA, Ribeiro VF, Carvalho R De. Satisfação profissional de enfermeiros que atuam no bloco cirúrgico de um hospital de excelência. Rev SOBECC [Internet]. 2020 Apr 3 [cited 2021 Mar 24];25(1):33–41. Available from: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/574>
 74. Oliveira Salimena AM, Santos R, Peixoto R, Teresa S, Araújo C, Alves MS. Relações interpessoais no centro cirúrgico: equipe de enfermagem e equipe médica. Rev Enferm do Centro-Oeste Min [Internet]. 2019 Dec 20 [cited 2022 May 3];9(0). Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3328>
 75. Moreira MR, Moreira MRC, Xavier SPL, Machado LDS, Silva MRF da, Machado M de FAS. Enfermagem na pandemia da COVID-19: análise de reportagens à luz da Teoria do Reconhecimento. Enferm em Foco [Internet]. 2020 Aug 3 [cited 2022 Apr 18];11(1.ESP). Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3581>
 76. Passos L, Prazeres F. A Mão que Agrediu Agora Aplauda: A Imagem dos Profissionais de Saúde Frente à Pandemia COVID-19. Gaz Médica [Internet]. 2020;(Abril):1–2. Available from: https://www.gazetamedica.pt/extras/wp-content/uploads/2020/03/20-211-Gazeta-Covid-19Carta_Diretor-1-1.pdf
 77. Nursing Now Brasil [Internet]. [cited 2022 Sep 4]. Available from: <http://www.nursingnowbr.org/>
 78. Oliveira KKD de, Freitas RJM de, Araújo JL de, Gomes JGN. Nursing Now e o

papel da enfermagem no contexto da pandemia e do trabalho atual. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2020 Oct 19 [cited 2022 Sep 4];42(spe):e20200120. Available from: <http://www.scielo.br/j/rgenf/a/qHtdSSQTsfqbkzjSQjPPgtB/abstract/?lang=pt>

ANEXO I. Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSO DE TRABALHO, AUTONOMIA E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS DO BLOCO CIRÚRGICO; UMA ANÁLISE DO CENÁRIO NACIONAL

Pesquisador: Léia Regina de Souza Alcântara

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08443018.2.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.198.892

Apresentação do Projeto:

O projeto "PROCESSO DE TRABALHO, AUTONOMIA E SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS DO BLOCO CIRÚRGICO; UMA ANÁLISE DO CENÁRIO NACIONAL" consiste em estudo de caso-controle, onde no grupo caso serão alocados enfermeiros que atuam no bloco cirúrgico, sendo que para cada caso serão alocados dois controles. Os participantes do grupo caso, serão convidados a participar do estudo em eventos da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBEEC) e também pela ferramenta de busca da Plataforma Lattes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Conhecer o nível de satisfação profissional do enfermeiro atuante no bloco cirúrgico e comparar ao dos enfermeiros atuantes nas demais áreas;

Objetivo Secundário:

- Identificar o perfil do enfermeiro que atua no bloco operatório; Analisar a autonomia do enfermeiro de acordo com a área de atuação no bloco operatório (CC, SRA, CME);
- Comparar a autonomia do enfermeiro do bloco operatório em relação às demais áreas hospitalares;
- Identificar como o nível de satisfação do enfermeiro pode interferir no processo de trabalho

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

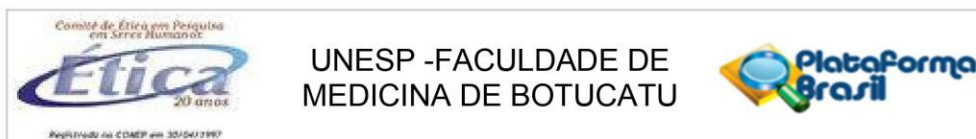
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.198.892

considerando as dimensões: assistir, administrar, ensinar, pesquisar e agir politicamente;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Poderá ocorrer cansaço físico ao preencher o formulário proposto e evocação de alguma sensação desagradável a medida que as questões possam rememorar questões delicadas do cotidiano de trabalho.

Benefícios:

Não haverá benefício direto aos participantes ao responder às questões, porém considera-se o benefício coletivo da categoria profissional na construção da autonomia profissional. Portanto consideramos o risco em proporção superior aos riscos anteriormente citados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante no campo de atuação profissional da enfermagem que atua em Centro Cirúrgico.

Terá um orçamento de R\$ 11.475,00 e será financiado pelo pesquisador principal, conforme informado. ("O orçamento estimado para execução do projeto será financiado pela pesquisadora principal.")

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados adequadamente todos os documentos obrigatórios, sendo:

- Projeto Completo;
- TCLE;
- Termo Institucional - EAP;
- Folha de Rosto;
- Documento contendo questões a serem aplicadas aos participantes;

Recomendações:

Não há.

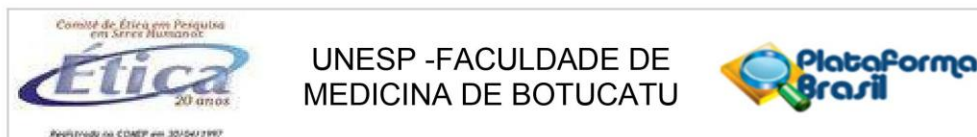
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO ORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVADO o projeto de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em REUNIÃO ORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa da

Endereço: Chácara Butignolli, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609	E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.198.892

FMB/UNESP, realizada em 11 de MARÇO de 2019, o projeto analisado encontra-se APROVADO para ser iniciado, sem necessidade de envio à CONEP.

No entanto, ao final da execução do projeto de pesquisa, é necessário enviar o "Relatório Final de Atividades", na forma de "NOTIFICAÇÃO", via sistema Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1231116.pdf	11/02/2019 15:19:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	11/02/2019 15:19:00	Léia Regina de Souza Alcântara	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	11/02/2019 15:12:33	Léia Regina de Souza Alcântara	Aceito
Outros	coleta_dados.docx	11/02/2019 12:36:23	Léia Regina de Souza Alcântara	Aceito
Outros	TermoDeAnuenciaInstitucional.pdf	01/10/2018 16:16:21	Léia Regina de Souza Alcântara	Aceito
Folha de Rosto	Folha_deRosto_ed.pdf	01/10/2018 16:12:33	Léia Regina de Souza Alcântara	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 14 de Março de 2019

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “PROCESSOS DE TRABALHO DO ENFERMEIRO EM CENTRO CIRÚRGICO EM TEMPO DE PANDEMIA: UMA COMPREENSÃO A PARTIR DA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS”. O estudo tem como autora a Enfermeira, Léia Regina de Souza Alcântara, e é orientado pela Profa. Dra. Marla Andréia Garcia de Avila, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. Objetivo: Conhecer como ocorre o processo de trabalho do enfermeiro atuante na unidade de centro cirúrgico e elaborar um modelo teórico que represente dimensões do processo de trabalho em enfermagem nesta unidade. Você tem o direito de escolher participar ou não, e poderá desistir a qualquer momento sem a necessidade de justificar sua decisão. Se resolver não participar, não sofrerá nenhuma consequência negativa. Não há vantagens financeiras em sua participação, tampouco despesas pessoais para o participante em nenhuma fase do estudo. Participar deste estudo não envolve riscos maiores que os mínimos, ou aqueles que sofremos diariamente. Contudo, acreditamos que poderá haver um benefício para os participantes já que o estudo refletirá a prática profissional diária como base para futuras tomadas de decisões, visando melhorias. Caso aceite participar desta pesquisa, deverá responder algumas perguntas sobre sua formação e características de seu local de trabalho e, a seguir, enviar um depoimento sobre seus processos de trabalho. A forma de envio será detalhada na sequência deste formulário, caso decida participar. Em qualquer fase do estudo você terá acesso à pesquisadora principal para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora é: Léia Regina de Souza Alcântara, que pode ser encontrada no telefone (43) 999638773, e-mail: alcantara@uenp.edu.br ou dout.unesp.enf@gmail.com Endereço: s/n, Av. Prof. Montenegro - Distrito de, Botucatu - SP, 18618-687. Faculdade de Medicina de Botucatu. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, sob o parecer nº 3.821.173. Se você tiver alguma dúvida sobre a ética em pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (Endereço: Chácara Butignoli s/n, Rubião Júnior - Botucatu - São Paulo. CEP: 18618-970. Próximo à FAMESP). Sua participação

nesse estudo será sigilosa e seu nome não será revelado sob nenhuma circunstância. Ressalto que a entrevista será transcrita, omitindo quaisquer dados que possam revelar sua identidade ou a de seu local de trabalho; logo após isso, a entrevista será extinta. O nosso compromisso é utilizar os dados coletados somente para pesquisa. Se quiser participar deste estudo, ao concordar com esse termo você receberá uma via para guardar.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante, sem penalidades ou prejuízo.

- ☐ Sim, eu concordo
- ☐ Não, eu não concordo