



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

**Fabiana Cristina Martim dos Santos**

**Proposta de fortalecimento com ferramenta de mindfulness para  
equipe de saúde da unidade de pronto atendimento no  
enfrentamento da COVID-19**

Orientadora: Profa. Dra Regina Célia Popim

**Botucatu**

**2022**

**Fabiana Cristina Martim dos Santos**

**Proposta de fortalecimento com ferramenta de mindfulness para equipe de saúde da unidade de pronto atendimento no enfrentamento da COVID-19**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra Regina Célia Popim

Botucatu

2022

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

Santos, Fabiana Cristina Martim dos.

Proposta de fortalecimento com ferramenta de mindfulness para equipe de saúde da unidade de pronto atendimento no enfrentamento da COVID-19 / Fabiana Cristina Martim dos Santos. - Botucatu, 2022

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu  
Orientador: Regina Célia Popim  
Capes: 40400000

1. Equipe de enfermagem. 2. Equipes de saúde. 3. Infecções por coronavírus. 4. Atenção plena. 5. Hospitais - Serviço de emergência. 6. Pesquisa qualitativa.

Palavras-chave: Equipe de saúde; Infecções por coronavírus; Mindfulness; Pesquisa qualitativa; Serviço de emergência.

**Fabiana Cristina Martim dos Santos**

Proposta de fortalecimento com ferramenta de mindfulness para equipe de saúde  
da unidade de pronto atendimento no enfrentamento da COVID-19

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Célia Popim  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”  
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Comissão Examinadora

---

Profa. Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP  
Faculdade de Medicina de Botucatu

---

Prof. Dra. Ivana Regina Gonçalves  
Centro Universitário Sudoeste Paulista  
Departamento Enfermagem

Botucatu, 04 de maio de 2022.

Aos meus pais, que, mesmo com pouco estudo, conduziram-me para a busca de conhecimentos, e sempre me apoiaram em todas as minhas decisões.

Ao meu esposo, Pedro, e à minha filha, Luisa, que são meu maior e melhor projeto: minha família. Agradeço que entenderam minha ausência e me impulsionaram diariamente na realização desse sonho.

# Agradecimentos

A Deus e sua infinita misericórdia.

À Profa. Dra. Silvia Regina Mangini Bocchi, pela sua generosidade em compartilhar seus conhecimentos com todos os envolvidos neste estudo.

Às minhas queridas amigas, Letícia Pereira Orestes e Rita Altino, que me incitaram e me encorajaram na realização deste projeto.

A toda equipe da UPA Geisel – onde esta pesquisa foi desenvolvida –, pelo apoio e palavras de incentivo.

A todo o grupo de pesquisa do estudo multicêntrico deste projeto, pelo compartilhamento de saberes e apoio nos dias difíceis.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Cursos de Mestrado e Doutorado Profissional – da FMB/UNESP.

À equipe do NEAD-TIS, pela colaboração e empenho na produção do podcast.

À minha orientadora, Profa. Dra. Regina Célia Popim, de forma especial, pela sua gentileza, comprometimento, colaboração e por compartilhar sua *expertise* na idealização deste projeto.

*“O correr da vida embrulha tudo,  
a vida é assim: esquentada e esfria,  
aperta e daí afrouxa,  
sossega e depois desinquieta.  
O que ela quer da gente é coragem”.*

**Guimarães Rosa**

“Não tenhas medo. Basta ter fé”.

**Mc 5-36**

## Resumo

SANTOS, F. C. M. dos. **Proposta de fortalecimento com ferramenta de mindfulness para equipe de saúde da unidade de pronto atendimento no enfrentamento da COVID-19** 2022. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2022.

Foi realizada pesquisa qualitativa, com abordagem metodológica da Teoria Fundamentada nos Dados à luz do referencial teórico: Interacionismo Simbólico. O objetivo foi compreender a experiência interacional dos profissionais de saúde na Unidade de Pronto Atendimento frente à pandemia de COVID-19; e elaborar modelo teórico representativo dessas experiências. Participaram do estudo 29 profissionais, sendo sete enfermeiros, catorze técnicos de enfermagem e oito médicos, que trabalham na Unidade de Pronto Atendimento e em rede de Urgência e Emergência há quatro ou mais anos. Eles responderam à pergunta norteadora: “Como tem sido sua experiência frente à pandemia de COVID-19?” As entrevistas individuais foram audiogravadas e transcritas na íntegra, analisadas a partir do modelo metodológico proposto. A análise dos dados revelou quatro subprocessos significativos, conforme segue: A) Escassez de evidência científica, gerando medo e ansiedade, pela falta de conhecimento sobre a doença; B) Despreparo institucional para proteção do profissional de saúde; C) A pandemia no contexto das relações familiares e sociais; D) A construção do conhecimento, como fator de proteção e encorajamento para lidar com a pandemia. A partir dos resultados, e como contribuição acerca disso, foi essencial planejar e construir um suporte emocional a esse profissional de Pronto Atendimento. Isso foi realizado por meio do desenvolvimento de uma ferramenta de comunicação com práticas meditativas de atenção plena, amplamente conhecida como *mindfulness*, na versão de um *podcast*. A proposta de intervenção não se finda com a pandemia, e pode amenizar os efeitos do estresse no trabalho, principalmente para os que laboram nos serviços de emergência, melhorando a percepção do momento presente. A experiência dos profissionais dos serviços de urgência com a instalação da pandemia de COVID-19 se mostrou extremamente difícil, desgastante, e só foi amenizada com o passar do tempo. Houve um movimento em busca do conhecimento científico como forma de fortalecer a mente. Além disso, os avanços científicos e o desenvolvimento da vacina contra a COVID-19 se mostraram muito encorajadores. A promoção do bem-estar mental pode ser alcançada com o planejamento de estratégias de prevenção, e propondo intervenções para buscar ferramentas com o propósito de combater a ansiedade, o sofrimento emocional e reduzir seus efeitos no processo de trabalho dos profissionais de saúde dos serviços de emergência. Nesse sentido, a experiência trazida por esses profissionais pode ajudar nas condições de saúde mental de outros em situação semelhante, e auxiliá-los no enfrentamento a novas pandemias, no futuro.

**Palavras-chave:** infecções por coronavírus; equipe de saúde; serviço de emergência; pesquisa qualitativa, mindfulness.

## Abstract

SANTOS, F. C. M. dos **Proposal for strengthening with a mindfulness tool for the health team of the emergency care unit in coping with COVID-19** 2022. 89 f. Master's Dissertation (Master's in nursing) – Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2022.

A qualitative research paper was carried out, with a methodological approach of Grounded Theory according to the social theoretical framework of Symbolic Interactionism. The aim was to understand the interactional experience of health professionals in the urgent care unit in the face of the COVID-19 pandemic and to develop a theoretical model representative of these experiences. Twenty-nine health professionals participated in the study, including seven nurses, fourteen nursing technicians and eight doctors, who work in the urgent care unit and have been in the urgent care and emergency services area for four or more years. They answered the question: "How has your experience been in the face of the COVID-19 pandemic?" The individual interviews were audio-recorded, fully transcribed, and analyzed using the aforementioned methodological model. Analysis of the data has revealed four significant sub-processes as follows: A) Lack of scientific evidence generating fear and anxiety due to lack of knowledge about the disease; B) Institutional unpreparedness to provide proper protection for health professionals; C) The pandemic in the context of family and social relationships; D) The construction of knowledge as a factor of protection and encouragement to deal with the pandemic. Based on the results and as a contribution following them, planning and building an emotional support system for the urgent care professionals was essential. This was done through the development of a communication tool with mindful meditation practices in the form of a podcast. The proposed intervention does not limit itself to the pandemic, and can alleviate the effects of stress at work in general, especially in those who work in emergency services, through improving the perception of the present moment. The experience of emergency care professionals in light of the advent of the COVID-19 pandemic proved to be extremely difficult, exhausting, and has only improved thanks to the passage of time. There was a movement in search of scientific knowledge as a way to strengthen the mind. Scientific advances and the development of the COVID-19 vaccine proved to be greatly encouraging. Benefits to mental health can be brought about through planning of prevention strategies and proposing the use of tools that help to combat anxiety, emotional distress, and the effects of these on the work of health professionals in emergency care. In this sense, the experience of these professionals can help the mental health condition of others in a similar position and help them to better cope with new pandemics that may occur.

**Keywords:** coronavirus infections; health team; emergency service; qualitative research, mindfulness.

## Lista de ilustrações

Quadro 1 - Percepção dos profissionais de saúde com a chegada da pandemia no país.....	27
Quadro 2 - Revelando as deficiências, despreparo e dificuldades da Rede de Urgência no combate à pandemia da magnitude da COVID-19. Preocupando-se com a falta e a qualidade generalizada de EPIs.....	27
Quadro 3 - Mudanças nas rotinas do convívio familiar, a pandemia no contexto das relações familiares e sociais, comprometendo as relações afetivas. Preocupando-se com a flexibilização dos cuidados dos profissionais e da população no decorrer da pandemia.....	29
Quadro 4 - A resiliência dos profissionais de saúde da Rede de Urgência no curso da pandemia.....	30
Figura 1 - Experiência interacional da equipe da Unidade de Pronto Atendimento, face à COVID-19, no interior estado de São Paulo, 2022.....	36

## Lista de abreviaturas e siglas

COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i> – Doença por coronavírus 2019
EPI	Equipamento de Proteção Individual
h/sem	Horas por semana
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAU	Rede de Atenção à Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i> – Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2
SR	Sintomáticos Respiratórios
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Técnico de Enfermagem
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## Sumário

<b>Apresentação.....</b>	<b>13</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Profissionais de saúde nos serviços de emergência.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2 Atualização da Pandemia de COVID-19.....</b>	<b>17</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 Objetivos específicos.....</b>	<b>18</b>
<b>3 MÉTODOS.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1 Tipo de pesquisa.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2 Cenário da pesquisa.....</b>	<b>19</b>
<b>3.3 Amostra da pesquisa.....</b>	<b>21</b>
<b>3.4 Procedimentos éticos e de coleta de dados.....</b>	<b>21</b>
<b>3.5 Referencial metodológico do estudo.....</b>	<b>22</b>
3.5.1 Análise dos dados: Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).....	22
<b>3.6 Referencial teórico do estudo.....</b>	<b>23</b>
3.6.1 Interacionismo simbólico.....	23
3.6.2 Conceitos do Interacionismo Simbólico.....	24
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>
<b>4.1 Caracterização da amostra.....</b>	<b>26</b>
<b>4.2 A experiência da equipe de saúde.....</b>	<b>26</b>
<b>4.3 Subprocessos, categorias e subcategorias, relativos à experiência interacional dos profissionais de saúde frente à pandemia de COVID-19. UPA interior de São Paulo, 2020.....</b>	<b>27</b>
<b>4.4 Modelo teórico.....</b>	<b>35</b>
<b>4.5 Elaboração do produto.....</b>	<b>37</b>
4.5.1 Título: Ferramenta de comunicação com práticas meditativas de Atenção Plena.....	37
4.5.2 Objetivos do produto.....	37
4.5.3 Podcast.....	37
4.5.4 Mindfulness: atenção plena.....	38
4.5.5 Conteúdo Podcast.....	39
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>41</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>47</b>

<b>ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXO B – Autorização da coleta de dados Prefeitura Municipal de Bauru.....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Res. CONEP 510/2016).....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE B – Item A) Percepção dos profissionais de saúde com a chegada da pandemia no país.....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICE C – Item B) Revelando as deficiências, despreparo e dificuldades da Rede de Urgência no combate à pandemia da magnitude da COVID-19. Preocupando-se com a falta e a qualidade generalizada de EPIs.....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICE D – Item C) Mudanças nas rotinas do convívio familiar, a pandemia no contexto das relações familiares e sociais, comprometendo as relações afetivas. Preocupando-se com a flexibilização dos cuidados dos profissionais.....</b>	<b>70</b>
<b>APÊNDICE E – Item D) A resiliência dos profissionais de saúde da Rede de Urgência, durante no curso da pandemia.....</b>	<b>77</b>

# Apresentação

Sou Fabiana Cristina Martim dos Santos, tenho 43 anos, e sou profissional de enfermagem há 24 anos. Atuei por 10 anos como auxiliar de enfermagem, e concluí minha graduação em Enfermagem em 2007 pela Universidade Paulista-UNIP. Desde 2009 atuo como enfermeira, no município de Bauru/SP, que é município vizinho de onde resido, em Agudos/SP. Minha carreira como enfermeira se iniciou na Unidade de Urgência de um hospital particular de Bauru/SP, no qual permaneci por 8 meses. Após ser aprovada em um concurso público, comecei a trabalhar no município em que resido. Embora tenha sido uma experiência gratificante trabalhar em Atenção Primária, não me identifico trabalhando em Unidade Básica de Saúde (UBS). Então, em 2009, no Hospital Estadual de Bauru, no setor de Hemodinâmica, realizei especialização em Cardiologia e Hemodinâmica, pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-FAMERP.

O meu ingresso na Prefeitura Municipal de Bauru foi em 2011, após aprovação em Concurso Público (em 2008). Iniciei na UBS, porém, de imediato, solicitei minha transferência para o Departamento de Urgência, o que ocorreu 11 meses após minha contratação. Desde então, atuo na rede de urgência do município.

Este projeto emergiu da minha prática diária como enfermeira assistencial na Rede de Urgência e Emergência na Unidade de Pronto Atendimento, com o avanço da pandemia de COVID-19, e face às seguintes inquietações:

- Qual é a visão dos profissionais de saúde em relação à pandemia, na Unidade de Pronto Atendimento?
- Qual é a caracterização desses profissionais?
- Os equipamentos de proteção individual (EPIs) oferecem segurança?

Perante tais perguntas, foi necessário o mergulho no conhecimento científico produzido sobre o objeto, para que as mesmas pudessem se sustentar como inquietações e, portanto, buscar compreender como se configura a experiência da equipe de saúde na fase inicial da pandemia de COVID-19.

## 1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, o mundo assistiu ao surgimento de um novo patógeno emergente em Wuhan, na China, província de Hubei. O hospital local recebeu quatro pessoas com infecção respiratória aguda, e reconheceu que os quatro eram trabalhadores do mercado atacadista de frutos do mar Huanan, que comercializava aves vivas, produtos aquáticos e vários tipos de animais selvagens. A Organização Mundial de Saúde (OMS) foi alertada por autoridades chinesas sobre o surto de pneumonia de origem desconhecida, posteriormente reconhecida como doença do coronavírus de 2019 (COVID-19).<sup>1-4</sup>

A Síndrome Respiratória Aguda Grave Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) é transmitida por gotículas respiratórias (a forma mais comum), aerossol e por contato em superfícies contaminadas. Os principais sintomas apresentados são: febre, fadiga, mialgia, conjuntivite, anosmia, disgeusia, dor de garganta, congestão nasal, tosse, dispneia, náusea, vômito e diarreia. Contudo, a lista de sintomas aumenta de acordo com a contribuição da vivência profissional; e conforme mais estudos vêm sendo realizados. Alguns pacientes tiveram agravamento dos sintomas e apresentaram insuficiência respiratória, choque, sepse e síndrome da angústia respiratória aguda. De comportamento incerto e rápida disseminação, essa doença acendeu o alerta das autoridades de saúde e ainda necessita ser elucidada.<sup>5</sup>

O evento se mostrava distante do Brasil. Porém, o vírus rapidamente se propagou, em um curso de difícil controle. Em janeiro de 2020, foi considerada uma emergência de saúde pública, de preocupação internacional, pela OMS. E, em março de 2020, foi decretada pandemia de COVID-19. O novo coronavírus estava presente em mais de 200 países.<sup>4,6</sup> Embora os primeiros casos de infecção pelo novo coronavírus estivessem ligados ao mercado atacadista de frutos do mar em Huanan, estudos demonstravam a transmissão de pessoa a pessoa.

O crescimento exponencial de casos despertou a atenção para a contaminação dos profissionais de saúde, sendo evidente a exposição desses profissionais, principalmente dos que atuam na linha de frente dos serviços de emergência.<sup>4</sup> Profissionais de saúde da linha de frente que cuidam de pacientes contaminados com COVID-19 têm alto risco de contágio e transmissibilidade do vírus. Portanto, proteger esses profissionais, promover a segurança da equipe e, conseqüentemente, dos pacientes têm sido um dos grandes desafios da pandemia.<sup>1</sup>

Diferentes estudos revelam que o aumento da sobrecarga de trabalho, em virtude dos déficits de profissionais; falta de EPIs adequados e suficientes; sensação de despreparo diante do novo e/ou do desconhecido; e a imprevisibilidade para manter a qualidade da assistência

prestada, aumentam a vulnerabilidade e o estresse das equipes de saúde, fazendo com que sejam mais propensos a desenvolver doenças, como ansiedade, depressão, distúrbios do sono, estresse e transtornos psíquicos, face ao risco da exposição, medo em se contaminar e expor a família, amigos e todos de seu convívio social.<sup>7,8</sup>

Diante dessa desafiadora e inesperada situação, faz-se necessário criar mecanismos que possam mitigar os sofrimentos, medos, angústias dos profissionais da linha de frente; e encontrar medidas de controle para apoiar as vítimas do imenso trauma emocional ocasionado pela pandemia de COVID-19. Ao mesmo tempo, inúmeros casos de ansiedade, depressão e outros transtornos mentais vêm sendo observados após o início da pandemia em toda a população, e isso inclui os profissionais de saúde. Aliado a tudo isso, por sermos seres sociáveis, o medo e o isolamento social nos remetem a sintomas de solidão e tristeza, tendo em vista que essa situação também nos tirou o direito de ir e vir, reforçando os riscos já citados.<sup>5</sup>

Estudo revela que um terço dos profissionais de saúde sofre com transtornos desenvolvidos durante a pandemia, como: medos, incertezas e a estigmatização que a doença acarreta.<sup>9</sup> É sabido que o esgotamento profissional e emocional é um problema crônico dos profissionais de saúde, tendo a pandemia de COVID-19 exacerbado essa condição. Isso aponta para a necessidade de monitoramento e implementação de medidas de intervenção, a fim de prevenir e reduzir o adoecimento e a escassez de profissionais tão importantes e indispensáveis à promoção, prevenção e recuperação de saúde. As lacunas em relação a treinamentos, carência de recursos, EPIs e a falta de apoio de gestores dos serviços também demonstram as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na pandemia de COVID-19, o que denuncia a falta de habilidade para lidar com gestão de crise.<sup>10</sup>

A pandemia exacerbou as potencialidades e fragilidades dos sistemas de saúde no mundo todo. Inúmeras consequências econômicas, políticas, sociais e culturais impactaram a vida humana. A saúde mental dos profissionais de saúde na linha de frente no combate à doença vem sendo amplamente discutida. Portanto, os serviços de saúde necessitam se preocupar com a saúde emocional de seus colaboradores.<sup>11</sup> Estudos destacam a importância de se criar mecanismos para minimizar o sofrimento e promover o enfrentamento para os profissionais de saúde, tais como: comunicação clara; atualização e treinamentos que trarão benefícios para o manejo da doença e proteção da equipe, com EPIs adequados e suficientes; e mecanismos de descanso, fortalecendo a equipe da linha de frente dos serviços de emergência no enfrentamento à COVID-19.<sup>6,8,12</sup> O apoio emocional se faz necessário diante

da intensa exposição ao vírus e ao esgotamento causado por horas extenuantes de trabalho, aliado ao convívio diário com a perda de pacientes.<sup>13</sup>

A pandemia de COVID-19 é um desafio sem precedentes para a ciência e para os profissionais de saúde, principalmente os que atuam na linha de frente dos serviços de emergência, pois traz um impacto psicológico severo, pelo risco iminente de contaminação diante da exposição frequente e prolongada e da alta carga viral do SARS-CoV-2. Além disso, a condição de estresse é exacerbada ao atender pacientes em condições de trabalho inadequado; e com a intensificação da jornada de trabalho e escassez de EPIs de qualidade.<sup>14</sup>

Diante do exposto, foi necessário compreender o movimento interacional das experiências dos profissionais que atuam na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), no interior do Estado de São Paulo, na fase inicial da pandemia de COVID-19, considerando suas suposições, valores, crenças, padrões de comportamento, organização e, principalmente, sua percepção em relação ao cuidado. Essa compreensão nos permitiu propor um modelo representativo, que foi utilizado na elaboração de ações voltadas à atenção da saúde dos profissionais.

### **1.1 Profissionais de saúde nos serviços de emergência**

O processo de trabalho em saúde é representado pelas especificidades de cada profissão, que possui uma finalidade geral, relacionada a outras práticas do sistema de saúde, e compõem o setor de serviços consumidos pela população, correspondendo à assistência prestada à saúde. Nos serviços de emergência ocorrem situações críticas e inesperadas. Esse serviço se caracteriza por ser estruturado; atender 24 horas por dia, e ser a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde. Suas rotinas de trabalho demandam um processo diferenciado, altamente qualificado e competente. Os serviços de emergência representam um desafio diário aos profissionais de saúde, pois decisões rápidas e precisas são necessárias para intervenções imediatas que visam garantir o bem-estar da população atendida.<sup>15</sup>

Os profissionais de saúde integram um grupo de profissões potencialmente estressantes, no qual há um desequilíbrio entre as demandas exigidas e a capacidade do indivíduo em atendê-las, sejam de cunho profissional ou não. Os profissionais de saúde vivenciam diariamente situações e sentimentos, como: sofrimento, desespero, incompreensão e luto, que favorecem sintomas e estados estressores. A jornada de trabalho exaustiva e a sobrecarga de trabalho estão intimamente relacionadas ao estresse dos profissionais de saúde, interferindo, ainda, no convívio familiar, e impactando no bem-estar mental e na qualidade de

vida. Areladas a isso estão a escassez de recursos humanos, a baixa remuneração e a carência de recursos materiais, o que aumenta negativamente a condição de trabalho insalubre desses profissionais.<sup>16</sup>

## **1.2 Atualização da Pandemia de COVID-19**

Decorridos 02 anos que a pandemia foi decretada pela OMS, percebemos o quão emblemática ela permanece, com as medidas de contenção para propagação do vírus, que incluem o distanciamento social, as etiquetas respiratórias, o uso de álcool gel. Todas as medidas sanitárias realizadas até aqui devem permanecer para mitigar o vírus. O Brasil se destaca atualmente como o terceiro país do mundo com o maior número de casos de COVID-19, atrás somente dos Estados Unidos e Índia, respectivamente, dados que justificam essas medidas.

Em março de 2022, a pandemia de COVID-19 chegou à marca de 470.839.745 casos confirmados no mundo; e 6.092.933 mortes causadas pela doença.<sup>17</sup> No Brasil, temos 29.682.615 casos confirmados da doença. As mortes pelo novo coronavírus chegam a 657.696, com uma taxa de letalidade de 2,2%.<sup>18</sup> No município de Bauru, interior do estado de São Paulo, local onde foi realizado o estudo, segundo o boletim epidemiológico número 47, publicado em 22 de março de 2022, foram confirmados mais de 81.934 casos de COVID-19, sendo que 1.387 evoluíram para óbito.<sup>19</sup>

## 2 OBJETIVOS

Compreender a experiência dos profissionais de saúde de Unidade de Pronto Atendimento face à pandemia de COVID-19, e propor estratégias de fortalecimento a esse enfrentamento.

### 2.1 Objetivos específicos

- I. Elaborar modelo teórico representativo dessa experiência;
- II. Criar um *podcast*, uma ferramenta de comunicação com práticas meditativas de atenção plena, amplamente conhecida como *mindfulness*, baseado na experiência da equipe.

### 3 MÉTODOS

#### 3.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo foi conduzido segundo o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*<sup>21</sup>, a partir de uma pesquisa qualitativa, como uma forma de investigação social, que retrata o sentido adotado pelas pessoas em suas experiências e no mundo no qual elas vivem; e cuja finalidade é compreender, descrever e interpretar fenômenos sociais conforme percebidos pelos indivíduos, grupos e culturas. Pesquisadores utilizam as abordagens qualitativas para explorar comportamentos, sentimentos e experiências de pessoas, e descobrir a essência de suas vidas. Os teóricos utilizam a Teoria Fundamentada nos dados (*TFD*), conhecida internacionalmente como *Grounded Theory*, para investigar processos e interações sociais.<sup>20</sup> Ademais, este estudo é um subprojeto do estudo multicêntrico, intitulado: “Rede de atenção à saúde e de equipamentos sociais: experiências bilaterais Brasil-Chile com a COVID-19 – Experiência interacional da equipe de saúde das Unidades de Pronto Atendimento e COVID 19”, coordenado por docente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

#### 3.2 Cenário da pesquisa

O estudo foi conduzido na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Geisel, inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), com o número 7206771. Trata-se de serviço público da Prefeitura Municipal de Bauru, interior do Estado de São Paulo.<sup>22</sup>

Em meados dos anos 2000, uma organização da Política Nacional da Rede de Urgência foi iniciada, com a implantação de novos componentes, como o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e a UPA. Iniciar a implantação pelo pré-hospitalar foi uma estratégia acertada, já que experiências nacionais e internacionais demonstravam impactos positivos desses atendimentos. Porém, essa criação ocorreu de forma desarticulada, tendo a implantação das UPAs se iniciado apenas em 2008. As Unidades de Pronto Atendimento representam o principal componente fixo da rede pré-hospitalar.<sup>23</sup>

A UPA 24h é um componente da Rede de Atenção à Urgência (RAU), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Caracteriza-se por ser um estabelecimento de saúde ininterrupto, de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), a Atenção Domiciliar e a Atenção Hospitalar. Deve conter

as seguintes atividades: acolher pacientes e seus familiares em situação de urgência e emergência; prestar atendimento resolutivo e qualificado às demandas de natureza clínica; dar primeiro atendimento a pacientes cirúrgicos e trauma, estabilizando-os e realizando diagnóstico inicial, referenciando os pacientes que necessitam de atendimento especializado e de maior complexidade; realizar consultas de pronto atendimento nos casos de menor complexidade; funcionar como ponto de estabilização de pacientes, pelo SAMU; prestar apoio diagnóstico, e manter pacientes em observação por até 24 horas para elucidação ou estabilização clínica; e realizar encaminhamentos a serviços hospitalares de retaguarda para aqueles que não tiveram suas queixas resolvidas, dando continuidade à assistência.<sup>24</sup>

A unidade realiza diariamente, em média, 400 atendimentos (adulto e infantil). Está localizada na região leste do município. O prédio da unidade possui 1.993,38m<sup>2</sup> de área construída, numa área total de 2617,38m<sup>2</sup>, e conta com os seguintes setores: uma recepção; uma ampla sala de espera; uma sala de serviço social; uma sala de pré-consulta, com classificação de risco; uma sala de eletrocardiograma; três consultórios médicos; um consultório de enfermagem; uma sala de curativos e suturas; uma sala de aplicação de medicamentos infantis e uma sala de medicamentos e hidratação venosa adulto; uma sala de inalação; uma sala para raios-X; uma sala de dispensação de medicamentos; uma sala de almoxarifado; uma enfermaria masculina e feminina mista; uma enfermaria infantil; um isolamento adulto com banheiro privativo, e um isolamento infantil com banheiro privativo, que, juntos, totalizam 14 leitos; uma sala de emergência com três leitos para observação, sendo dois leitos adulto e um leito infantil; uma sala de higienização; sanitários; central de material; expurgo; copa, sala de TV e quartos de descanso para servidores, sendo um quarto para médico clínico, um quarto para médico pediatra e um quarto para enfermagem; uma sala administrativa; uma sala de reuniões; uma sala de arquivo de prontuários; uma sala de guarda cadáver; e amplo estacionamento.<sup>25</sup> No início da pandemia, a UPA realizou mudanças em seu fluxo de atendimento, para separar os casos sintomáticos respiratórios (SR) dos demais atendimentos da unidade. Dessa forma, os atendimentos que caracterizavam SR suspeitos e/ou confirmados de COVID-19, eram atendidos pela entrada da emergência da unidade; enquanto os demais eram atendidos pela recepção principal. Isso foi adotado como rotina, numa tentativa de evitar o contágio de pessoas com outras patologias que procuravam o atendimento de urgência. Houve intensa mobilização para conscientizar a população para comparecerem à UPA somente em casos de extrema necessidade, evitando a exposição ao vírus.

A UPA Geisel conta com um quadro de servidores com escalas nos períodos manhã, tarde e noite, compostas por: um chefe de seção (enfermeiro-40h/sem), dois médicos clínicos,

dois médicos pediatras, oito técnicos de enfermagem, dois enfermeiros, um farmacêutico (40h/sem), um auxiliar de farmácia, dois recepcionistas, dois vigilantes, um auxiliar de copa e dois serventes de limpeza. Ressalta-se que, no início da pandemia, houve um acréscimo de colaboradores para completar as escalas e suprir demandas existentes devido à separação do fluxo da unidade, tendo sido contratados mais um médico, um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem por período.

### **3.3 Amostra da pesquisa**

A pesquisa foi conduzida especificamente com três grupos amostrais: médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Foram utilizados como critérios de inclusão: profissionais de saúde que atuam na UPA Geisel, com assistência direta aos pacientes suspeitos e/ou confirmados para COVID-19, e com experiência há mais de um ano em urgência e emergência. A amostra foi conduzida até a saturação teórica, ou seja, quando não houve novos dados na fala dos participantes. Observou-se uma confluência dos três grupos amostrais, não sendo necessário realizar a separação por categorias profissionais.

### **3.4 Procedimentos éticos e de coleta de dados**

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO (ANEXO 1), no dia 19 de maio de 2020, com Parecer Consubstanciado nº 4.036.507,

A coleta de dados foi conduzida pela própria pesquisadora, com supervisão de pesquisador com experiência em pesquisa qualitativa. A amostra foi obtida por conveniência, e todos os profissionais convidados a participar da pesquisa firmaram seu aceite, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Participação em Pesquisa (TCLE) (APÊNDICE 1). Não houve nenhuma desistência no decorrer do processo.

A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, individual, tendo como pergunta norteadora: “Como tem sido a sua experiência frente à pandemia do COVID-19?”. A entrevista foi conduzida no local de trabalho dos participantes, em sala privativa, devidamente preparada com aparelho para gravação, no período de junho a agosto de 2020. As entrevistas tiveram a duração entre dois e oito minutos e, depois de realizadas, foram transcritas na íntegra e descartadas em seguida, com o cuidado de identificar os participantes alfanumericamente, para guardar o sigilo e o anonimato de suas informações. É importante

ênfatisar que a coleta de dados envolveu perguntas que provocavam uma ampliação da resposta original, em busca de maiores detalhes, explicações ou mesmo aprofundamento do tema. Essas perguntas são denominadas como “questões circulares”, pois direcionam as informações provenientes do próprio participante, e contribuem para a compreensão da experiência vivenciada. Cabe ainda acrescentar que as questões circulares, de acordo com sua nomenclatura, estabelecem um movimento circular ao gerar novas respostas e novas perguntas.<sup>26</sup>

Alguns autores relatam que as “entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade, e se classificam de acordo com sua organização”. A entrevista aberta ou em profundidade é aquela em que o informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do pesquisador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões.<sup>27</sup>

### **3.5 Referencial metodológico do estudo**

#### **3.5.1 Análise dos dados: Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)**

As entrevistas foram analisadas segundo o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), conhecida internacionalmente por *Grounded Theory*. Trata-se de um método que tem por finalidade conhecer o fenômeno no contexto em que este ocorre, observando a inter-relação entre os significados e ação. Segundo os idealizadores da TFD, essa metodologia consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir das informações obtidas e analisadas sistemática e comparativamente. Para eles, a teoria significa uma estratégia para trabalhar os dados em pesquisa que proporciona modos de conceitualização para descrever e explicar. Esses autores apresentam um método de análise comparativa constante, com a qual o pesquisador, ao comparar incidente com incidente nos dados, estabelece categorias conceituais que servem para explicar o dado. A teoria, então, é gerada por um processo de indução, no qual categorias analíticas emergem dos dados e são elaboradas conforme o trabalho avança, uma vez que as categorias começam a emergir dos dados.<sup>28</sup> Esse é um processo que descrevem como amostragem teórica: o pesquisador decide que dados coletar em seguida, em função da análise que vem realizando. Nesse sentido, a amostragem adotada não é estatística, mas teórica, visto que o número de sujeitos ou situações que devem integrar o estudo é determinado pelo que eles denominaram de saturação teórica. Isso significa que, quando as informações começam a ser repetidas, dados novos ou adicionais não são mais encontrados.<sup>28</sup> Nessa perspectiva, faz-se necessário o desenvolvimento de uma

sensibilidade teórica, a qual permite ao pesquisador uma percepção dos significados dos dados e, a partir daí, a elaboração da teoria. Um dos requisitos básicos para o desenvolvimento dessa sensibilidade teórica é o pesquisador iniciar seu trabalho de campo sem preconceitos prévios, com o intuito de estar aberto às informações da coleta dos dados.<sup>28</sup>

Dentre os componentes que emergem dos dados, estão as categorias que, segundo essas autoras, são abstrações do fenômeno observado nos dados, e formam a principal unidade de análise da TFD. A teoria se desenvolve por meio do trabalho realizado com as categorias, que faz emergir a categoria central, sendo geralmente um processo como consequência da análise. As fases da análise dos dados segundo o referencial metodológico são:<sup>29</sup>

**Codificação aberta:** o passo inicial. Uma vez redigido o texto da observação ou entrevista, consistirá em quebrar os dados em pequenos pedaços, e cada um deles representará um incidente específico ou fato. Para isso, os dados foram analisados linha por linha e parágrafo por parágrafo, buscando incidentes e fatos. Cada incidente será codificado como um conceito ou abstração do dado.

**Codificação axial:** uma vez identificadas as categorias, efetuou-se nova comparação, dessa vez entre categorias, o que determinou uma melhor estruturação do conceito. Desse modo, ocorreu um processo de redução das categorias e, por meio de comparação, foi identificada a ideia que melhor explicou o fenômeno daquele grupo de categorias. Assim, foram identificadas as categorias e seus componentes (subcategorias e elementos).

**Codificação seletiva:** uma vez identificadas as categorias e seus componentes, passou-se a ordená-las de maneira a identificar uma que seria central, ou melhor, aquela categoria com a qual todas se relacionavam. Para chegar a ela, foram elaborados esquemas que foram, então, aplicados aos dados. Depois, foi verificado qual deles melhor expressou a experiência interacional.

### 3.6 Referencial teórico do estudo

#### 3.6.1 Interacionismo simbólico

Embora seja um equívoco atribuir todas as ideias básicas subentendidas no interacionismo simbólico a uma única pessoa, George Herbert Mead foi, indubitavelmente, o gerador primordial do movimento. Nesse sentido, Mead pode ser chamado o “pai” do interacionismo simbólico.<sup>30</sup> No entanto, Mead jamais utilizou a expressão interacionismo simbólico. Quem a criou foi Blumer, um de seus seguidores, em 1937, responsável por

compilar as ideias de seu mestre. Assim, nominou uma abordagem, relativamente distinta para o estudo da vida e da ação humana em grupo. Quatro aspectos importantes distinguem essa abordagem das demais da psicologia:<sup>31</sup>

1. O interacionismo simbólico cria uma imagem mais ativa do ser humano e rejeita a imagem deste como um organismo passivo e determinado. Os indivíduos interagem e a sociedade é constituída de indivíduos interagindo.
2. O ser humano é compreendido como um ser agindo no presente, influenciando não somente pelo que aconteceu no passado, mas pelo que está acontecendo agora. A interação acontece neste momento: o que fazemos agora está ligado a essa interação.
3. Interação não é somente o que está acontecendo entre pessoas, mas também o que acontece dentro dos indivíduos. Os seres humanos atuam em um mundo que eles definem. Agimos de acordo com o modo que os definimos a situação que estamos vivenciando, embora essa definição possa ser influenciada por aqueles com quem interagimos, ela é também resultado de nossa própria definição, nossa interpretação da situação.
4. O interacionismo simbólico descreve o ser humano mais ativo no seu mundo do que outras perspectivas. O ser humano é livre naquilo que ele faz. Todos definimos o mundo em que agimos e parte dessa definição é nossa, envolve a escolha consciente, a direção de nossas ações em face dessa definição, a identificação dessas ações e a de outros e a nossa própria redireção. (CHARON<sup>31</sup>)

### 3.6.2 Conceitos do Interacionismo Simbólico

- **Símbolo**

É o conceito central, pois segundo o Interacionismo Simbólico, sem eles não podemos interagir uns com os outros. É uma classe de objetos sociais usados para representar alguma coisa.

Os símbolos são desenvolvidos socialmente, através da interação; eles não são concordados universalmente dentro dos grupos humanos, mas são arbitrariamente estabelecidos e mudados através da interação dos seus usuários; existe uma linguagem de sons e gestos que é significativa e inclui regras permitindo que se combine os sons ou gestos em declarações significantes. Para ser simbólico, o organismo cria ativamente e manipula símbolos na interação com os outros.

- **Self**

No Interacionismo Simbólico, o *self* é um objeto social em relação ao qual o indivíduo age. O ator configura o *self* na interação com os outros. O *self* não somente surge na interação, mas como todo objeto social é definido e redefinido na interação. Surge, na infância, inicialmente através da interação com os pais e outros significativos, mudando constantemente à medida em que a criança vivencia novas experiências interagindo com outros. “Como eu me vejo, como eu me defino, o julgamento que faço de mim mesmo é

altamente dependente das definições sociais que encontro durante minha vida”.

- **Mente**

Mente é a ação, 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 através 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 a interpretação ativa do indivíduo a esses objetos.<sup>18</sup>

É a interação simbólica do organismo humano com seu *self*.

- **Assumir o papel do outro**

Este conceito está intimamente relacionado aos anteriores, porque consiste em atividade mental e torna possível o desenvolvimento do *self*, a aquisição e o uso de símbolos e a própria atividade mental. “É através da mente que os indivíduos entendem o significado das palavras e ações de outras pessoas”.

- **Ação humana**

A interação com o *self* e com os outros leva o indivíduo a tomar decisões que direcionam o curso da ação.

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.

- **Interação social**

Conforme apresentamos, todos os conceitos básicos para o Interacionismo Simbólico surgem da interação, e é parte dela.

Quando interagimos, nós nos tornamos objetos sociais uns para os outros, usamos símbolos, direcionamos o self, engajamo-nos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectivas, definimos realidade, definimos a situação e assumimos o papel do outro.

Assim, o reconhecimento da existência de atividades como estas, permite a compreensão da natureza da interação.<sup>31</sup>

## **4 RESULTADOS**

### **4.1 Caracterização da amostra**

Participaram da pesquisa sete enfermeiros (E) (um do sexo masculino e seis do sexo feminino), com idade entre 28 e 46 anos, e com tempo de formação de cinco a 19 anos, sendo um a nove anos de trabalho em urgência e emergência. Participaram, ainda, 14 técnicos de enfermagem (TE) (dois do sexo masculino e 12 do sexo feminino), com idade entre 38 e 55 anos, com tempo de formação de 11 a 36 anos, sendo cinco a 25 anos de trabalho em urgência e emergência. Para finalizar o estudo, participaram também oito médicos (M) (quatro do sexo masculino e quatro do sexo feminino), com idade entre 28 e 43 anos; tempo de formação entre quatro a 12 anos; e tempo de urgência e emergência de dois a 12 anos.

### **4.2 A experiência da equipe de saúde**

Através da Teoria Fundamentada nos Dados foi possível compreender a experiência da equipe de saúde da Unidade de Pronto Atendimento na fase inicial da pandemia COVID-19. Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem explicitaram suas impressões iniciais frente ao desconhecido, derivando por meio das relações teóricas (subprocessos, categorias e subcategorias).

Esse processo se desdobrou em quatro subprocessos que demonstram a vivência dos profissionais de saúde frente à pandemia de COVID-19: A) Escassez de evidência científica, gerando medo pela falta de conhecimento sobre a doença; B) O despreparo institucional para proteção do profissional de saúde; C) A pandemia no contexto das relações familiares e sociais; D) A construção do conhecimento como fator de proteção e encorajamento. A demonstração das categorias se encontra nos quadros 1 a 4, com os códigos descritos e organizados em quadros de 1 a 45 no Apêndice 2.

### 4.3 Subprocessos, categorias e subcategorias, relativos à experiência interacional dos profissionais de saúde frente à pandemia de COVID-19. UPA interior de São Paulo, 2022

**Quadro 1** - Percepção dos profissionais de saúde com a chegada da pandemia no país

Subprocessos	Categorias	Subcategorias
Escassez de evidência científica, gerando medo pela de falta de conhecimento da doença (A)	Assustando-se com o desconhecido, presenciando a COVID-19 se instalando no Brasil (A1)	Reconhecendo-se impotente frente falta de conhecimento da doença (A1.1)
		Comparando a pandemia do H1N1 em 2009 e a COVID-19 (A1.2)
	Legitimando a gravidade da doença no cotidiano de trabalho (A2)	Sentimento de medo e angústia ao se deparar com uma pandemia na magnitude da COVID-19 (A2.1)
		Relatando sentimentos por ser linha de frente, expondo-se aos riscos e travando uma batalha frente ao invisível (A2.2)
		Sofrendo psiquicamente com a experiência cotidiana da doença, contaminação da equipe e a gravidade da doença (A2.3)

Legenda: COVID-19: *Coronavirus Disease 2019* - Doença por Coronavírus de 2019; H1N1: subtipo do vírus Influenza A.

Fonte: Elaborado pela autora.

**Quadro 2** - Revelando as deficiências, despreparo e dificuldades da Rede de Urgência no combate à pandemia da magnitude da COVID-19. Preocupando-se com a falta e a qualidade generalizada de EPIs

Continua

Subprocessos	Categorias	Subcategorias
Notando o despreparo institucional para proteção do profissional de saúde (B)	Sentindo o despreparo mundial no enfrentamento da pandemia de COVID-19 (B1)	Convivendo com a falta de protocolos definitivos e treinamentos insuficiente e atemporal oferecidos pela vigilância (B1.1)
		Sentindo-se desamparado em relação à instituição (B1.2)

Subprocessos	Categorias	Subcategorias
		Queixando-se da organização estrutural do trabalho (B1.3)
Notando o despreparo institucional para proteção do profissional de saúde (B)	Lidando com dificuldades gerenciais na pandemia, equipe apavorada e temORIZADA (B2)	Afirmando as dificuldades encontradas para definir o diagnóstico no início da pandemia (B2.1)
		Sofrimento gerado pela desvalorização e exclusão na testagem dos funcionários (B2.2)
		Gerando sofrimento diante da possibilidade de se tornar um propagador da doença (B2.3)
		Equiparando as instituições que trabalham, as mudanças e sentimentos que envolveram (B2.4)
	Mobilizando-se para conseguir EPIs com doações (B3)	Gerando sofrimento pela falta de EPIs (B3.1)
		Reconhecendo a importância de utilizar EPIs como medidas de prevenção e controle de infecção (B3.2)
		Entristecendo-se frente ao posicionamento e fragilidade psicológica dos colegas frente à doença e ao contágio (B3.3)
		Relembrando as vezes em que pensou em desistir (B3.4)

Legenda: COVID-19: *Coronavirus Disease 2019* - Doença por Coronavírus de 2019; EPIs: Equipamentos de Proteção Individuais.

Fonte: Elaborado pela autora.

**Quadro 3** - Mudanças nas rotinas do convívio familiar, a pandemia no contexto das relações familiares e sociais, comprometendo as relações afetivas. Preocupando-se com a flexibilização dos cuidados dos profissionais e da população no decorrer da pandemia

Subprocessos	Categorias	Subcategorias
A pandemia no contexto das relações familiares e sociais (C)	Sentindo a preocupação da família em relação à saúde do profissional (C1)	
	Temendo pela contaminação da família (C2)	Sofrendo pelo distanciamento da família (C2.1)
		Compartilhando a dificuldade em se manter afastado da família (C2.2)
		Preocupando-se em conscientizar a família em relação à doença e as medidas de isolamento (C2.3)
		Protegendo-se ao chegar em casa (C2.4)
	Inconformando-se com a incredulidade da população brasileira em relação à doença e seu contágio (C3)	Descuidando-se no decorrer da pandemia (C3.1)
		Percebendo a dificuldade de adesão ao isolamento (C3.2)
		Deprimindo-se com a falta de conscientização e aceitação dos profissionais para usar EPIs em todos os atendimentos (C3.3)

Legenda: EPIs: Equipamentos de Proteção Individuais.

Fonte: Elaborado pela autora.

**Quadro 4** - A resiliência dos profissionais de saúde da Rede de Urgência no curso da pandemia

Subprocessos	Categorias	Subcategorias
A construção do conhecimento como fator de proteção e encorajamento (D)	Construindo conhecimento técnico-científico para o enfrentamento da doença (D1)	Buscando conhecimento para enfrentar a doença (D1.1)
		Reinventando-se para trabalhar em urgência e emergência em cenário de pandemia (D1.2)
		Tranquilizando-se após alguns meses de pandemia com mais estudos sobre a doença (D1.3)
	Estimulando habilidades de liderança (D2)	Conscientizando-se sobre as dificuldades encontradas, pela instituição, em equipar e preparar a unidade com equipamentos de proteção individual (D2.1)
		Enaltecendo que a falta de EPIs foi suprida, o que acarretou na confiança e no apoio psicológico para enfrentamento da doença (D2.2)
	Acreditando nos ensinamentos que a pandemia gerou, trazendo otimismo (D3)	Reconhecendo o fortalecimento da equipe durante a pandemia (D3.1)
		Sentindo-se otimista com a chegada dos testes (D3.2)
		Projetando estratégias de enfrentamento para proteger a família (D3.3)
		Confiando em Deus e Sua proteção para enfrentar a pandemia (D3.4)
		Enaltecendo sentimentos: angústia, emoção, tranquilidade, paz, aceitação, dedicação (D3.5)
Acreditando na ciência e no desenvolvimento da vacina (D3.6)		

Fonte: Elaborado pela autora.

Em uma linha de temporalidade quanto à percepção dos profissionais de saúde com a chegada da pandemia no país, originou o subprocesso “Escassez de evidência científica, gerando medo pela falta de conhecimento da doença (A)”, fato observado pela chegada abrupta e rápida da pandemia no país. A ausência de conhecimento ocasionou muita insegurança aos profissionais, principalmente aos integrantes das equipes da rede de urgência. Esse subprocesso originou as categorias A1 e A2, conforme a seguir. A categoria “Assustando com o desconhecido, presenciando a COVID-19 se instalando no Brasil (A1)” agrupa duas subcategorias: reconhecendo-se impotente frente à falta de conhecimento da doença (A1.1), trazendo comparações entre a pandemia H1N1 em 2009 e a COVID-19 (A1.2). A categoria “Legitimando a gravidade da doença no cotidiano de trabalho (A2)” e suas subcategorias revelam o sentimento de medo e angústias dos profissionais ao se depararem com uma pandemia da magnitude da COVID-19 (A2.1), relatando sentimentos por ser linha de frente, expondo-se aos riscos e travando uma batalha frente ao invisível (A2.2). E, além disso, gerando sofrimento psíquico com a experiência cotidiana da doença, ao tomar conhecimento sobre a contaminação da equipe e a gravidade da doença (A2.3):

[...] A minha experiência profissional diante dessa pandemia que está acontecendo, está sendo um trabalho, uma situação bem diferente de tudo que a gente já viveu. No começo, teve um pânico, uma tensão muito difícil de controlar o emocional diante da situação que a gente não sabia como iria ser, como nós iríamos enfrentar tudo isso [...] (M2) [...] A pandemia tem sido uma experiência diferente, eu acho que para todo mundo, inusitada, inesperada, além de tudo, e fez a gente lançar mão de novas metodologias, novas formas de trabalho [...] (M6) [...] No início da pandemia, eu acho que todos os profissionais ficaram com medo. Eu fiquei porque é um vírus novo, é uma doença nova, e a gente não sabia até, então, como que seria aqui no Brasil [...] (E3) [...] no começo, eu tinha muito medo, tremendo, estava em pânico para trabalhar, eu ia trabalhar com medo [...] (TE7) [...] Então, é tudo muito novo, trouxe, assim, bastante medo, bastante insegurança, bastante desafio, porque é algo que ninguém conhecia, ninguém sabe muita coisa, então pegou a gente de surpresa; e a gente nunca tinha passado por isso, bem complicado no começo, em relação a eu trabalhar na área de saúde [...] (TE11) [...] acredito que como eu trabalhei também na pandemia do H1N1, também foi muito feia, mas essa pandemia está pior. Por causa do contágio, está sendo muito grande para mim, está sendo uma experiência não muito boa [...] (TE13) [...] eu lembro até hoje como aconteceu a experiência de ter os primeiros profissionais da unidade contaminados. Eu cheguei no posto dos funcionários no momento que, de uma vez, 5 funcionários foram contaminados [...] (E6)

A categoria “Notando o despreparo institucional para proteção do profissional de saúde (B)” revela as deficiências e as dificuldades da Rede de Urgência no combate à pandemia da COVID-19, conforme indicados pelas categorias: “Sentindo o despreparo mundial no enfrentamento da pandemia (B1), representada pelas subcategorias B1 e B2, conforme a seguir. “Convivendo com a falta de protocolos definitivos e treinamentos

insuficientes e atemporal oferecido pela vigilância (B1.1)”; “remetendo à equipe sentimento de desamparo em relação à instituição (B1.2)”; e “queixando-se da organização estrutural do trabalho (B1.3)”. A categoria “lidando com dificuldades gerenciais na pandemia (B2)”, mostra a equipe apavorada e atemorizada, trazendo as subcategorias: “afirmando dificuldades encontradas para definir diagnóstico no início da pandemia ( B2.1)”, no período em que os testes eram escassos; E, houve, ainda, o “sofrimento gerado pela desvalorização e exclusão na testagem dos funcionários (B2.2)”, o que gerou sofrimento ante à possibilidade de ser propagador da doença (B2.3), evidenciando as diferenças, e equiparando as instituições que trabalhavam, e os sentimentos que envolveram os servidores com vínculo em duas instituições que atendem COVID-19 (B2.4). Com a chegada da pandemia, foi necessária uma grande mobilização para conseguir EPIs mediante doações da sociedade civil (B3), fato vivenciado mundialmente, e demonstrado nas subcategorias: “gerando sofrimento ante à falta de EPIs (B3.1)”. Os profissionais reconheceram a importância de utilizar EPIs como medidas de prevenção e controle de infecção (B3.2); entristeceram-se frente ao posicionamento e fragilidade psicológica dos colegas frente à doença e ao contágio (B3.3), lembrando as vezes em que pensou em desistir, devido ao medo e ao sofrimento causado pela insegurança (B3.4).

[...] A gente deveria seguir um protocolo, não é o válido na nossa cidade pelo menos não tem estrutura para isso, sei lá [...] (M1) [...] No começo, era muito difícil porque era novo, não tinha teste, não tinha como a gente saber se o paciente tinha ou não [...] (M4) [...] e a gente sofreu bastante com essa parte de não ter a paramentação adequada [...] (E2)[...] Em relação ao meu trabalho, aqui na UPA a gente teve um problema com EPIs, que a gente não tinha para trabalhar, foi bem complicado no começo [...] (E3)[...] percebo a equipe muito amedrontada ainda nessa época, não temos alguns respaldos, às vezes porque também os diretores, a administração também não sabe ainda como reagir frente a uma situação nova [...] (E4) Eu acho descaso em relação a nós profissionais. Por exemplo, essa relação do teste, de ter chegado teste e não ter testado todos nós, profissionais, primeiro[...][...]a gente ficou, a gente sentiu, a gente se sente desvalorizado em relação a EPIs, de péssima qualidade [...] (TE2)[...] como não teve um treinamento pra gente, teve algumas coisas faladas, o enfermeiro conversou com a gente. Depois, veio um pessoal da vigilância, que o que eles falaram não somou nada [...] (TE10) [...] Eu fiquei muito triste pelas colegas aqui, que ficaram muito, ai parece que perderam o rumo, ficaram depressivas, mas muito preocupadas e todo dia falava sobre isso, uma preocupação muito grande, já visualizando uma cena que não tinha acontecido ainda, que seria a pior, né. Que seria que a gente vê que aconteceu nos outros países, e que aqui, graças a Deus, não aconteceu. Eu acho que eu consegui me manter bem por um tempo, mas teve uma época que eu também, mas por elas, de ver algumas falando que não queria respirador, umas coisas assim, abri mão da vida, parece. Então, eu fiquei triste por elas, foi quando para mim mexeu um pouco[...] (TE10)

“A pandemia no contexto das relações familiares e sociais(C)” exacerbou a preocupação da família em relação à saúde do profissional, demonstrada na categoria (C1). E,

também, o temor dos profissionais em contaminar os seus entes na categoria (C2), refletida em suas subcategorias: sofrendo pelo distanciamento da família (C2.1), compartilhando a dificuldade em manter-se afastado da família (C2.2); preocupando-se em conscientizar a família em relação à doença e às medidas de isolamento (C2.3); e protegendo-se ao chegar em casa (C2.4), desvelando as mudanças que a pandemia provocou nas rotinas do convívio familiar, afetando as relações sociais. Os profissionais tiveram danos em relação ao fortalecimento familiar, tão necessário em situações adversas. O estreitamento das relações familiares e sociais avultou o sofrimento psíquico presente nessa pandemia. Outra categoria elencada: inconformando-se com a incredulidade da população brasileira em relação à doença e seu contágio (C3), e as subcategorias: “descuidando-se no decorrer da pandemia (C3.1)”; “percebendo as dificuldades de adesão ao isolamento (C3.2)”; e “deparando-se com a falta de conscientização e aceitação dos profissionais para usar EPIs em todos os atendimentos (C3.3)”. Esta categoria e suas subcategorias demonstram um relaxamento (um baixar a guarda) tanto de profissionais, quanto da população, diante de algo ainda desconhecido, trazendo a reflexão acerca dessa situação inusitada e inaceitável.

[...] diante da situação que a gente não sabia como iria ser, como nós iríamos enfrentar tudo isso e, junto com nós, veio com certeza esse sentimento familiar, nós preocupados em contornar nossos familiares; e eles, preocupados com nossa saúde, como ia ser pra gente tudo isso[...] (M2)[...] A minha família eu não vejo desde que começou, então família você fala, pai, mãe, né, porque fica eu e meu marido só e meus pais moram em outra cidade e eu não posso ir lá, então faz 3 meses que a gente não se vê [...] (M3)[...] eu, inclusive, acabei até mudando de casa. Eu saí da casa dos meus pais, eles eram grupo de risco, e aluguei um apartamento para mim para evitar o contato com eles[...] (M8)[...] a maior preocupação nossa, é não tanto adquirir a doença, desenvolver alguma coisa, mas é levar para os familiares da gente, que têm risco para pais, mães ou passar contaminação para outras pessoas inocentes, pessoas que convivam com a gente[...] (E2) e a questão de chegar em casa também depois dos plantões; o cuidado extremo que a gente tem com toda a limpeza das roupas; chegar e não se aproximar de ninguém, [...] (E6) é, o que eu temo mais é pela minha família. Eu venho trabalhar, eu chego em casa, tiro tudo lá fora, não deixo entrar para dentro. Lavo a mão com álcool gel. Às vezes, eles até brincam: “mãe, você está paranoica”, mas não é. Paranoia não, a gente ama, né, e quem ama, cuida [...] (TE7) [...] em relação à minha família, o que eles pensam em relação à covid-19, eles acham que é só respiratório. Eu tento explicar ao máximo que não é só respiratório, que todas as vezes que eles saírem, eles têm que trocar as roupas, lavar as mãos, usar álcool gel, por a máscara direitinho, porque geralmente eles só colocam a máscara na boca [...] (TE1)[...] brasileiro não está sendo coerente em muita coisa que a gente vê, as aglomerações, as pessoas não utilizam as máscaras; as pessoas acham simplesmente que o álcool gel vai resolver tudo [...] (TE2)[...] mas, também, eu vejo que tem muitos profissionais não se importam em usar o EPI do jeito que deveria ser usado em todo momento, até o próprio pessoal, da saúde. Eles estão já desencanando dessa proteção; estão perdendo o medo, na verdade [...] (M1) [...] cada hora que você fica trancado no quarto, sem contato com sua família, é uma experiência única, onde você tem medo, para pra pensar [...] (TE9) [...] A parte do isolamento foi muito complicada, porque foram 14 dias e eu, como profissional de saúde não podia trabalhar, não podia sair de casa e, agora, a gente vê o que os pacientes realmente passam, mas, assim, deu tudo certo [...] (E3)

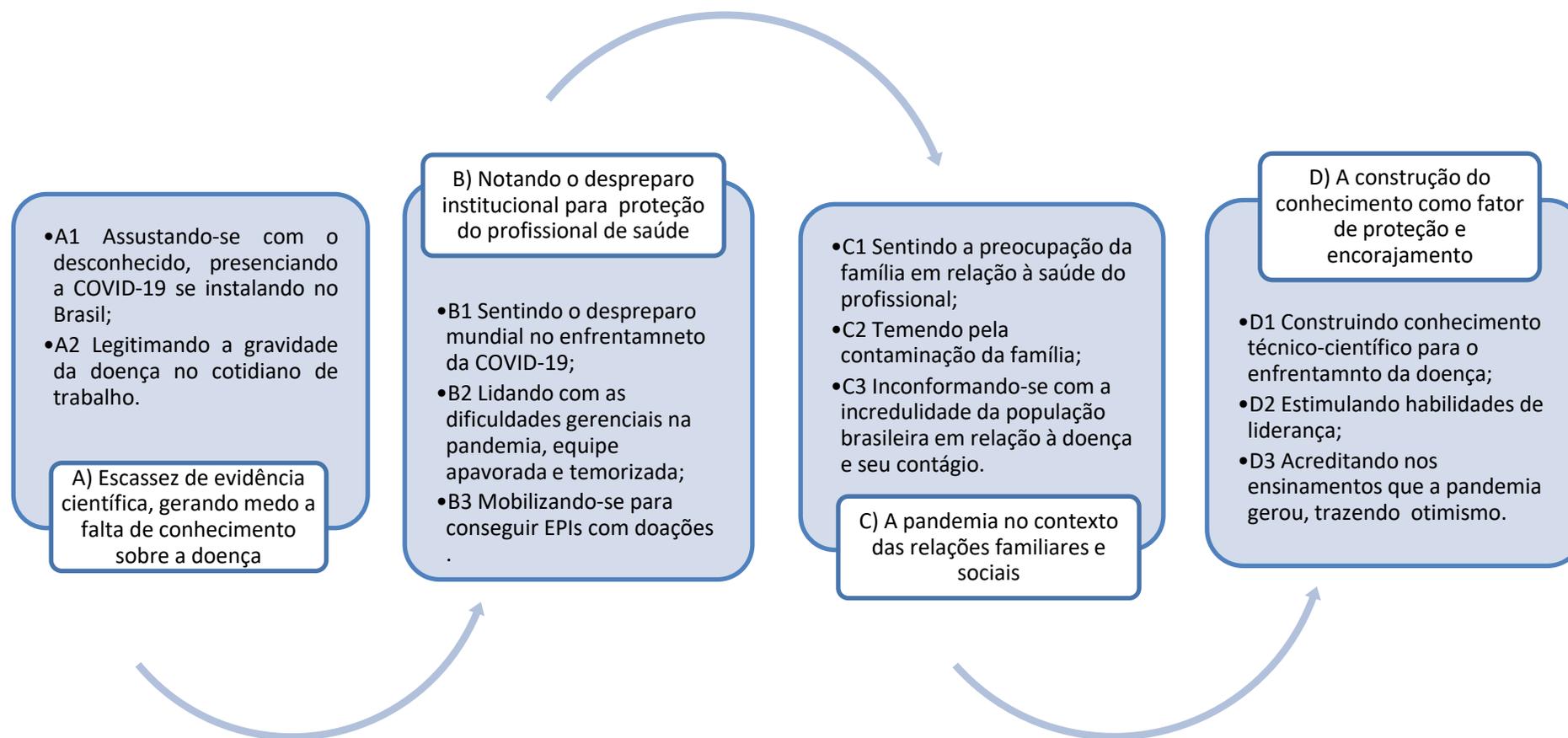
A resiliência dos profissionais de saúde da rede de urgência no curso da pandemia originou a categoria central designada como: “A construção do conhecimento como fator de proteção e encorajamento (D)”, apontando as categorias e subcategorias a seguir: Construindo conhecimento técnico-científicos para o enfrentamento da doença (D1); buscando o conhecimento para enfrentar a doença (D1.1); reinventando-se para trabalhar em urgência e emergência em cenário de pandemia (D1.2); e tranquilizando-se após alguns meses de pandemia, com mais estudos sobre a doença (D1.3). Houve um lançar sobre o conhecimento, desenvolvendo e estimulando as habilidades de liderança na categoria (D2), conscientizando-se sobre as dificuldades encontradas pela instituição, em equipar e preparar a unidade com equipamentos de proteção individual (D2.1); enaltecendo que a falta de EPIs foi suprida, o que acarretou confiança e apoio psicológico para enfrentamento da doença (D2.2). As reflexões acerca do aprendizado gerado pela pandemia subsidiaram a próxima categoria: “acreditando nos ensinamentos que a pandemia gerou, trazendo otimismo (D3)”, cujas subcategorias revelam: reconhecendo o fortalecimento da equipe durante a pandemia (D3.1); sentindo-se otimista com a chegada dos testes (D3.2); projetando estratégias para proteger a família (D3.3); confiando em Deus e Sua proteção para enfrentar a pandemia (D3.4); enaltecendo sentimentos: angústia, emoção, tranquilidade, paz, aceitação e dedicação (D3.5); acreditando na ciência e no desenvolvimento da vacina (D3.3).

[...] a gente tem que ter resiliência e tornar se adaptar, de acordo com as novas circunstâncias, na área da saúde como um todo (M6)[...] eu acho que, hoje, a gente tem mais segurança na hora, para atender o paciente suspeito, do que no começo; a gente já adequou melhor[...] (E1) [...] hoje, a gente está mais tranquilo de ver que todo mundo se recuperou bem, que os casos continuam chegando, principalmente porque tem EPI para gente trabalhar; a gente já chega, já se protege [...] [...] e aguarda ansiosamente pela vacina, pelo momento em que a maioria dos cidadãos vão estar imunizados; e continuamos aqui para ajudar a sociedade. Graças a Deus, [...] (E6) [...] eu espero que essa pandemia passe logo, e que eles descubram a vacina (E3)[...] então, a gente tem que pedir, muito a Deus, proteção. Quem não tem fé em Deus, vai ter que ter fé em Deus a partir de agora, porque é uma doença muito estranha[...] (TE8) [...] Eu acho que vendo pelo lado normal, não como profissional eu acho que a gente começou a dar valor a poucas coisas e...(choro)[...] (TE 10)[...] acho que a gente já esta mais informado, então a gente tá tendo mais condições de trabalhar; as condições psicológicas da gente já melhorou bastante também [...] (TE11) [...] que a gente possa tirar o melhor de cada um, porque eu acredito que isso veio para nos ensinar algumas coisas, e eu espero que a gente aprenda e saia melhor do que a gente entrou[...] (TE11)

#### **4.4 Modelo teórico**

A resiliência dos profissionais de saúde da rede de urgência no curso inicial da pandemia de COVID-19 originou a categoria central “A construção do conhecimento como fator de proteção e encorajamento”, o processo da experiência, o modelo teórico (figura 1). A experiência dos profissionais de saúde destacou que a busca do conhecimento se tornou uma atividade de superação frente ao desconhecido, abarcando as angústias, os medos e as incertezas advindas pela pandemia de COVID-19. Com isso, vindo à tona o dinamismo dos profissionais de saúde, principalmente os que atuam nos serviços de emergência, para se reerguerem e se reestruturarem em situações de crise.

**Figura 1** - Experiência interacional da equipe de saúde da Unidade de Pronto Atendimento na fase inicial da COVID-19, no interior estado de São Paulo, 2022



Legenda: COVID-19: *Coronavirus Disease 2019* – Doença por Coronavírus de 2019; EPIs: Equipamentos de Proteção Individuais.

Fonte: Elaborado pela autora.

## 4.5 Elaboração do produto

4.5.1 Título: Ferramenta de comunicação com práticas meditativas de atenção plena. (Disponível no link: Podcast - Atenção Plena.mp3 - Google Drive, e no ícone clicável, abaixo).



Podcast - Atenção Plena.mp3

Fonte: Elaborado pela autora.

### 4.5.2 Objetivos do produto

- I. Criar um *podcast*, a partir de uma ferramenta de comunicação com práticas meditativas de atenção plena, amplamente conhecida como *mindfulness*, objetivando no contexto da pandemia, minimizar a ansiedade, medos, angústias e incertezas criadas por algo novo, jamais vivenciado;
- II. A proposta de intervenção não finda com a pandemia, diminuindo os efeitos do estresse no trabalho, principalmente os que laboram nos serviços de emergência, melhorando a percepção do momento presente.

### 4.5.3 *Podcast*

O *podcast* foi criado por Adam Curry em 2004. Resumidamente, é possível dizer que é um arquivo digital de áudio, disponível *on-line*. É uma tecnologia de áudio de oralidade, que vem ganhando importância no cenário educacional<sup>32</sup>. É um produto da Internet 2.0 que pode ser utilizado em contexto educacional, com grandes chances de atingir o público alvo<sup>33</sup>. A palavra vem do laço criado entre as palavras *ipod*: aparelho produzido pela empresa *Apple*, que reproduz MP3 e *broadcast*, que significa: transmissão<sup>34</sup>. O *podcast* dá a possibilidade de escutar em qualquer lugar, sem necessidade de conexão com a internet, sendo necessário apenas no momento do download<sup>35</sup>.

Atualmente, temos um modo de ensinar e aprender mais sensorial, questionador e desafiador. Na sociedade midiaticizada, métodos tradicionais de ensino são insuficientes para atender a expectativa. Diante do exposto, é necessário oferecer mecanismos de aprendizagem capaz de processar informações e gerar conhecimento, garantindo espaços para a expressão

comunicativa. Produzir temática de forma contextualizada, como elemento inovador, produtor e consumidor de conhecimento<sup>34</sup>. Através dessa ferramenta, podemos servir de organizador prévio à construção do conhecimento. Os *podcasts* estão ganhando muito espaço, assumindo um importante papel na disseminação de informação e divulgação científica.<sup>33</sup>

#### 4.5.4 *Mindfulness*: atenção plena

*Mindfulness* tem suas raízes no budismo há mais de 2.500 anos, e é uma prática de meditação, em que a atenção consiste no momento presente. Tem sido amplamente estudada por Jon Kabat-Zinn professor e pesquisador da Universidade de Massachusetts, responsável por trazer a prática para o ocidente, com foco na saúde, sendo “a consciência que emerge através da atenção plena, no momento presente, e sem julgamento para o desenvolvimento da experiência, momento a momento”. Portanto, é um estado de atenção plena, é estar presente de forma intencional e com o esforço do não julgamento.<sup>36,37</sup>

A atenção plena é a consciência que surge ao prestar atenção propositalmente no momento presente e livre de julgamentos. O autor revela que uma mente destreinada pode contribuir para o sofrimento humano, seu próprio e de terceiros. A atenção plena é a disciplina da consciência. Utilizam-se treinamentos específicos para expressar e processar as emoções e, para melhor compreensão, é necessária a prática. Cultivar uma continuidade da consciência de todas as atividades diárias requer um compromisso contínuo, e pode ser cultivada a qualquer momento.<sup>36</sup>

O medo, as incertezas, a falta de conhecimento sobre a doença, o desconhecido vivenciado pela pandemia de COVID-19 exacerbou nos profissionais de saúde suas angústias, fato que foi amplamente descrito nas entrevistas. E, diante do exposto, se faz necessário desenvolver habilidades socioemocionais, de bem-estar e criar mecanismos que amenizem o sofrimento emocional e os efeitos mentais e físicos.<sup>38</sup> Utilizar práticas de atenção e autocuidado para o bem estar mental dos profissionais de saúde, usando tecnologias digitais para lidar com o estresse no ambiente de trabalho e oferecer intervenções de saúde mental, torna-se imprescindível. É possível observar, no cotidiano, que o autocuidado geralmente é a sua última prioridade, negligenciando o bem-estar e gerando autossacrifício<sup>39</sup>. A perda da conectividade pessoal, trazida pelos protocolos de distanciamento, diferentemente de tudo que já se havia experimentado; a capacidade de perseverar, exigirá e nutrirá a resiliência, sendo uma ferramenta fundamental para garantir o bem estar durante a pandemia. Adquirir técnicas meditativas diárias, sem dúvida, será um legado duradouro da COVID -19.<sup>40</sup>

No enfrentamento da crise da COVID-19 é observado que os profissionais de saúde estão sendo exigidos tecnicamente e, sobretudo, em suas habilidades emocionais. É salutar cuidar da saúde mental, visto que várias sequelas psicológicas poderão acometer os profissionais, como, dentre outras, estresse e depressão. Com a vulnerabilidade emocional na pandemia, medidas de suporte e apoio emocional incluem práticas de *mindfulness* para encorajamento da atenção plena e o fortalecimento da resiliência<sup>35</sup>. Existe a necessidade de que, em um ambiente cada vez mais dinâmico e estressante, é importante desenvolver novas habilidades.<sup>37</sup>

#### 4.5.5 Conteúdo *Podcast*

A pandemia de COVID-19 trouxe consigo grandes desafios para a humanidade. Por ser uma doença nova, desconhecida para a ciência, desencadeou uma busca sem precedentes, no sentido de se conhecer seu agente e suas consequências. Sendo assim, envolveu diretamente os profissionais de saúde, sobretudo os que atuam na linha de frente, nos serviços de emergência, expostos aos riscos de contaminação nas suas jornadas de trabalho. Devido a sua rápida disseminação, atingindo um número expressivo de pessoas, foi observada escassez de Equipamento de Proteção Individual nos serviços de saúde, além de desgaste físico e emocional dos profissionais, principalmente no início, quando o medo do desconhecido gerou incertezas, trouxe pânico, afetando negativamente a qualidade de vida dos profissionais. Diante do grande desafio profissional, fez-se necessário buscar estratégias eficazes para reduzir os prejuízos oriundos da pandemia de COVID-19, buscando mecanismos de defesa, no sentido de proporcionar uma melhor qualidade de vida, tanto para os doentes, quanto para os profissionais de saúde, minimizando eventos estressores.

Cabe salientar que as práticas meditativas surgiram como um recurso no enfrentamento dessa pandemia, contribuindo para atenuar o esgotamento emocional dos profissionais de saúde e desenvolvimento de habilidades pessoais. Além disso, essas práticas também se mostraram eficientes para a saúde, revelando ser uma ferramenta eficaz de intervenção, com grande potencial de assertividade, devendo ser praticada, buscando o bem-estar mental. Os benefícios da prática de Atenção Plena: o indivíduo fica centrado no momento presente; melhora o foco; aumenta o funcionalismo imunológico, e promove bem estar; exercita autocompaixão, ou seja, promove a capacidade de tratar a si mesmo com gentileza, melhorando a saúde mental e o autocuidado, através do equilíbrio emocional.<sup>41</sup>

*Mindfulness*, também conhecido como atenção plena, visa reduzir a sobrecarga do profissional, ao estresse percebido, ansiedade e solidão, melhorando o bem-estar mental. É um estado meditativo centrado na própria presença, com redução do sofrimento psicológico. Se dá pela observação das experiências como se apresentam, sem modificá-las; ter um posicionamento não julgador e não reativo das experiências. Consiste em afastar as ruminatórias do passado e das aflições em relação ao futuro. Perceber o momento presente e estar presente de forma intencional com o esforço do não julgamento. **“Parar e estar presente, só isso” (Jon Kabat-Zinn).**<sup>42</sup>

Convido vocês a prestar atenção: na própria respiração, nas sensações corporais, nos pensamentos e emoções; buscar habilidades de auto percepção dos seus processos mentais; consistir em buscar regulação da atenção; novas formas de reagir às emoções: distanciar, não reagir e procurar aceitar. Experimente ficar apenas um minuto fazendo exercício de não pensar em nada (Um minuto de silêncio). Parece fácil, não é mesmo? Trouxe esse podcast intencionalmente, para que nós, profissionais de saúde, estarmos atentos para o momento presente. Tente realizar esse exercício diariamente. Inicie com práticas informais de atenção plena, como: comer com atenção; escovar dentes com atenção; flexibilidade para realizar exercício, independentemente de nossas atribuições e responsabilidades. Uma mente destreinada pode contribuir para o sofrimento humano. Discipline sua consciência. Faça a experiência. Aposte em praticar os princípios da atenção plena.

Aliviar o estresse e a ansiedade, melhorar a saúde mental, objetivando estimular ações que favoreçam a implementação de estratégias de prevenção e programas que corroboram com o bem-estar dos profissionais de saúde, torna-se indispensável para o enfrentamento do estresse e outras pandemias que poderão ocorrer. É indispensável “parar e estar presente, só isso”. Reflitam, se permitam e compartilhem a experiência de práticas de atenção plena.

## 5 DISCUSSÃO

Com base no Interacionismo simbólico e nas ideias propostas pelos seus idealizadores, vale ressaltar o modo inseparável das relações sociais e do contexto social, no qual as interações não podem ser pensadas fora de situações e contextos, desse modo é necessário compreender as ações das dinâmicas interacionais.<sup>43</sup>

Em concordância com o referencial adotado e o objeto de estudo, os achados da pesquisa apontam que a experiência de profissionais de pronto atendimento diante da pandemia de COVID-19, apresentou-se como desafiadora. A pandemia do novo coronavírus ocasionou diversas incitações na saúde mundial, principalmente nos departamentos de urgência. E a escassez de evidência científica gerou medo e ansiedade, pela falta de conhecimento sobre a doença.

Um levantamento realizado, destaca que, mesmo antes da pandemia, já existiam problemas com altas taxas de esgotamento no trabalho dos profissionais que atuam nos departamentos de urgência, e ressalta que essas questões foram exacerbadas no início da pandemia de COVID-19.<sup>10</sup> Outro estudo confirma que a pandemia gerou muitas incertezas para os profissionais de saúde, pois existia o receio sobre a cura e o surgimento de vacinas num futuro próximo, o que acentuou as capacidades e fraquezas dos serviços de saúde e, conseqüentemente, a saúde mental dos profissionais.<sup>11</sup>

De maneira intimamente relacionada e, notando o despreparo institucional para a proteção do profissional de saúde, a literatura científica reforça o quanto essa incerteza impactou na atividade laboral dos profissionais que expressaram ter recebido informações contraditórias, divulgando insatisfação frequente com as mudanças nos protocolos, com o curso imprevisível e repentino da doença<sup>11</sup>. Nessa diretiva, outro autor revela a busca permanente em organizar fluxos e as atualizações diárias das informações pelas instituições e órgãos de saúde, na busca por controlar o vírus SARS-CoV-2.<sup>2</sup>

Compreende-se, portanto, que o fato despertou a inquietude e insegurança profissional. Porém, outro estudo revelou que protocolos de saúde que direcionam o cuidado, proporcionam segurança aos profissionais para desenvolverem suas habilidades<sup>3</sup>. Isso enfatiza a insegurança dos profissionais pelas mudanças frequentes que a pandemia trouxe no seu curso inicial. Mudanças diárias colaboram para a insegurança profissional. Aliado a isso, também se destaca que a falta de confiança nas medidas de controle das instituições leva a impactos significativos na prestação de cuidados aos pacientes em um ambiente de surto, podendo haver absenteísmo na equipe<sup>12</sup>. Esse dado corrobora com nosso estudo, em que os

participantes relataram que os colaboradores não queriam entrar em serviço, devido ao risco ocupacional, ao medo e insegurança inicial.

Em relação a recursos materiais, desafios semelhantes ao exposto pelos participantes foram destacados nos estudos a seguir, nos quais os autores relataram que a exposição dos profissionais de saúde ao vírus é substancial, principalmente quando os suprimentos de EPI são limitados, destacando a importância de proteger os profissionais de saúde para um manejo exitoso<sup>5</sup>. Os trabalhadores estavam preocupados com a disponibilidade e temiam uma escassez iminente de EPIs.<sup>12</sup> Nessa perspectiva, outros estudos também apontam que o colapso dos equipamentos de proteção individual intensificam a vulnerabilidade e as preocupações com a saúde pessoal, e contribuem para a sensação de perda de controle da situação, evidenciado por ansiedade, depressão e distúrbios do sono.<sup>7, 8</sup> Neste sentido, foram evidenciadas lacunas para a proteção de profissionais, e um alerta mundial para a necessidade de proteger os profissionais de saúde com EPIs de qualidade, evitando a disseminação do vírus e a geração de aerossóis.<sup>10</sup>

Outra conjuntura vivenciada pelos profissionais de saúde foi da pandemia no contexto das relações familiares e sociais. Os profissionais foram desafiados a conviver afastados de seu núcleo familiar, devido à angústia em propagar a doença aos familiares, principalmente os que convivem com comorbidades. Sendo assim, seu suporte emocional ficou abalado, tendo a preocupação e o medo sido constantes e ameaçadores. Um estudo realizado no Irã, com 97 participantes, revelou que o medo em transmitir a doença aos familiares foi a maior preocupação para todos os participantes do estudo, que também revelou a redução dos relacionamentos emocionais, a privação sensorial e a separação forçada da família<sup>11</sup>, fato também relatado amplamente em nosso estudo.

Outro autor reforça que o estresse relacionado a uma doença infecciosa envolvendo o profissional e seus entes queridos, ou seja, o temor pela infecção, atemoriza os profissionais, que teme pela infecção das pessoas que ama. A distância do apoio familiar durante a pandemia foi um fator estressor para os profissionais.<sup>7</sup> A literatura aponta que o medo e a ansiedade dos profissionais de saúde tendem a ser mais elevados, devido ao risco de infecção. E, também, pela preocupação de que esta se espalhe para seus familiares e filhos, ou seja, o estresse relacionado ao trabalho, incluem fatores de risco psicossocial novos e emergentes, como a insegurança, a intensificação do trabalho, alta carga emocional, esgotamento, que trouxeram um desequilíbrio tanto no trabalho quanto para a vida pessoal.<sup>13</sup> Ademais a saúde dos profissionais da linha de frente foi significativamente exposta, em razão das condições de

trabalho precárias, com equipamentos de proteção insuficientes e inapropriados, externando a preocupação dos profissionais com sua saúde e de seus familiares.

É necessário reforçar que, diante de uma pandemia que despontou rapidamente, altamente contagiosa, e que as únicas estratégias de mitigação do vírus eram a utilização de medidas de isolamento e distanciamento social para conter sua propagação, os profissionais de saúde foram obrigados a deixar seus familiares em casa e partir para uma guerra contra um inimigo invisível, onde se sabia muito pouco e/ou praticamente nada a respeito. Aliado a isso, EPIs insuficientes e inadequados, com protocolos diários e muita informação desconhecida mesmo entre a comunidade científica. Nessa diretiva, a construção e busca por conhecimento, tornou-se um fator de proteção e encorajamento para lidar com a pandemia.

Para atuar frente a frente com o vírus, um estudo revelou que os profissionais de saúde iniciaram uma busca por conhecimento, a fim de encontrar estratégias de ensino e aprendizagem para o enfrentamento à pandemia.<sup>3</sup> Frente a desafios semelhantes, a literatura revelou que 40% dos profissionais não estavam preparados para atender pacientes com suspeita de COVID-19 e não se sentiam confortáveis e seguros para realizar o atendimento. É importante salientar que treinamentos e simulados remetem confiança à equipe para lidar com situações novas e desconhecidas, garantindo a confiança da equipe.<sup>9</sup>

Outro estudo relatou que as instituições podem não perceber que suas equipes carecem de conhecimento, como já observado em outros surtos de doenças. Ou seja, às vezes, mesmo com testes e EPIs disponíveis, os profissionais de saúde podem não compreender como utilizá-los corretamente, necessitando de treinamentos frequentes. Os gestores precisam passar segurança aos seus colaboradores.<sup>10</sup> A literatura também reafirma a importância do treinamento da equipe, e revela que os profissionais relataram que aceitariam mais facilmente as recomendações e protocolos instituídos se estivessem mais confiantes em seu conhecimento<sup>12</sup>. Portanto, se a equipe se sentir apoiada no planejamento abrangente da pandemia, a fase de recuperação tende a ser menos traumática, e em período menor de tempo, sendo necessária para manter o bem-estar da equipe da linha de frente.<sup>6</sup> Pensando nisso, foi demonstrada uma capacidade do profissional da saúde em se reinventar na pandemia. O mesmo foi observado em um estudo em que os profissionais foram ganhando experiência e se adaptando às novas rotinas no decorrer da pandemia, sendo possível observar uma recuperação da confiança desses profissionais, superando a crise inicial e o medo.<sup>11</sup>

Sobre a importância de elaboração do *podcast*, propomos criar uma ferramenta de comunicação com práticas meditativas de Atenção Plena, amplamente conhecida como *mindfulness*, na versão de um *podcast*. A proposta de intervenção não se finda com a

pandemia, e pode amenizar os efeitos do estresse no trabalho, principalmente os que laboram nos serviços de emergência, melhorando a percepção do momento presente. A experiência dos profissionais dos serviços de urgência, com a instalação da pandemia de COVID-19, mostrou-se extremamente difícil, desgastante e só foi se amenizando com o passar do tempo. Houve uma busca pelo conhecimento científico, como um fortalecedor para seu psicológico, ajudando a se sentir encorajado com os avanços da ciência, e no desenvolvimento da vacina contra a COVID-19.

Um estudo revelou que algumas estratégias podem ser potencialmente úteis no enfrentamento da pandemia, e para auxiliar a combater os sentimentos de isolamento, solidão e angústia, podendo ainda incluir: inquietação, falta de motivação, tristeza, desesperança, dificuldades do sono e concentração. Realizar atividades criativas, como: passar tempo ao ar livre, exercícios físicos e estratégias de atenção plena, colaboram no fortalecimento dos profissionais.<sup>5</sup> Outro estudo mostrou que os profissionais utilizam de exercícios físicos e orações para se fortalecer no trabalho. E que técnicas de meditação, educação e esportes são menos prevalentes.<sup>10</sup>

É salutar buscar estratégias e criar mecanismos para superação do estresse. Os profissionais de saúde, mesmo que treinados emocionalmente, costumam apresentar maior prevalência de transtorno de estresse pós-traumático, pois durante a rotina exaustiva de trabalho esses profissionais atendem vítimas, testemunham tristezas e percebem ameaças rotineiramente.<sup>7</sup> Nessa diretiva, um estudo demonstrou que as práticas meditativas de *mindfulness* diminuem a vulnerabilidade e desgaste emocional na pandemia, fortalecendo a resiliência em períodos de crise, ressaltando a necessidade de cuidar do cuidador que, na agitação diária, negligencia o autocuidado, gerando autossacrifício.<sup>35</sup>

O debate sobre o tema sempre será atual, relevante e necessário para promover e restaurar a saúde mental dos profissionais de saúde, ou seja, torna-se notório que profissionais de saúde estejam emocionalmente estáveis. É fundamental adotar medidas e ações preventivas acertadas com planos de enfrentamento e mecanismos de controle para saúde e fortalecimento mental desses profissionais.<sup>16</sup> Vale destacar que as lacunas do conhecimento sobre o novo coronavírus impactaram negativamente sobre a atuação dos profissionais de saúde, principalmente os que atuam nos departamentos de emergência, uma realidade nova e jamais vivenciada na proporção da COVID-19. Mais estudos serão necessários para mensurar os efeitos que a COVID-19 deixará na lembrança dos profissionais; os traumas, que necessitarão de tempo para serem superados; e, sobremaneira, os ensinamentos que essa triste realidade

deixará na população mundial, com tantas vidas tendo sido ceifadas; e tantas famílias que jamais esquecerão esse período sombrio da COVID-19.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou a experiência interacional dos membros da equipe de saúde de uma Unidade de Pronto Atendimento do interior de São Paulo, durante a fase inicial da pandemia de Covid-19. Vale destacar o desconhecimento da comunidade científica, particularmente em relação aos riscos aos quais os profissionais de saúde foram submetidos, desencadeando grande insegurança, ansiedade e medo nas equipes. O mundo assistiu ao surgimento da nova doença de forma desenfreada e assustadora. O despreparo no combate ao vírus revelou as fragilidades dos serviços de saúde, mundialmente, e as dificuldades gerenciais, com a falta de equipamentos de proteção individual para resguardar os profissionais de saúde que precisavam trabalhar e combater o inimigo invisível.

Atrelado ao medo, insegurança e diversos desafios laborais, as relações sociais foram restritas e os profissionais de saúde conviviam diariamente com o temor de ser um propagador da doença para todos do seu convívio familiar, gerando sofrimento e sentimento de impotência. Estudos que revelem situações vivenciadas pelos profissionais de saúde trarão benefícios para o enfrentamento de novas pandemias. Tratar da saúde emocional dos profissionais de saúde que não puderam optar por permanecer em casa é de extrema relevância. Os profissionais foram convocados para combater o vírus e, buscar conhecimento se tornou a ferramenta mais eficiente na estratégia de combate à pandemia, criando mecanismos de fortalecimento e encorajamento. Por outro lado, novo alento de esperança surgiu com técnicas de diagnóstico precoce e o advento da vacina contra o COVID-19, reconhecendo a importância da ciência. Ademais, planejar estratégias de prevenção, e propor intervenções para buscar ferramentas com o propósito de combater a ansiedade, o sofrimento emocional e reduzir seus efeitos no processo de trabalho dos profissionais de saúde dos serviços de urgência trarão benefícios para promover o bem-estar mental, capacitando-os em ajuda mental.

A limitação desse estudo se deu na dificuldade de aplicar o produto elaborado na prática clínica. Mas, acreditamos que futuras pesquisas podem avaliar a eficácia do produto e ampliar a intervenção proposta para beneficiar a saúde mental dos profissionais de saúde que trabalham na linha de frente da assistência. Nesse sentido, deve ser considerada a experiência vivida por esses profissionais, para que outros estejam mais preparados no enfrentamento de novas pandemias, que certamente poderão ocorrer.

## REFERÊNCIAS

1. Umanzor RP, Peñafiel FS, Ugarte NS, Valverde AV, Bravo AC, Pernas SS, et al. Infección respiratoria aguda por coronavirus Sars-CoV-2 en personal de salud: implementación de un programa de detección precoz y seguimiento de casos en un hospital universitario. *Rev Med Chile*. 2020;148(6):724-33. doi: 10.4067/S0034-98872020000600724.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19. Brasília: Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública COVID-19; 2020. 26 p.
3. Bastos RS, Lopes AC. Pandemia de Covid-19: trabalhando juntos por um futuro melhor. Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, 2021. 242 p.
4. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med*. 2020;382(13):1199-207. doi: 10.1056/NEJMoa2001316.
5. Stawicki SP, Jeanmonod R, Miller AC, Paladino L, Gaieski DF, Yaffee AQ, et al. The 2019-2020 novel coronavirus (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) pandemic: a Joint American College of Academic International Medicine-World Academic Council of Emergency Medicine Multidisciplinary COVID-19 Working Group Consensus Paper. *J Glob Infect Dis*. 2020;12(2):47-93. doi: 10.4103/jgid.jgid\_86\_20.
6. Poonian J, Walsham N, Kilner T, Bradbury E, Brooks K, West E. Managing healthcare worker well-being in an Australian emergency department during the COVID-19 pandemic. *Emerg Med Australas*. 2020;32(4):700-2. doi: 10.1111/1742-6723.13547.
7. Pasin L, Sella N, Correale C, Boscolo A, Mormando G, Zordan M, et al. Pandemic COVID-19: the residents' resilience. *Acta Biomed*. 2020;91(4):e2020120. doi: 10.23750/abm.v91i4.10061.
8. Wańkiewicz P, Szylińska A, Rotter I. Assessment of mental health factors among health professionals depending on their contact with COVID-19 patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(16):5849. doi: 10.3390/ijerph17165849.
9. Aljahany M, Alassaf W, Alibrahim AA, Kentab O, Alotaibi A, Alresseeni A, et al. Use of in situ simulation to improve emergency department readiness for the COVID-19 pandemic. *Prehosp Disaster Med*. 2021;36(1):6-13. doi: 10.1017/S1049023X2000134X.
10. Almubark R, Almaleh Y, BinDhim N, Almedaini M, Almutairi A, Alqahtani S. Monitoring burnout in the intensive care unit and emergency department during the Covid-19 pandemic: the Saudi Arabian experience. *Middle East J Nurs*. 2020;14(2):12-21. doi: 10.5742/MEJN.2020.93790.
11. Eftekhari Ardebili M, Naserbakht M, Bernstein C, Alazmani-Noodeh F, Hakimi H, Ranjbar H. Healthcare providers experience of working during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Am J Infect Control*. 2021;49(5):547-54. doi: 10.1016/j.ajic.2020.10.001.

12. Piché-Renaud PP, Groves HE, Kitano T, Arnold C, Thomas A, Streitenberger L, et al. Healthcare worker perception of a global outbreak of novel coronavirus (COVID-19) and personal protective equipment: survey of a pediatric tertiary-care hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2021;42(3):261-7. doi: 10.1017/ice.2020.415.
13. Zakeri MA, Hossini Rafsanjanipoor SM, Sedri N, Kahnooji M, Sanji Rafsanjani M, Zakeri M, et al. Psychosocial status during the prevalence of COVID-19 disease: the comparison between healthcare workers and general population. *Curr Psychol.* 2021;40(12):6324-6332. doi: 10.1007/s12144-021-01582-1.
14. Dal Pai D, Gemelli MP, Boufleuer E, Finckler PVPR, Miorin JD, Tavares JP, et al. Repercussions of the COVID-19 pandemic on the emergency pre-hospital care service and worker's health. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 25];25(spe):e20210014. Available from: <https://www.scielo.br/j/ean/a/4PjzmNXDhbVKXWpPyxY8LFt>
15. Montezeli JH. O trabalho do enfermeiro no pronto-socorro: uma análise na perspectiva das competências gerenciais. Curitiba, 2009. 135f.
16. Almeida ES de. Estresse ocupacional e esgotamento entre profissionais de saúde: revisão integrativa. [2019?]. Especialização em Enfermagem do trabalho, Cruzeiro do Sul Virtual Educação à distância [S.l., 2019?].
17. World Health Organization. Naming the coronavirus disease (COVID-2019) and the vírus that causes it [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2022 Mar 22]. Available from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretarias Estaduais de Saúde. Casos acumulados de COVID-19 por Semana Epidemiológica de notificação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [cited 2022 Mar 22]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
19. Bauru. Secretaria de Saúde de Bauru. Informe Epidemiológico Coronavírus nº 47 [Internet]. Bauru. Secretaria de Saúde; 2022 [cited 2022 Mar 22]. Available from: <https://www2.bauru.sp.gov.br>
20. Holloway I, Wheeler S. Qualitative research in nursing and healthcare [Internet]. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010 [cited 2020 Mar 22]. Available from: [https://books.google.com.br/books/about/Qualitative\\_Research\\_in\\_Nursin\\_g\\_and\\_Heal.html?id=8AP3sCg1kdYC&redir\\_esc=y](https://books.google.com.br/books/about/Qualitative_Research_in_Nursin_g_and_Heal.html?id=8AP3sCg1kdYC&redir_esc=y)
21. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007 [cited 2020 Mar 22];19(6):349-57. doi: 10.1093/intqhc/mzm042. Available from: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966>
22. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasília: CNES; 2022 [cited 2020 Mar 22]. Available from: [http://cnes2.datasus.gov.br/cabecalho\\_reduzido.asp?VCod\\_Unidade=3506007108648](http://cnes2.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=3506007108648)

23. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Lopes MGM, Agostinho DF, Alves GF. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51:125. doi: 10.11606/S1518-8787.201705100007.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 10, de 3 de Janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2020 Mar 22]. Available from: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010\\_03\\_01\\_2017.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html)
25. Prefeitura Municipal de Bauru. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura inaugura UPA Geisel- Redentor durante programação de aniversário da Cidade, neste sábado [Internet]. Bauru: Secretaria de Saúde; 2013 [cited 2021 Aug 9]. Available from: <https://www2.bauru.sp.gov.br/materia.aspx?n=12669>
26. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 4a ed. São Paulo: Roca; 2009.
27. Minayo MC, organizador. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
28. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory. New York: Aldine; 1967.
29. Strauss AL, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
30. Littlejohn SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Guanabara; 1986.
31. Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 3rd ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall; 1989. 204 p.
32. Freire EPA. Podcast: breve história de uma nova tecnologia educacional. *Educ Rev*. 2017;18(2):55-70. doi: 10.36311/2236-5192.2017.v18n2.05.p55.
33. Taborda PH. Guia didático Podcast Educacional [dissertação]. Ponta Grossa: Universidade Tecnológica Federal do Paraná; 2021. 22 p.
34. Guimarães KO. A prática educacional na formação integral: a produção de podcast no IFTO Campus Araguatins [dissertação]. Palmas: Instituto Federal do Tocantins; 2020. 76 p.
35. Soares S, Branco JGO, Eduardo AMLN. Emprego do podcast no ensino da área de saúde durante a pandemia da COVID-19 [Internet]. In: Anais do 7º Congresso Nacional de Educação; 2020 Oct 15-17; Maceió, AL. Maceió: Centro Cultural de Exposição Laura Cardoso; 2020 [cited 2021 Mar 25]. Available from: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/68972>
36. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract*. 2003;10(2):144-56. doi: 10.1093/clipsy.bpg016.

37. Mello MIC, Cunha CJCA. Mindfulness no contexto organizacional. ciKi [Internet]. 2017 [cited 2021 Nov 24];1(1):1-15. Available from: <https://proceeding.ciki.ufsc.br/index.php/ciki/article/view/171>
38. Araujo AC, Santana CLA, Kozasa EH, Lacerda SS, Tanaka LH. Efeitos de um curso de meditação de atenção plena em estudantes da saúde no Brasil. *Acta Paul Enferm.* 2020; 33:1-9.
39. Andrade RF, Calia RC, Dalri CC, Lançoni AC. A prática de Mindfulness em profissionais de saúde em tempos de COVID-19: uma revisão sistemática. *Rev Qual HC [Internet]*. 2020 [cited 2021 Jun 15]:205-14. Available from: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/283/283.pdf>
40. Bansal P, Bingemann TA, Greenhawt M, Mosnaim G, Nanda A, Oppenheimer J, et al. Clinician wellness during the COVID-19 pandemic: extraordinary times and unusual challenges for the allergist/immunologist. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2020;8(6):1781-90.e3. doi: 10.1016/j.jaip.2020.04.001.
41. Tkatch R, Bazarko D, Musich S, Wu L, MacLeod S, Keown K, et al. A pilot online mindfulness intervention to decrease caregiver burden and improve psychological well-being. *J Evid Based Complementary Altern Med.* 2017;22(4):736-43.
42. Fernandes M. Os efeitos de um programa de Mindfulness para profissionais da Atenção Primária à Saúde: um estudo antes-e-depois [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2018. doi: 10.11606/D.17.2018.tde-25072018-155917.
43. Ennes MA. Interacionismo simbólico: contribuições para se pensar os processos identitários. *Perspectivas [Internet]*. 2013 [cited 2021 Mar 25];43:63-81. Available from: <https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/5956/4859>

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO  
SAGRADO CORAÇÃO -  
UNISAGRADO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E DE EQUIPAMENTOS SOCIAIS: EXPERIÊNCIAS BILATERAIS BRÁSIL-CHILE COM A COVID-19 - EXPERIÊNCIA INTERACIONAL EQUIPE DE SAÚDE DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO E O COVID-19

**Pesquisador:** RITA DE CASSIA ALTINO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 31788420.0.0000.5502

**Instituição Proponente:** Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.038.507

**Apresentação do Projeto:**

O projeto está adequado.

**Objetivo da Pesquisa:**

- compreender a experiência interacional dos profissionais de saúde dos serviços de urgência e emergência e seus familiares, frente a pandemia do COVID-19;
- elaborar modelo teórico representativo da experiência de cada profissional: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, socorrista e familiar, frente a pandemia do COVID 19;
- propor um metamodelo a partir da metassíntese dos cinco modelos.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos são mínimos e se referem a eventual constrangimento por parte dos participantes ao responder a pesquisa.

Os benefícios se referem à contribuição do estudo que agregará valores ao tema proposto.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Será realizado um estudo com os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, e socorrista e seus familiares que atuam nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e SAMU, do município de Bauru, por meio de entrevistas realizadas pelo Google meet, Skype ou Whatsapp.

**Endereço:** Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

**Bairro:** Rua Imã Aminda Nº 14-50

**CEP:** 17.011-180

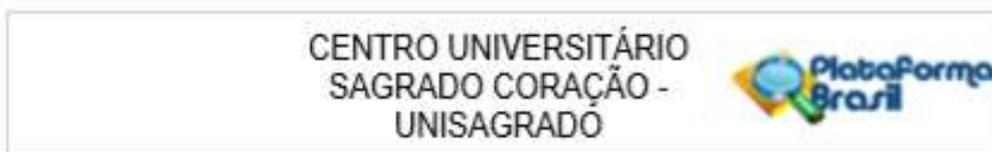
**UF:** SP

**Município:** BAURU

**Telefone:** (14)2107-1340

**E-mail:** comitedefeticadehumanos@usc.br

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP



Continuação do Parecer: 4.036.507

pela preferência de cada ator, em decorrência da necessidade de distanciamento social pela pandemia. A pergunta norteadora do estudo será: Como foi a sua experiência frente à pandemia do COVID-19? Os dados serão armazenados e processados para análise.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos estão apresentados adequadamente.

**Recomendações:**

Não há

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1549891.pdf	14/05/2020 10:08:43		Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	14/05/2020 10:08:21	RITA DE CASSIA ALTINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLErita.docx	14/05/2020 10:08:11	RITA DE CASSIA ALTINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Rita.docx	14/05/2020 10:08:00	RITA DE CASSIA ALTINO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rita.pdf	14/05/2020 10:05:44	RITA DE CASSIA ALTINO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

**Bairro:** Rua Imã Armanda Nº 10-50

**CEP:** 17.011-160

**UF:** SP

**Município:** BAURURU

**Telefone:** (14)2107-7340

**E-mail:** comitedefilidadehumanas@unisc.br

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP



Continuação do Parecer 4.036.507

BAURU, 19 de Maio de 2020

---

Assinado por:  
Marcos da Cunha Lopes Virmond  
(Coordenador(a))

Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Bairro: Rua Imã Aminda Nº 10-50 CEP: 17.015-160  
UF: SP Município: BAURU  
Telefone: (14)2107-7340 E-mail: comiteeticadehumanas@unic.br

Página 03 de 03

## ANEXO B – Autorização da coleta de dados Prefeitura Municipal de Bauru



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAURU**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 Divisão de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde  
 Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru  
 Email: dgtes\_saude@bauru.sp.gov.br  
 Fone: (14) 3104-1466 ou (14) 3104-1469



Bauru, 10 de junho de 2020.

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins que o Projeto de Pesquisa intitulado: **“EXPERIÊNCIA INTERACIONAL EQUIPE DE SAÚDE DAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO E A COVID-19”**, de autoria de Rita de Cássia Altino, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Silvia Cristina Mangini Bocchi, foi **AUTORIZADO** pela Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru – CCSMSB, a realizar coleta de dados junto a UPA Geisel, UPA Bela Vista, UPA Mary Dota, UPA Ipiranga e SAMU, no período de **10/06/2020 a 31/08/2020**. Para pesquisador/servidor **NÃO** poderá coletar os dados concomitante ao horário de trabalho.

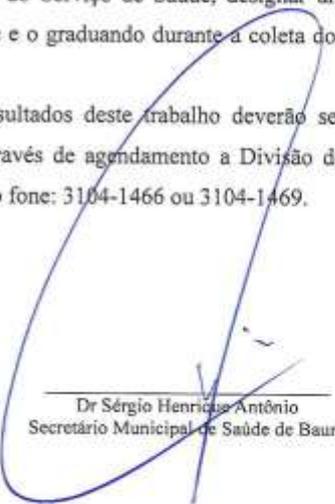
A CCSMSB esclarece que o tempo utilizado pelo pesquisador durante a coleta dos dados não poderá, de forma alguma, ser considerado para fins de pagamento de horas extraordinárias ou banco de horas, ficando a chefia responsável pelo acompanhamento.

Para tanto, os mesmos deverão entrar em contato com a gerência do respectivo serviço para agendamento da coleta.

Será de responsabilidade da Chefia do Serviço de Saúde, designar um profissional capacitado para acompanhar o docente e o graduando durante a coleta dos dados na Unidade de Saúde.

Além disso, ressaltamos que os resultados deste trabalho deverão ser apresentados à Secretaria Municipal de Saúde, através de agendamento a Divisão de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde através do fone: 3104-1466 ou 3104-1469.

  
 Dr Deborah Maciel Cavalcanti Rosa  
 Presidente da Comissão Científica da Secretaria  
 Municipal de Saúde de Bauru  
 Portaria GS nº 182/2017

  
 Dr Sérgio Henrique Antônio  
 Secretário Municipal de Saúde de Bauru

## APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Res. CONEP 510/2016)

### EXPERIÊNCIA INTERACIONAL ENTRE MEMBROS DAS EQUIPES DE UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, SEUS FAMILIARES FRENTE AO COVID-19

Coordenadora: Regina Célia Popim

Pesquisadora Associada: Fabiana Cristina Martim dos Santos

Endereço do Pesquisador: Rua Francisco Placco, 418, Agudos, CEP: 17123-086

Telefones: (14) 981457137

Endereço do Pesquisador: Departamento de Enfermagem, da Faculdade de Medicina de Botucatu, Distrito de Rubião Júnior, Fone (14) 38801309

Pesquisa desenvolvida na Rede Urgência e Emergência

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_, residente da Rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_ abaixo assinado, expresseo meu total consentimento para que seja utilizada toda informação por mim fornecida. Aceito participar, como voluntária (o), no estudo acima citado. Declaro que este consentimento foi-me entregue para leitura e depois, lido e esclarecido pela pesquisadora envolvida no trabalho. Autorizo ainda, a divulgação dos resultados para que mais pessoas possam usufruir dos resultados, mantendo sempre minha identidade em anonimato.

- A) Fui informada (o) vou manter meu vínculo empregatício, independentemente de participar do trabalho em questão.
- B) Fui informada (o) que os conhecimentos obtidos através desta pesquisa poderão subsidiar futuros programas e estratégias, voltados aos profissionais de saúde.
- C) Fui informada (o) que minha participação nesse estudo é inteiramente voluntária.
- D) Fui informada (o) que à pesquisadora se comprometerá a guardar o anonimato de minhas informações.
- E) Fui informada (o) que a minha participação não será remunerada e que os resultados obtidos serão utilizados apenas cientificamente.
- F) Fui informada (o) que posso desistir de participar deste estudo a qualquer momento, sem prejuízo ao meu trabalho.
- G) Fui informada (o) que este trabalho não está vinculado a Prefeitura Municipal de Bauru e Secretaria Municipal da Saúde isentando-as de qualquer responsabilidade, essas serão assumidas pelos pesquisadores.

NOME \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Coordenadora: Regina C Popim

Pesquisadora Associada: Fabiana C. M. Santos

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B – Item A) Percepção dos profissionais de saúde com a chegada da pandemia no país.**

**Quadro 1: Categoria A1 - Assustando-se com o desconhecido, presenciando a COVID-19**

**se instalando no Brasil:** Medo provocado por uma circunstância ameaçadora ou imprevista, causado pela vinda da doença ao país.

- Vivenciando uma situação diferente de tudo que já viveu (M2.1);
- Expressando, no começo, a dificuldade em lidar com o novo/desconhecido (M4.1);
- Vivendo, no começo, uma experiência assustadora (E1.3);
- Sentindo medo no início da pandemia (E3.1);
- Elucidando o medo inicial da pandemia, e que retornou agora (E5.1);
- Vivenciando, no início da pandemia, algo inesperado e assustador, algo diferente da rotina de trabalho e existência (E6.1);
- Descrevendo o medo que surgiu: no início, muitos funcionários não queriam entrar em serviço (E7.5);
- Vivenciando uma doença desconhecida, uma situação difícil, imprevisível e assustadora (AE1.1);
- Sentindo-se apreensivo, nervoso perante o desconhecido, no início da pandemia (TE3.1);
- Relatando tensão e preocupação no início da pandemia no Brasil (TE 6.1);
- Descrevendo medo e pânico para trabalhar, no início da pandemia, antes de se contaminar (TE7.2);
- Expressando o medo do desconhecido e de uma doença muito contagiosa (TE8.6);
- Vivendo uma experiência difícil, uma coisa nova (TE10.1);
- Elucidando a pandemia como algo novo, desafiador, trazendo medo e insegurança (TE11.1);
- Descrevendo a pandemia como algo incerto (TE12.1);
- Sentindo-se muito amedrontada em relação à pandemia coronavírus (TE13.1);
- Vivenciando o medo do desconhecido e do inesperado no início da pandemia (TE 5.10);
- Lembrando o medo e as dificuldades em relação a doença no início (TE1.2).

**APÊNDICE B – Item A) Percepção dos profissionais de saúde com a chegada da pandemia no país.**

**Quadro 2: Subcategoria A1.1 - Reconhecendo-se impotente frente à falta de conhecimento da doença:** Gerando sensação de incerteza pelo pouco entendimento da COVID-19, trazendo inúmeros desafios pelo seu comportamento incerto no Brasil.

- Elucidando a falta de conhecimento da doença no início da pandemia (M5.1);
- Tendo receio no início sobre a COVID-19, e pouco entendimento sobre a doença (TE1.1);
- Lidando com sentimentos de medo e impotência, por desconhecer a doença (TE11.9);
- Reconhecendo a pandemia como desconhecida e inesperada (TE11.2);
- Vivenciando, no início, o medo e o susto de algo novo, ainda não experimentado (TE9.1);
- Elucidando o nervosismo e a ansiedade de não saber o que está por vir (TE5.1);
- Lidando com essa situação caótica mundial que se tornou a COVID-19 (M5.6);
- Temendo acontecer no Brasil o que estava ocorrendo em outros países (TE10.6);
- Elucidando o desafio do novo e o comportamento diferente da COVID-19 no Brasil (M7.1);
- Relatando insegurança por ser uma doença desconhecida e de comportamento incerto no Brasil (E3.2);
- Referindo no começo: um pânico, uma tensão, muito difícil de controlar o emocional, quando interagindo com casos de COVID-19 positivo (M2.2);
- Tendo muito medo em relação à doença, causada pelas incertezas que a cerca (TE12.9);
- Temendo as incertezas que a nova doença acarreta (TE13.12).
- Reafirmando o medo do desconhecido, de não saber como a vida e o trabalho ficará (M3.4);
- Tendo a tensão de estar numa situação em que a gente não conhecia e, ainda, não conhece muito bem (E1.9).

**APÊNDICE B – Item A) Percepção dos profissionais de saúde com a chegada da pandemia no país.**

**Quadro 3: Subcategoria A1.2 Comparando a pandemia do COVID-19 com a pandemia do H1N1:** percebendo a contaminação e o medo muito maior com a COVID-19, disseminação mundial de uma nova doença que nos parecia longe, e chegou rapidamente em nosso cotidiano, trazendo muita indecisão.

- Comparando a pandemia do COVID-19 com a pandemia do H1N1 (TE13.7)
- Percebendo essa pandemia com um risco de contágio superior à pandemia de H1N1(TE13.8); - Vivenciando essa experiência ruim, bastante amedrontada com tudo isso que não tinha na outra pandemia (TE13.9).

**Quadro 4: Categoria A2- Legitimando a gravidade da doença no cotidiano de trabalho:** significa ficar aflito e magoado pela situação, causa de sofrimento e angústia pelo pouco conhecimento da doença e seu comportamento incerto e causador de sequelas que impactam na recuperação da doença.

- Vendo pacientes com sintomas leves e outros de maior gravidade necessitando de UTI (E1.2);
- Entristecendo-se pela condição que os pacientes saem da UTI, com muitas sequelas (TE8.32);
- Lembrando que a doença é desconhecida e as reações são diferentes em cada pessoa (TE8.33);
- Expondo que os sintomas podem ser leves ou reações inesperadas, com sequelas importantes (TE8.34);
- Vivenciando um período difícil e que as sequelas foram regredindo e os pacientes melhorando (TE8.35);
- Sentindo-se assustada com a rapidez com que os pacientes ficam instáveis (E5.10);
- Vendo pacientes jovens sem comorbidades falecerem pela doença (E5.11);
- Reafirmando que assustou novamente, vendo os hospitais lotados (E5.12);
- Sentindo ansiedade, angústia e medo com o aumento de casos graves (E5.13);
- Percebendo aumento de casos, e não sendo divulgados pela mídia (TE2.8);
- Chorando pela percepção de que o que tem valor são as pequenas coisas (TE10.22).

**APÊNDICE B – Item A) Percepção dos profissionais de saúde com a chegada da pandemia no país.**

**Quadro 5: Subcategoria A2.1- Sentimento de medo e angústia ao se deparar com uma pandemia na magnitude da COVID-19:** as emoções expressas pela equipe da linha de frente no combate à COVID-19. Algo nunca vivenciado, onde sentimentos e habilidades foram colocados à prova, sem tempo para treinamentos; e os protocolos foram sendo criados, ajustados e discutidos no curso da doença.

- Elucidando a pandemia como algo com muita morte e conflito interno (TE9.2);
- Considerando a pandemia desconhecida e todos tentando se adequar com a nova realidade (TE9.12).
- Enfatizando a ansiedade da equipe sobre o desconhecimento da doença e como ela se comportará (E2.6);
- Lutando contra inimigo invisível (E6.6).
- Sendo muito complicado, no começo, ser um trabalhador de saúde (TE11.3);
- Elucidando as incertezas de uma nova doença, com poucos estudos sobre ela (TE12.2);
- Reafirmando as incertezas em relação a tudo que envolve a doença (TE12.5);
- Sabendo muito pouco como enfrentar o vírus (TE13.3);
- Experimentando uma situação que não sabia como seria e como enfrentar tudo isso (M2.3);
- Dizendo ser uma situação inesperada e nunca vivenciada (TE10.2);
- Preocupando-se quanto tempo isso vai durar (M3.6);
- Relatando que ninguém tinha noção do que estava por vir (TE10.3);
- Observando que sentia segurança para o cuidado; em patologias conhecidas, o risco de contaminação nessa pandemia é desconhecido e virulência maior (E2.2).

**APÊNDICE B – Item A) Percepção dos profissionais de saúde com a chegada da  
pandemia no país**

**Quadro 6: Subcategoria A2.2 - Relatando sentimentos por ser linha de frente, expondo-se aos riscos e travando uma batalha frente ao invisível:** que repentinamente muda, causando surpresas e imprevistos, convivendo com o medo diariamente do inimigo invisível e imprevisível.

- Expressando que cada dia tem sido uma batalha e uma indecisão (M3.1);
- Experimentando algo diferente, inusitado e inesperado (M6.1);
- Relatando que tudo que é novo, inesperado e inusitado, assusta e traz uma estranheza (M6.7);
- Sentindo-se inseguro com a pandemia (E2.1);
- Referindo insegurança no cuidado, e risco de contaminação (E2.3);
- Sentindo medo e receio em alguns momentos (E4.2);
- Percebendo a equipe muito amedrontada durante a pandemia (E4.3);
- Trabalhando com todas as responsabilidades inerentes a profissão e o medo da COVID-19 (E6.5);
- Estando na linha de frente e se expondo a todos os riscos (AE1.2);
- Elucidando toda a equipe assustada e com medo (TE13.10);
- Descrevendo a enfermagem como linha de frente desse problema (TE13.2);
- Descrevendo que desde o começo da pandemia vem atendendo casos respiratórios positivos para COVID-19(E1.1);
- Expressando medo de contaminação enquanto profissional de enfermagem (E6.2).

**APÊNDICE B – Item A) Percepção dos profissionais de saúde com a chegada da  
pandemia no país**

**Quadro 7: Subcategoria A2.3 Sofrendo psicologicamente com a experiência cotidiana da doença, contaminação da equipe e a gravidade da doença:** representa o sentimento de apreensão, inquietação e medo causados pela propagação da doença na equipe após o atendimento dos primeiros pacientes contaminados com a COVID-19, mostrando a virulência e rapidez de sua transmissibilidade.

- Reconhecendo que ainda há pânico quando alguém próximo ou um profissional da equipe está sendo diagnosticado (M2.13);
- Relembrando os primeiros profissionais da unidade contaminados (05 de uma só vez) (E6.12);
- Preocupando-se com a contaminação dos colegas de profissão (TE2.3);
- Sentindo-se apreensiva com o aumento da contaminação dos colegas (TE2.4);
- Tendo a insegurança de desconhecer os resultados dos primeiros pacientes suspeitos atendidos na unidade (E6.11);
- Trabalhando triste e angustiada com a situação da pandemia (E7.10);
- Expressando o medo da doença com uma gargalhada (AE1.9);
- Relembrando o início assustador, com muitos contaminados e mortos (TE 6.7);
- Relembrando o início da pandemia, que foi bem pior, e quanto a equipe se encontrava muito amedrontada (TE5.9);
- Elucidando, o medo ainda existe (TE7.8);
- Percebendo que pelos colegas, também começou a ficar apreensiva (TE10.8);
- Vivenciando uma experiência triste pela contaminação dos colegas (TE10.21);
- Expondo a primeira vez que ficou na emergência com um paciente suspeito de COVID-19 (TE10.10);
- Trabalhando com uma doença nova e que tratavam todos os pacientes como suspeito de COVID-19 (E3.10);
- Sentindo a equipe insegura para lidar com a situação (TE9.10);
- Considerando os atendimentos de pacientes graves tensos, equipe com medo de contaminação (E1.13).

**APÊNDICE C – Item B) Revelando as deficiências, despreparo e dificuldades da Rede de Urgência no combate a pandemia da magnitude da COVID-19. Preocupando-se com a falta e a qualidade generalizada de EPIs**

**Quadro 8: Categoria B1 - Sentindo o despreparo mundial no enfrentamento da pandemia de COVID-19:** apoio insuficiente da instituição frente a uma situação nova: a falta de respostas aos questionamentos gerou tensão e medo na equipe.

- Dizendo que falta respaldo da administração (E4.4);
- Entendendo que a administração não sabe como reagir frente a uma situação nova (E4.5);
- Percebendo a falta de respostas para lidar com a situação (TE9.11);
- Descrevendo o despreparo do município e da equipe no início da pandemia (TE11.5);
- Ficando com medo de tudo, enfrentando a pandemia sem preparo (TE11.4);
- Dizendo o quanto as mudanças foram tensas no início da pandemia (E1.7).

**Quadro 9: Subcategoria B1.1 - Convivendo com a falta de protocolos definitivos e treinamentos insuficiente e atemporal oferecido pela vigilância:** Destacando a falta de treinamento e pouca resolutividade causada pela falta de definição dos protocolos e fluxo de atendimento, com isso, gerando insegurança na equipe.

- Liberando o paciente porque não tem critérios para internação, mesmo quando deveria investigar (M1.2)
- Dizendo que não temos dinheiro suficiente para investigação da doença (M1.3);
- Devendo seguir um protocolo, não é o que existe na nossa cidade, pelo menos não tem estrutura para isso, sei lá... (M1.7);
- Trabalhando nos bastidores, contato indireto com paciente, contato direto com tudo que poderia dar errado no início da pandemia (E5.6);
- Relatando o despreparo da equipe e a mudança frequente dos protocolos de atendimento (TE9.8);
- Reafirmando a dificuldade no andamento do trabalho com as mudanças de protocolos contínuos (TE9.9);
- Relatando o treinamento realizado pela vigilância: foi ineficiente e pouco produtivo (TE10.12);
- Afirmando que o treinamento realizado não condiz com a realidade do momento (TE10.13);
- Enfatizando que a vigilância não colaborou com o treinamento da equipe (TE10.16);
- Percebendo que toda equipe da UPA está despreparada, falta treinamento de paramentação e desparamentação (TE8.28).

**APÊNDICE C – Item B) Revelando as deficiências, despreparo e dificuldades da Rede de Urgência no combate à pandemia da magnitude da COVID-19. Preocupando-se com a falta e a qualidade generalizada de EPIs**

**Quadro 10: Subcategoria B1.2 Sentindo-se desamparado em relação à instituição:** consiste em não contar com a proteção do seu empregador, local de trabalho não garantido o fornecimento e a reposição imediata dos EPIs, conforme a legislação vigente durante a pandemia.

- Relatando a falta de zelo da instituição pela saúde dos profissionais (E2.6);
- Sentindo-se desprotegido pela instituição de trabalho (E2.4);
- Referindo necessidade de comprar EPIs (TE1.10);
- Tendo descaso com os profissionais de saúde (TE2.9);
- Sentindo-se desvalorizada pelo empregador, pelos EPIs de péssima qualidade que foram disponibilizados (TE 2.20);
- Destacando a qualidade ruim dos EPIs na unidade, no início da pandemia (TE3.12);
- Reafirmando que os EPIs não eram adequados ao treinamento oferecido (TE10.14);
- Sentindo-se apreensiva com os equipamentos ruins disponíveis na unidade (TE3.13);
- Dizendo que na linha de frente os EPIs não são adequados (TE6.4);
- Afirmando que máscaras doadas não são adequadas conforme os padrões estabelecidos por órgãos competentes (TE5.6).

**Quadro 11: Subcategoria B1.3 - Queixando-se da organização estrutural do trabalho:** tratamento diferente entre membros da equipe, desde o treinamento, fluxos de atendimento mal definidos e indefinição dos gestores em afastar ou não funcionários com comorbidades.

- Sentindo-se insegura pela falta de treinamento para equipe de técnicos, apenas algumas orientações do enfermeiro (TE10.11);
- Retomando a falha na instituição em definir fluxos, mal defini-los e respaldar a equipe (E2.13);
- Cobrando a falta de respostas resolutivas dos gestores aos questionamentos sobre fluxo (E2.14);
- Incomodando-se com o fluxo e o fato de não haver separação na sala de emergência de pacientes com COVID-19 e outras patologias (E2.15);
- Relembrando a indefinição dos gestores em afastar ou não funcionários com comorbidades (E7.6).

**APÊNDICE C – Item B) Revelando as deficiências, despreparo e dificuldades da Rede de Urgência no combate à pandemia da magnitude da COVID-19. Preocupando-se com a falta e a qualidade generalizada de EPIs**

**Quadro 12: Categoria B2 - Lidando com dificuldades gerenciais na pandemia, equipe apavorada e temORIZADA:** traduz o que torna uma situação difícil, custosa, atrapalhando o desenvolvimento da equipe e a tribulação para completar a escala; equipe sem estímulos, desanimada, cansada e com sentimento de medo.

- Relatando a redução dos atendimentos no início da pandemia (TE4.5);
- Assumindo chefia da unidade no início da pandemia (E7.4);
- Destacando o desfalque na escala dos funcionários contaminados pela COVID-19 (E7.7);
- Percebendo a desmotivação dos funcionários e cansaço para cobrir a escala (E7.9);
- Dizendo a dificuldade de completar a escala com plantões extras (E7.8);
- Elucidando que esse apoio nem sempre existia, devido ao medo e apreensão de toda equipe (TE3.9).

**Quadro 13: Subcategoria B2.1 Afirmando as dificuldades encontradas para definir o diagnóstico no início da pandemia:** caracterizando o quanto a falta de realização de testes em todos os pacientes impactava na intervenção e conduta, com isso, contaminando a equipe por desconhecer a doença e o seu comportamento incerto/inespecífico.

- Elucidando minha experiência aqui na emergência, é que a gente aqui, na saúde pública, está despreparada para atender uma pandemia (M1.1)
- Lidando no início da pandemia, com a falta de testes em pacientes com sintomas leves, testava apenas os casos graves, afastamento de todos (M4.2);
- Lembrando a morosidade para saber o diagnóstico (M4.3);
- Constatando o momento difícil em relação à pandemia e ao aumento no número de atendimentos na UPA (M8.3);
- Percebendo que inicialmente os pacientes atendidos na unidade com COVID-19 tinham sintomas inespecíficos (E6.18)
- Reforçando que houve muita exposição da equipe no início, devido aos sintomas inespecíficos, doenças crônicas agudizadas (E6.19);
- Expondo a equipe, descobrindo depois dos primeiros atendimentos, que o paciente está contaminado com COVID-19 (TE12.8).

**APÊNDICE C – Item B) Revelando as deficiências, despreparo e dificuldades da Rede de Urgência no combate à pandemia da magnitude da COVID-19. Preocupando-se com a falta e a qualidade generalizada de EPIs**

**Quadro 14: Subcategoria B2.2 Sofrimento gerado pela desvalorização e exclusão na testagem dos funcionários:** sensação de desmerecimento, desmotivado com a suspensão dos benefícios adquiridos; e exaustão física e psicológica adquiridos com a chegada da pandemia.

- Acrescentando a chegada dos testes, e a falta de prioridade na realização nos profissionais de saúde (TE2.10);
- Relatando a falta de zelo da administração com os profissionais de saúde (TE2.11);
- Referindo o medo da administração em realizar testagem e gerar afastamentos (faltar profissionais para trabalhar) (TE2.12);
- Reafirmando a desvalorização, vendo os benefícios suspensos (TE2.23);
- Relatando a desvalorização, o cansaço físico e psicológico que a pandemia desencadeou (TE2.24).

**Quadro 15: Subcategoria B2.3 Gerando sofrimento a possibilidade de se tornar um propagador da doença:** sentimento de medo e angústia para desempenhar suas atividades laborais; pela pouca qualidade dos EPIs disponibilizados nos locais de trabalho, sensação de estar sempre contaminada ao utilizar os EPIs fornecidos.

- Dizendo-se assustado com a nova doença, mesmo com os EPIs e as orientações apresentadas (AE1.3);
- Tendo muito medo de trabalhar, mesmo utilizando os EPIs disponíveis (TE7.3);
- Preocupando-se com infecção e reinfecção, com receio e medo de trabalhar (TE13.4);
- Conformando-se com o fato de ter EPIs e equipamentos com pouca qualidade, alegando os que não têm (TE3.14).
- Descrevendo a preocupação da equipe em utilizar os EPIs em todos os atendimentos (TE4.6);
- Elucidando a insegurança em desconhecer se está contaminada e contaminando outras pessoas (TE2.13);
- Convivendo com o receio de o colega estar contaminado e ninguém saber (TE8.25);
- Imaginando que todo lugar em que tocou, ficou contaminado, mesmo o paciente não sendo confirmado para COVID-19 (TE10.18);
- Querendo tomar banho para se sentir limpa, sensação de estar contaminada (TE10.19).

**APÊNDICE C – Item B) Revelando as deficiências, despreparo e dificuldades da Rede de Urgência no combate à pandemia da magnitude da COVID-19. Preocupando-se com a falta e a qualidade generalizada de EPIs**

**Quadro 16: Subcategoria B2.4 Equiparando as instituições onde trabalha, as mudanças e sentimentos que envolveram:** estabelecendo semelhanças, diferenças e dificuldades entre os vínculos empregatícios que possui, os sentimentos de susto, medo, tristeza, e angústia permanecem, enaltecendo o despreparo da prefeitura para lidar com a pandemia.

- Comparando os dois vínculos empregatício que possui: Hospital Estadual e Prefeitura (AE1.4);
- Vendo que o Hospital Estadual está mais bem preparado para atender uma pandemia (AE1.5);
- Afirmando que o Hospital está mais bem preparado para atender os casos COVID-19 (TE8.21);
- Relatando que o sentimento de trabalhar no Hospital e na UPA foi diferente dos pacientes do Hospital eram COVID-19 confirmados (TE8.19);
- Vivenciando um grande choque quando foi transferida para ala de COVID-19, no hospital que trabalha (TE8.1);
- Dizendo que foi comunicada com 01 dia de antecedência sobre a transferência (TE8.2);
- Ficando assustada com a mudança inesperada (TE8.3);
- Sentimento de medo foi maior no hospital que era unidade referência para a doença (TE8.20);
- Expressando sentimento de tristeza, e mudança de planos em relação ao seu outro emprego (E4.6);
- Relatando mudanças em todos os sentidos nos dois empregos que possui (E4.1);
- Considerando as regras no Hospital são mais bem estabelecidas de lá o avental é desprezado após o uso, na Upa ele é reutilizado (TE8.27).

**APÊNDICE C – Item B) Revelando as deficiências, despreparo e dificuldades da Rede de Urgência no combate à pandemia da magnitude da COVID-19. Preocupando-se com a falta e a qualidade generalizada de EPIs**

**Quadro 17: Categoria B3 - Mobilizando-se para conseguir EPIs com doações:** movimento realizado para suprir a falta de EPIs, minimizado pelo empenho de funcionários e população que não mediu esforços para colaborar com os profissionais da linha de frente.

- Conseguindo doações com colegas do trabalho (TE1.12);
- Lembrando que aventais foram confeccionados através do empenho de vários profissionais (TE1.13);
- Vendo que a busca por EPIs foi iniciativa dos profissionais da linha de frente (TE2.19);
- Comprando EPIs de melhor qualidade, para assegurar melhor proteção (TE 2.21);
- Recebendo doações da população que se mostraram preocupadas com a falta de EPIs (TE2.22);
- Lembrando que a maioria dos EPIs provém de doação (TE5.5);
- Relatando, no início, o desespero por medo da falta de EPIs achando que faltaria, porém, não faltou, devido à adequação com doações (M4.9).

**Quadro 18: Subcategoria B3.1 - Gerando sofrimento pela falta de EPIs:** traduz a sensação do profissional em estado de alerta, mediante a insuficiência quali-quantitativa de EPIs, a qual gerou insegurança, medo e impotência ao presumir-se potencialmente contaminado e transmissor do Coronavírus e, portanto, parte da cadeia do processo de transmissão da doença

- Elucidando falta de EPIs para os profissionais, com certeza para todos (M1.8);
- Sofrendo com a falta de paramentação adequada (E2.4),
- Relembrando a luta para conseguir paramentação adequada e a insegurança que isso gerou (E2.5);
- Vivenciando o medo no início da pandemia pela falta de EPIs (TE2.1);
- Preocupando-se em propagar o vírus, mesmo com a utilização dos EPIs (TE2.15);
- Dizendo os EPIs que não estão adequados e, tentando adaptar à realidade da unidade (TE1.9);
- Referindo falta de EPIs no início da pandemia (E3.7);
- Silêncio ... Preocupando-se com a paramentação, insegura em relação à falta de EPIs (TE8.23);
- Sentindo-se insegura para trabalhar na UPA (8.22);
- Tendo medo de faltar material e como seria o início da pandemia (TE5.2).

**APÊNDICE C – Item B) Revelando as deficiências, despreparo e dificuldades da Rede de Urgência no combate à pandemia da magnitude da COVID-19. Preocupando-se com a falta e a qualidade generalizada de EPIs**

**Quadro 19: Subcategoria B3.2 Reconhecendo a importância de utilizar EPIs como medidas de prevenção e controle de infecção:** aquilo que é importante, relevante e superior, ou seja, os EPIs devem ser utilizados pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde para evitar/reduzir a transmissão de microrganismos durante qualquer assistência à saúde realizada.

- Aprendendo conceitos básicos a cerca de precaução padrão esquecidos no dia-a-dia (M2.6);
- Percebendo a mudança de todos os profissionais em relação à precaução padrão (M5.7);
- Reforçando a mudança de comportamento da equipe em relação à prevenção e à utilização de precaução padrão após início da COVID-19 (M5.9);
- Atentando para a importância do uso de EPI, como a máscara que deveria ser utilizada rotineiramente (M6.3);
- Tendo o uso correto de EPIs por toda a equipe (TE7.15);
- Considerando a lavagem das mãos e os EPIs disponíveis (óculos, máscaras, gorro) para proteção da equipe (TE7.16);
- Acrescentando que toda equipe está utilizando todos os EPIs disponíveis e preconizados pela vigilância epidemiológica e o ministério da saúde (M7.7).
- Utilizando os EPIs disponíveis e buscando todo o conhecimento necessário (E6.7);
- Realizando paramentação correta e segura, evitando contaminação (TE7.18);
- Sentindo-se protegida pelos EPIs fornecidos pelo hospital, o que assegura também um apoio psicológico (TE8.13);
- Relatando que a equipe deve ter autocuidado e aprender sobre precaução padrão (TE8.30).

**Quadro 20: Subcategoria B3.3 - Entristecendo-se frente ao posicionamento e fragilidade psicológica dos colegas frente à doença e ao contágio:** sentimento de preocupação pelo comportamento e fala dos colegas, relatos de desespero ao abrir mão de recursos disponíveis à manutenção da vida e da saúde.

- Sentindo-se triste pelas colegas que perderam o rumo no início da pandemia (TE10.4);
- Vendo as colegas depressivas e com uma preocupação excessiva em relação à doença (TE10.5);
- Elucidando as colegas dizendo abrir mão da vida e do ventilador mecânico o que a deixou entristecida (TE10.9).

**APÊNDICE C – Item B) Revelando as deficiências, despreparo e dificuldades da Rede de Urgência no combate à pandemia da magnitude da COVID-19. Preocupando-se com a falta e a qualidade generalizada de EPIs**

**Quadro 21: Subcategoria B3.4 - Relembrando as vezes em que pensou em desistir:** abandonar a profissão que escolheu, fragilizada emocionalmente no exercício de uma prática conturbada; e, ainda, não experimentada, buscando forças para prosseguir nos momentos difíceis da pandemia.

- Apresentando dificuldade de expor sentimentos (TE4.4) ;
- Aprendendo a lidar emocionalmente no exercício de uma prática conturbada (meio do furacão) (M2.5);
- Relembrando as vezes que chorou em casa e pensou em desistir (TE8.9);
- Pensando em desistir e buscando forças para prosseguir (8.10);
- Enaltecendo que não irá desistir, mas foram momentos difíceis (TE8.11).

**APÊNDICE D – Item C) Mudanças nas rotinas do convívio familiar, a pandemia no contexto das relações familiares e sociais, comprometendo as relações afetivas. Preocupando-se com a flexibilização dos cuidados dos profissionais e da população no decorrer da pandemia**

**Quadro 22: Categoria C1 - Sentindo a preocupação da família em relação à saúde do profissional:** Apreensão da família em relação à doença, familiares apavorados e inseguros devido aos riscos inerentes a profissão, sendo linha de frente nesse momento.

- Sentindo minha família apavorada, estão sem sair de casa porque são pessoas idosas, tem comorbidades estão com medo (M1.4);
- Vivenciando a preocupação recíproca com a saúde da família e a família com nossa saúde (M2.4);
- Relatando o distanciamento familiar nesse momento de pandemia (M7.3);
- Contando a preocupação com os pais que são grupo de risco e a decisão de mudança de domicílio para a proteção deles (M8.2);
- Relatando a tensão familiar em relação ao COVID-19 (E7.1);
- Reforçando a tensão e as comorbidades da família e a cobrança de alguns familiares para a mudança de domicílio (E7.2);
- Referindo o medo da família e a necessidade do distanciamento (TE2.5);
- Contando que os familiares com comorbidades estão isolados no quarto (TE12.6);
- Lembrando que a irmã não sai na rua, para não se contaminar (TE12.7);
- Assistindo ao noticiário, que apavora a população (M1.5).

**APÊNDICE D – Item C) Mudanças nas rotinas do convívio familiar, a pandemia no contexto das relações familiares e sociais, comprometendo as relações afetivas. Preocupando-se com a flexibilização dos cuidados dos profissionais e da população no decorrer da pandemia**

**Quadro 23: Categoria C2 Temendo pela contaminação da família:** Sentimento de medo e insegurança em transmitir o vírus aos familiares e amigos, pensando estar contaminada e contaminando todos ao redor, experiência ruim de levar doença aos familiares.

- Sentindo medo, principalmente pela família, pelos colegas, pela equipe médica e de enfermagem (M3.2);
- Preocupando-se em levar contaminação para família (M5.14);
- Preocupando-se em levar contaminação para os familiares (E2.11);
- Reforçando a preocupação de contaminar as pessoas da família e que não se preocupa em adquirir a doença, mas sim levar a pessoas inocentes (E2.12);
- Preocupando-se com a contaminação da família (E6.3);
- Expressando o medo e a insegurança em transmitir o vírus aos familiares (TE 2.14);
- Preocupando-se com a evolução da doença e a insegurança de contaminar familiares (TE 5.11);
- Temendo levar contaminação aos familiares e amigos (TE6.2);
- Temendo pela contaminação da família (TE7.19);
- Passando pela experiência e medo de estar contaminada, temendo pela família (TE9.4);
- Percebendo todo mundo tenso e preocupado com a família, experiência ruim (TE 10.20);
- Preocupando-se em não se contaminar e não levar contaminação para casa (TE11.8);
- Temendo pela família; no início, medo de levar contaminação para casa (TE11.11);
- Relembrando o começo difícil da pandemia, temendo pelo filho pequeno (TE11.12);
- Tendo comorbidade e medo de levar contaminação aos familiares com comorbidades (TE13.5);
- Afirmando o medo de levar a doença para as pessoas que convive (TE13.6);
- Reafirmando o medo de contaminar familiares e amigos (TE13.11).

**APÊNDICE D – Item C) Mudanças nas rotinas do convívio familiar, a pandemia no contexto das relações familiares e sociais, comprometendo as relações afetivas. Preocupando-se com a flexibilização dos cuidados dos profissionais e da população, no decorrer da pandemia**

**Quadro 24: Subcategoria C2.1 Sofrendo pelo distanciamento da família:** Expressando as dificuldades que o distanciamento da família gerou, as mudanças na comunicação e a falta do apoio emocional que a família proporciona, principalmente em dias difíceis, ressaltando as relações afetivas entre os seus membros.

- Relatando o distanciamento dos pais desde o início da pandemia, dizendo que moram em outra cidade e não pode ir visitá-los (M4.10);
- Afastando-se da família por 02 meses, com medo de levar contaminação para a mãe que tem asma (M5.15);
- Expressando o distanciamento dos avós, que são idosos e com comorbidades, comunicação por chamadas de vídeo (E5.2);
- Enaltecendo a falta dos familiares (TE3.6);
- Relatando que a família é o apoio emocional necessário em tempos difíceis (TE3.7).

**Quadro 25: Subcategoria C2.2 - Compartilhando a dificuldade em manter-se afastado da família:** Vivenciando o quanto os laços familiares são o apoio imprescindível, utilizando as medidas de distanciamento, uso de álcool gel e máscara, porém, buscando o apoio e fortalecimento no convívio familiar.

- Relatando dificuldade em manter-se afastado da mãe, voltou a visitá-la, mantendo cuidados como máscara, álcool gel e distanciamento (M5.16);
- Relatando a dificuldade em não conviver com a família por mais de dois meses.
- Elucidando o apego à mãe e a falta da convivência e quanto isso a abalou (E3.9);
- Dizendo não conseguir se distanciar dos pais, diminuindo as visitas e utilizando máscaras para vê-los (E5.3);
- Expressando a dificuldade em ficar longe da família (TE3.2);
- Reafirmando que sua maior dificuldade é manter o distanciamento dos familiares (TE3.5).

**APÊNDICE D – Item C) Mudanças nas rotinas do convívio familiar, a pandemia no contexto das relações familiares e sociais, comprometendo as relações afetivas. Preocupando-se com a flexibilização dos cuidados dos profissionais e da população no decorrer da pandemia**

**Quadro 26: Subcategoria C2.3 - Preocupando-se em conscientizar a família em relação à doença e as medidas de isolamento:** Percebendo que os familiares têm dificuldades em entender as regras de isolamento, tentando esclarecer com informações corretas e não com as informações transmitidas pela mídia, que não condizem com a realidade vivenciada no dia a dia.

- Relatando a dificuldade da família em entender que o contágio da doença não ocorre apenas por transmissão respiratória (TE1.6);
- Explicando aos familiares as precauções por contato e sua importância (TE1.7);
- Procurando passar informações corretas aos familiares para não buscar informações na mídia (TE2.6);
- Dizendo que as informações transmitidas pela mídia são diferentes da nossa realidade (TE2.7);
- Orientando a família em relação à doença e aos cuidados de higiene (TE7.22);
- Relatando que a família não tem medo da doença (AE1.6).

**Quadro 27: Subcategoria C2.4 - Protegendo-se ao chegar em casa:** consiste em **defender**, afastar algo ou alguém do perigo, redobrar os cuidados ao chegar em casa, para não contaminar sua família, resguardando, dessa maneira quem ama, valorizando a saúde da família.

- Protegendo-se para não contaminar as pessoas que ama (TE6.3);
- Realizando cuidados ao chegar em casa, para proteger a família (TE7.20);
- Dizendo “quem ama, cuida”; e que filhos pensam ser exagerado o cuidado da mãe (paranoia) (TE7.21);
- Tomando todos os cuidados ao chegar em casa (TE11.13);
- Tomando medidas de prevenção e proteção em casa (TE11.16);
- Buscando realizar seu trabalho e resguardar sua família (TE11.18);
- Valorizando a saúde da família, cuidando de quem está próximo (TE7.24).
- Sendo uma pessoa positiva para não preocupar a família (AE1.7);
- Preocupando-se ao chegar em casa para não levar contaminação do ambiente de trabalho para os familiares (M2.8);
- Experimentando uma nova realidade de ficar em casa com a família (TE4.3).

**APÊNDICE D – Item C) Mudanças nas rotinas do convívio familiar, a pandemia no contexto das relações familiares e sociais, comprometendo as relações afetivas. Preocupando-se com a flexibilização dos cuidados dos profissionais e da população no decorrer da pandemia**

**Quadro 28: Categoria C3 - Inconformando-se com a incredulidade da população brasileira em relação à doença e seu contágio:** é a revolta diante da adversidade, que se constata mediante ao fato das pessoas não acreditarem na ação do vírus; a dificuldade da compreensão da doença por parte da população gera angústia e sofrimento nos profissionais que não conseguem entender a população que não segue as orientações transmitidas por profissionais e pela comunidade científica mundial.

é a revolta diante da adversidade, que se constata mediante ao fato das pessoas não acreditarem na ação do vírus; a dificuldade da compreensão da doença por parte da população gera angústia e sofrimento nos profissionais que não conseguem entender a população que não segue as orientações transmitidas por profissionais e pela comunidade científica mundial.

- Vivenciando que na unidade de saúde as pessoas não estão com medo porque continuam procurando o serviço de urgência e emergência, para situações não urgentes, julgando que as pessoas querem sair de casa, acho que é isso (M1.6);
- Lidando com pacientes que não acreditam na doença (E5.9);
- Observando a incredulidade da população em relação à doença (E5.14);
- Angustiado-se em relação à população, que desacredita que a doença exista (E5.15)
- Percebendo que a população não segue as recomendações dos profissionais de saúde (TE2.16);
- Relatando a dificuldade dos brasileiros em acatar as normas de distanciamento, a não utilização das máscaras, achando que o álcool gel irá resolver tudo (TE2.17);
- Considerando que, por mais informados que estejam, a população não segue as orientações (TE2.18);
- Expondo que a população não tem educação na pandemia (TE6.5);
- Considerando que nunca houve uma pandemia dessa grandeza e que a população está com dificuldade para adaptar-se (TE 6.6);
- Sentindo que as pessoas não acreditam na doença (TE7.6).

**APÊNDICE D – Item C) Mudanças nas rotinas do convívio familiar, a pandemia no contexto das relações familiares e sociais, comprometendo as relações afetivas. Preocupando-se com a flexibilização dos cuidados dos profissionais e da população no decorrer da pandemia**

**Quadro 29: Subcategoria C3.1 - Descuidando-se no decorrer da pandemia:** Atitude irrefletida, imprudente, causando o desleixo dos profissionais da linha de frente para contrair a doença, ou por já ter contraído ou baixando a guarda em relação aos EPIs, isolamento social, aglomeração em áreas comuns da unidade de trabalho.

- Vendo que o próprio pessoal da saúde está desencanando dessa proteção, estão perdendo o medo, na verdade (M1.10);
- Dizendo que os profissionais de saúde acham que não vão pegar, sei lá (M1.11)
- Elucidando a diminuição do medo no decorrer da pandemia no Brasil (TE1.5);
- Tendo dificuldades com o isolamento e permanecer em casa, longe do convívio social (TE4.2);
- Permanecendo preocupada com familiares e amigos, porém sem a devida importância (TE6.9);
- Dizendo que o medo passou após ser acometida pela COVID-19 (TE7.4);
- Elucidando a aglomeração de funcionários na copa, na hora do jantar (TE8.24);
- Percebendo a equipe aglomerada na copa, não despreza o avental de maneira adequada, e o deixam pendurados (TE8.26).

**Quadro 30: Subcategoria C3.2 - Percebendo a dificuldade de adesão do isolamento:** é um comportamento no qual o indivíduo deixa de participar voluntariamente (ou não) de atividades sociais em grupo, como trabalho e entretenimento. É a principal medida de controle para combater o avanço da COVID-19, e consiste em privar o indivíduo infectado de contato com outras pessoas, para evitar a disseminação da doença.

- Lembrando que a parte do isolamento é muito complicada e que não pode trabalhar (E3.4);
- Entendendo, agora, as dificuldades dos pacientes em manter o isolamento (E3.5);
- Aguardando resultado de exames, isolada 02 dias no quarto (TE9.5);
- Descrevendo o isolamento como uma experiência única de muito medo e muita reflexão (TE 9.6);
- Compartilhando que foi contaminada pela COVID-19 e teve sintomas leves, isolada em casa por 14 dias (TE11.19).

**APÊNDICE D – Item C) Mudanças nas rotinas do convívio familiar, a pandemia no contexto das relações familiares e sociais, comprometendo as relações afetivas.  
Preocupando-se com a flexibilização dos cuidados dos profissionais**

**Quadro 31: Subcategoria C3.3 Deplorando-se com a falta de conscientização e adesão dos profissionais para usar EPIs em todos os atendimentos:** significa defrontar com a falta de preocupação dos profissionais em utilizar as precauções padrão, que devem ser implementadas em todos os atendimentos independentemente do diagnóstico do paciente.

- Observando que muitos profissionais não se importam em usar o EPI do jeito que deveria ser usado em todo momento (M1.9);
- Observando a falta de precaução padrão dos profissionais ao manipular pacientes e materiais médico-hospitalares (M5.8);
- Relembrando as vezes em que realizou procedimento sem a paramentação adequada e, reafirmando a necessidade de estabelecer precaução padrão a todos os pacientes, independente da patologia (M5.10);
- Reafirmando, novamente, a falta de cuidado para realizar procedimentos, não utilização de EPIs e não utilização de precaução padrão (M5.12);
- Afirmando a pouca utilização de precaução padrão rotineiramente e a falta de paramentação adequada (E1.4);
- Reafirmando o pouco uso de EPIs, como exemplo o uso de máscara nos procedimentos de intubação (E1.5).

**APÊNDICE E – Item D) A resiliência dos profissionais de saúde da Rede de Urgência, durante o curso da pandemia**

**Quadro 32: Categoria D1 - Construindo conhecimento técnico-científicos para o enfrentamento da doença:** diversas adequações realizadas no início da pandemia para melhorar e organizar o fluxo de atendimento; construção de protocolos de assistência; de modos de ventilação e condutas.

- Relembrando como as condutas mudavam em relação de uma semana para outra (M5.2);
- Exemplificando as mudanças que ocorreram no decorrer do curso inicial da doença, o uso de medicações os modos de ventilação (M5.3);
- Reconhecendo novas formas de trabalho e novas metodologias (M6.2);
- Trabalhando com a divisão dos atendimentos para melhor organização do fluxo, evitando a contaminação cruzada (M8.4);
- Considerando separação de fluxo, onde os casos respiratórios foram separados dos demais foi essencial para a melhoria na qualidade da assistência prestada ao usuário (E6.20);
- Adaptando as técnicas para a nova rotina na COVID-19, exemplificando a não utilização de ambú na técnica de intubação, acoplando o paciente direto no ventilador mecânico (E1.6);
- Precisando se adequar e adaptar às novas rotinas e técnicas (E1.8);
- Descobrimo, a cada dia, uma coisa nova, novo tratamento, uma nova medicação (M3.3);
- Relatando a mudança diária dos protocolos de atendimento e orientações no início da pandemia (TE2.2);
- Relatando as mudanças diárias nos protocolos de atendimento (TE11.6);
- Dizendo sobre as mudanças frequentes em relação ao cuidado e tratamentos (TE12.3).

**APÊNDICE E – Item D) A resiliência dos profissionais de saúde da Rede de Urgência, durante o curso da pandemia**

**Quadro 33: Subcategoria D1.1 - Buscando conhecimento para enfrentar a doença:** surge a partir da necessidade de compreender a realidade, esforçar-se para descobrir por meio da experiência, fortalecendo-se, atualizando-se, instruindo-se permanentemente para lidar com a nova doença e auxiliar na tomada de decisão.

- Reafirmando a necessidade de atualização e o interesse na busca constante de conhecimentos (M6.5);
- Considerando as diferentes experiências durante a pandemia como gestora e na assistência ao paciente (E5.5);
- Expondo a troca de experiências por mensagens e nas trocas de plantão (E6.10);
- Considerando que os treinamentos fortaleceram a equipe (TE8.15);
- Destacando o quanto são necessários os treinamentos regulares para fortalecimento da equipe frente a pandemia (TE8.16);
- Correndo atrás de conhecimento e de medidas de segurança no decorrer da pandemia (TE11.9);
- Tendo que se atualizar e correr atrás do conhecimento para desempenhar suas funções no trabalho (TE11.7);
- Aprendendo a lidar com a situação com o surgimento de mais informações (TE11.14);
- Recordando sobre o grande aprendizado que foi o início da COVID-19, as vidas que foram perdidas e salvas (M5.4);
- Relatando que, durante a pandemia, o mundo está fazendo um grande teste em pacientes vivos, testando condutas e se as medicações surtem efeito (M5.5);
- Buscando atualização, principalmente em ventilação mecânica, muito utilizada na urgência (M6.4);
- Adaptando-se a realidade da COVID-19 no Brasil (M7.2).

**APÊNDICE E – Item D) A resiliência dos profissionais de saúde da Rede de Urgência,  
durante o curso da pandemia**

**Quadro 34: Subcategoria D1.2 - Reinventando-se para trabalhar em urgência e emergência em cenário de pandemia:** criar algo novo, adaptação de novas técnicas e utilizando as medidas de proteção para um cuidado efetivo e consciente, desfazendo-se do medo, para realizar procedimentos em pacientes com COVID-19.

- Tendo que se remodelar e reinventar em pouco tempo, para trabalhar em urgência e emergência num cenário pandêmico ( M2.12);
- Expressando a prevenção como medidas de proteção para equipe e usuários (M7.4);
- Vendo com o passar do tempo a desmitificação para realizar os procedimentos (E1.10);
- Acostumando-se com as novas técnicas e adaptações (E1.11);
- Passando a zelar pela sua saúde e de toda equipe (M2.7);
- Acreditando na persistência e adesão de precaução padrão como ferramenta de cuidado e segurança dos profissionais de saúde (M5.13);
- Tornando-se resiliente e adaptando-se a novas circunstâncias na área da saúde e como um todo (M6.8).
- Ressaltando a importância da prevenção e a esperança de que isso acabe rápido (M8.5).
- Adaptando-se a nova rotina com paramentação adequada ao iniciar plantão (E6.17).

**Quadro 35: Subcategoria D1.3 - Tranquilizando-se após alguns meses de pandemia com mais estudos sobre a doença:** apresentando calma e serenidade para desempenhar seu trabalho, encarando melhor a doença, sabendo como ela se comporta, com mais estudos, adquirindo experiência para lidar com a situação, que foi tão embaraçosa e assustadora inicialmente.

- Sentindo-se hoje mais segura para atender o paciente suspeito de COVID-19 (E1.12);
- Sentindo-se seguro para desempenhar sua função com tranquilidade (TE5.4);
- Reafirmando que hoje se encontra tranquilo em relação à doença (TE 5.12).
- Reconhecendo a gravidade da doença, mas dizendo-se tranquila em relação à mesma (TE6.10).
- Tendo segurança para trabalhar após recuperação da doença (TE7.9);
- Tendo uma visão tranquila, encarando melhor a situação após meses de pandemia (E6.22);
- Reafirmando a tensão no início da pandemia e a melhora no decorrer (E7.3);
- Dizendo que se encontra mais tranquila em relação à doença (TE9.3);
- Lidando melhor com a situação, agora com mais estudos sobre a doença (TE3.3);
- Conseguindo se acalmar, sabendo como a doença se comporta (TE3.4);
- Percebendo que hoje sabemos com o que estamos lidando (TE11.22).

**APÊNDICE E – Item D) A resiliência dos profissionais de saúde da Rede de Urgência,  
durante o curso da pandemia**

**Quadro 36: Categoria D2 - Estimulando habilidades de liderança:** significa dirigir pessoas, saber atraí-las e inspirá-las, para influenciar comportamentos que atraíam bons resultados, buscando encorajar a equipe frente ao desconhecido, apesar da ansiedade, do medo de contaminação e insegurança em relação à doença.

- Elucidando que não podia se acovardar pois a equipe precisava da sua ajuda (TE8.4);
- Buscando ser forte mesmo estando fragilizada (TE8.5);
- Lembrando o medo e choro da equipe e alguns funcionários não queriam assumir o plantão (TE8.7);
- Encorajando a equipe para assumir o plantão (TE8.8);
- Elucidando que os enfermeiros não podem demonstrar ansiedade e inquietação na tentativa de acalmar a equipe (E2.9);
- Tentando fortalecer e passar segurança à equipe, mesmo estando preocupado e inseguro (E2.10);
- Reconhecendo a tensão, mesmo em equipes experientes (E1.14).

**Quadro 37: Subcategoria D2.1 - Conscientizando-se sobre as dificuldades encontradas pela instituição em equipar e preparar a unidade com equipamentos de proteção individual:** capacidade de perceber a dificuldade para conseguir insumos, devido à crise mundial que a falta de EPIs e matéria prima para confecciona-los gerou no início da pandemia.

- Relembrando a falta e as dificuldades para compra de insumos no início da pandemia (E5.7);
- Relatando a dificuldade para organização de toda compra de insumos e a falta de idoneidade de algumas empresas (E5.8);
- Relatando a dificuldade mundial em adquirir EPIs no primeiro momento; e a falta de materiais (E6.4);
- Tendo dificuldade em comprar máscaras de boa qualidade (TE1.11);
- Compreendendo as dificuldades dos gestores em conseguir EPIs durante uma pandemia (E4.8).

**APÊNDICE E – Item D) A resiliência dos profissionais de saúde da Rede de Urgência, durante o curso da pandemia**

**Quadro 38: Subcategoria D2.2 – Enaltecendo que a falta de EPIs foi suprida, o que acarretou em confiança e apoio psicológico para enfrentamento da doença:** no decorrer da pandemia foi realizada grande mobilização do poder público e da sociedade civil, consistindo num conjunto de medidas para apoiar a aquisição e confecção de EPIs, visando a proteção de riscos dos profissionais da linha de frente.

- Elucidando que os suspeitos permanecem chegando, porém tranquila porque tem EPIs para trabalhar (E6.16);
- Relatando que a UPA também possui equipamentos (TE8.14);
- Destacando que houve melhora nas duas instituições em relação a EPIs (TE8.29);
- Observando que atualmente os EPIs apresentam melhor qualidade (TE10.15);
- Percebendo que a segurança e tranquilidade foram surgindo para trabalhar (TE11.10);
- Percebendo a sensação de tranquilidade com a chegada de EPIs (TE11.15);
- Considerando que a falta de EPIs foi suprida no decorrer da pandemia (E3.8);
- Considerando com alguns enfrentamentos que a falta de EPIs foi suprida (E4.7);
- Elucidando que a equipe dispõe de todos os EPIs necessários para utilização durante a pandemia (TE4.7);
- Negando aflição quanto à falta de EPIs (E4.9);
- Tendo melhores condições de trabalho e um equilíbrio emocional na equipe (TE11.21);
- Lidando melhor com a doença após estudos e a utilização precaução padrão (TE 1.3).

**APÊNDICE E – Item D) A resiliência dos profissionais de saúde da Rede de Urgência,  
durante o curso da pandemia**

**Quadro 39: Categoria D3 - Acreditando nos ensinamentos que a pandemia gerou, trazendo otimismo:** significa admitir como verdadeiro, tendência a ver tudo bem, processo de aprendizado em relação à COVID-19, preparando-se para outras pandemias que virão, buscando ser pessoas melhores.

- Dizendo-se otimista em relação à doença, com o passar dos meses (TE5.3);
- Acreditando que a pandemia nos trouxe muitos ensinamentos (TE11.24);
- Tentando aprender com a pandemia, buscando sermos pessoas melhores (TE11.25).
- Sentindo-se mais preparada para o enfrentamento de novas pandemias (M2.11);
- Acreditando que o Brasil irá vencer essa pandemia (TE8.18);
- Esperando as coisas melhorarem dia após dia, e que saíamos dessa situação mais preparados (TE11.23);
- Acreditando que estamos vencendo a pandemia; boa perspectiva do que está ocorrendo (M7.6);
- Vendo, hoje, após 5 meses de pandemia, que estamos informados e conhecendo sobre a doença (TE11.20);
- Esperando pacientes muito graves e vendo que isso não aconteceu; hoje em dia, os casos são mais leves (M4.7);
- Exemplificando, hoje, temos 10 casos positivos e ninguém é grave (M4.8).

**APÊNDICE E – Item D) A resiliência dos profissionais de saúde da Rede de Urgência,  
durante o curso da pandemia**

**Quadro 40: Subcategoria D3.1 - Reconhecendo o fortalecimento da equipe durante a pandemia:**

significa certificar como verdadeiro, tornar-se mais resistente e destacar o quanto a união e o trabalho em equipe foram imprescindíveis para o enfrentamento da COVID-19, aprimorando o cuidado e o desenvolvimento técnico de toda a unidade.

- Sendo linha de frente ao atendimento da COVID-19, protegendo-se na unidade (TE12.8);
- Valorizando a equipe de saúde que não mediu esforços para promover a melhor assistência ao paciente durante a pandemia (TE7.17);
- Incentivando a conscientização da responsabilidade de todos para combater a doença (TE7.7);
- Enfrentando a doença no trabalho juntamente com os colegas (TE7.11);
- Reconhecendo a união da equipe para enfrentar a pandemia (TE7.12);
- Reconhecendo a importância da união da equipe de enfermagem (E6.9);
- Vendo um aprimoramento da equipe para lidar com a pandemia (TE3.10);
- Percebendo a organização e interação da equipe para superar a pandemia (TE3.11);
- Vendo, agora, a equipe preparada para trabalhar na pandemia (TE5.7);
- Percebendo toda equipe mais tranquila, "levando mais de boa" (TE5.8);
- Percebendo o crescimento e o aprendizado da equipe durante a pandemia, tendo a consciência do quanto o ambiente hospitalar é contaminado (M5.11);
- Relatando a evolução do desenvolvimento técnico da unidade (E6.21);
- Agradecendo o apoio e a proteção das Enfermeiras do plantão (AE1.10);
- Buscando apoio emocional no trabalho durante a pandemia (TE3.8);
- Esperando a pandemia passar unidos, apoiando-se uns aos outros (AE1.11).
- Sentindo-se fortalecida para enfrentar a doença pela força recebida dos colegas (TE7.13);
- Superando o medo da doença, por meio do apoio dos amigos (TE7.14).

**Quadro 41: Subcategoria D3.2 - Sentindo-se otimista com a chegada dos testes:** Segurança em relação a testagem, eficácia e facilidade para o diagnóstico correto.

- Comentando a eficácia no diagnóstico com a chegada dos testes de antígeno (M4.4);
- Sentindo segurança em relação ao diagnóstico, relatando eficácia do teste (M4.5);
- Reforçando que a chegada de testes facilitou o diagnóstico (M4.6).

**APÊNDICE E – Item D) A resiliência dos profissionais de saúde da Rede de Urgência,  
durante o curso da pandemia**

**Quadro 42: Subcategoria D3.3 - Projetando estratégias de enfrentamento para proteger**

**a família:** plano de ação idealizado para atingir o objetivo de proteger as pessoas que ama, buscando manter equilíbrio psicológico, motivando-as. Superar ou achar alternativas para contornar uma circunstância ruim, encarar um problema, tentar aliviá-lo ou mitigá-lo.

- Introduzindo novos hábitos e rotinas ao chegar em casa, completamente diferentes (M2.9);
- Preocupando-se continuamente após 12 anos no exercício de sua prática com precaução no trabalho e na família (M2.10);
- Tendo cuidado ao chegar em casa, higienização das roupas e distanciamento (E6.14);
- Relatando as medidas de prevenção utilizadas em casa para evitar a propagação do vírus, separação das roupas e talheres, por exemplo (M8.1);
- Considerando que a família acatou o distanciamento para diminuir a transmissão da doença (AE1.8);
- Lidando com o convívio social alterado pela pandemia (E5.4).

**Quadro 43: Subcategoria D3.4 - Confiando em Deus e Sua proteção para enfrentar a**

**pandemia:** significa sentimento de quem acredita em algo ou alguém, buscar apoio, conforto e auxílio em suas crenças para amenizar o medo e insegurança e os conflitos que a pandemia trouxe aos profissionais da linha de frente bem como a toda sociedade.

- Lembrando-se da proteção de Deus (E6.8);
- Permanecendo firme para ajudar a sociedade com a Graça de Deus (E6.24).
- Agradecendo a Deus que não ocorreu no Brasil com a gravidade observada em alguns países (TE10.7);
- Pedindo proteção de Deus para combater essa doença estranha (TE8.36);
- Confiando em Deus, ainda hoje, preocupada e com medo (TE8.12);
- Imaginando quando e como as coisas irão voltar ao normal (M3.5).

**APÊNDICE E – Item D) A resiliência dos profissionais de saúde da Rede de Urgência,  
durante o curso da pandemia**

**Quadro 44: Subcategoria D3.5 Enaltecendo sentimentos: angústia, emoção, tranquilidade, paz, aceitação, dedicação,** significa aptidão para sentir, disposição para se comover, sensibilidade que tornaram-se incentivo ao ver os colegas e pacientes recuperados da COVID-19, e retornando para o trabalho e para o convívio social, empenhados em promover a qualidade da assistência.

- Considerando a espera em ver os colegas de trabalho recuperados, em uma situação de angústia psicológica e de muita emoção (E6.13);
- Relatando tranquilidade em ver a boa recuperação dos funcionários contaminados (E6.15);
- Apresentando paz para trabalhar após se recuperar da COVID-19, a paz que não tinha antes da contaminação (TE7.5);
- Lidando melhor com as consequências de quem está contaminado ao aceitar melhor a situação (M2.14).
- Relembrando o medo da doença e o medo da morte e superando o medo tendo paz hoje (TE7.10);
- Sentindo-se incentivada a continuar na luta quando vê um paciente grave recuperado da COVID-19 (TE8.17);
- Valorizando a vida, o trabalho e descrevendo a alegria e alívio por não ter sido contaminada (TE (9.7);
- Vendo a equipe com medo, porém empenhada em promover a qualidade no cuidado (TE7.18);
- Percebendo a dedicação da equipe para vencer a COVID-19 em todas as unidades que trabalha (M7.5);
- Elucidando que o fato de ver o problema indiretamente a deixou tranquila em relação a doença (TE6.8);
- Dizendo que sua família não apresentou sintomas de COVID-19 (TE4.8).
- Compartilhando que foi vítima da COVID-19, “pausa”, repete que foi vítima da doença e teve sintomas leves (E3.3);
- Expressando com risos ser uma COVID-19 positiva (TE4.1);
- Relatando que teve COVID-19 (TE7.1).

**Quadro 45: Subcategoria D3.6 Acreditando na ciência e no desenvolvimento da vacina:** significa atribuir crédito ou valor para algo, esperança que o imunizante trará a cura da população, promovendo o fim da pandemia e o restabelecimento da saúde de todos.

- Esperando o fim da pandemia, e que uma vacina seja desenvolvida (E3.6);
- Aguardando ansiosamente pela vacina e pela maioria da população imunizada (E6.23);
- Desejando o fim da pandemia e a volta da normalidade na vida cotidiana (E3.11).