



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

Natália Martins Zanferrari

**DO PROTAGONISMO DRAMÁTICO AO APERFEIÇOAMENTO
PROFISSIONAL E PESSOAL DE EQUIPE DE SAÚDE EM SERVIÇO DE
URGÊNCIA NA PANDEMIA COVID-19**

**Botucatu
2023**

NATÁLIA MARTINS ZANFERRARI

**DO PROTAGONISMO DRAMÁTICO AO APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL
E PESSOAL DE EQUIPE DE SAÚDE EM SERVIÇO DE URGÊNCIA NA
PANDEMIA COVID-19**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Acadêmico, da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho, Campus de Botucatu, como requisito para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde e Gestão de Sistemas.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi.

Coorientadora: Profa. Dra. Rita de Cassia Altino

**BOTUCATU
2023**

FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: MARIA CAROLINA ANDRADE CRUZ E SANTOS-CRB 8/10188

Zanferrari, Natalia Martins.

Do protagonismo dramático ao aperfeiçoamento profissional e pessoal de equipe de saúde em serviço de urgência na pandemia Covid-19 / Natalia Martins Zanferrari. - Botucatu, 2023

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi

Coorientador: Rita de Cassia Altino

Capes: 40406008

1. Infecções por Coronavirus. 2. Necessidades e demandas de serviços de saúde. 3. Pesquisa qualitativa. 4. Hospitais - Serviço de emergência.

Palavras-chave: Infecções por Coronavirus; Necessidades e demandas de serviços de saúde; Pesquisa qualitativa; Serviço hospitalar de emergência.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Natália Martins Zanferrari

Título: Do protagonismo dramático ao aperfeiçoamento profissional e pessoal de equipe de saúde em serviço de urgência na pandemia COVID-19

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Acadêmico, da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: 03/05/2023

Banca Examinadora

Titular 01 (Orientador)

Nome: Profa. Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB - Unesp

Titular 02

Nome: Profa. Associada Regina Célia Popim

Instituição: Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp

Titular 03

Nome: Prof. Dr. Cesar Junior Aparecido de Carvalho

Instituição: Instituto Federal do Paraná, Câmpus de Londrina

EPÍGRAFE

*“Se não podes entender, crê para que
entendas. A fé precede, o intelecto segue”
(Santo Agostinho)*

DEDICATÓRIA

“Combati o bom combate, acabei a carreira, guardei a fé. Desde agora, a coroa da justiça me está guardada, [...]” (2 Timóteo 4:7-8).

A **Aparecido Rodrigues** (*in memoriam*), Técnico de Enfermagem do Pronto Socorro Central de Bauru, que se dedicou brilhantemente até seu último dia de trabalho. “Seu Cido” foi um dos tantos profissionais de saúde que perdeu a vida se dedicando ao outro, na linha de frente da pandemia COVID-19.

À minha amiga e brilhante enfermeira, **Eliana Marcela Batista da Silva** (*in memoriam*), que praticamente dedicou toda sua trajetória à Enfermagem, no Pronto Socorro Central de Bauru. Com tantas contribuições para esta dissertação e lutas pelos profissionais de saúde do município de Bauru.

Ao “**Cido**” e à **Marcela**, minha eterna gratidão e admiração pelos profissionais dedicados e exemplares que foram.

AGRADECIMENTOS

À **Professora Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi**, orientadora desta dissertação, por sua dedicação à pesquisa qualitativa, por dividir tanto conhecimento e sensibilidade quanto a experiência do outro.

À **Professora Doutora Rita de Cassia Altino**, coorientadora desta pesquisa e minha colega de trabalho, por ter me incentivado a participar deste grande projeto, que foi o Curso de Mestrado, com a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

A **todos meus colegas de trabalho do Pronto Socorro Central de Bauru** que, de alguma forma, fazem parte desta dissertação. Equipe que considero a minha segunda família.

À **CAPES** pelo apoio ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Acadêmico, da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp.

Zanferrari NM. Do protagonismo dramático ao aperfeiçoamento profissional e pessoal de equipe de saúde em serviço de urgência na pandemia COVID-19. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2023.

RESUMO

Objetivos: compreender a experiência interacional da equipe (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) de unidade de urgência com a pandemia COVID-19; elaborar modelo teórico dessa experiência. **Método:** investigação qualitativa com saturação teórica, obtida a partir da análise da 15ª entrevista não-diretiva e individual, segundo o referencial metodológico Teoria Fundamentada nos Dados, com membros da equipe de saúde de Pronto Socorro, em uma cidade do Estado de São Paulo, Brasil. A experiência e o modelo teórico emergentes do processo analítico foram interpretados à luz do Interacionismo Simbólico e referem-se à fase inicial da pandemia COVID-19, de julho a agosto de 2020.

Resultados: a experiência desdobra-se em três subprocessos: *considerando-se, no início da pandemia, protagonista de um drama (A); buscando estratégias de enfrentamento da pandemia (B); transformando-se enquanto profissional e pessoa (C)*. Mediante o realinhamento dos componentes pertencentes a esses subprocessos, descobre-se a categoria central que os abarcou, constituindo o processo da experiência (modelo teórico) denominado: *do protagonismo dramático ao aperfeiçoamento profissional e pessoal de equipe profissional de serviço de urgência na pandemia COVID-19*. **Considerações finais:** os objetivos foram alcançados e o modelo teórico sinalizou a equipe reconhecendo-se em riscos ocupacionais, na interface com o vírus SARS-CoV-2. Evento interacional que a despertou para a concretude de patógenos no serviço da Rede de Urgência e Emergência, convencendo-a a adotar rotineiramente precauções padrão no serviço, mesmo finalizada a pandemia. Assim como, o modelo presume a redução desses riscos na equipe, dependente da continuidade de processo educacional para recursos informacionais, associado ao provimento de recursos materiais, humanos para precauções padrão e de apoio psicossocial. Uma vez, simbolicamente, sensibilizada como protagonista de um drama, essa equipe configurou seu *self* para o uso obrigatório das precauções padrão, como uma das armas para sua proteção e, portanto, em termos de processo de trabalho sensibilizada para a mudança de cultura de segurança em serviço tardiamente, na linha de frente da pandemia COVID-19.

Descritores: Serviço Hospitalar de Emergência; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Infecções por Coronavírus; Pesquisa Qualitativa.

Zanferrari NM. From dramatic protagonism to professional and personal improvement of the health team in an emergency service in the COVID-19 pandemic. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2023.

ABSTRACT

Objectives: to understand the interactional experience of the team of an emergency unit (physicians, nurses, and nursing technicians) with the COVID-19 pandemic; to elaborate a theoretical model of this experience. **Method:** qualitative investigation with theoretical saturation, obtained from the analysis of the 15th non-directive and individual interview, according to the Grounded Theory methodological framework, with members of the emergency room health team, in a city of São Paulo State, Brazil. The experience and theoretical model emerged from the analytical process were interpreted in the light of Symbolic Interactionism and refer to the initial phase of the COVID-19 pandemic, from July to August 2020. **Results:** the experience unfolds into three sub-processes: considering if, at the beginning of the pandemic, the protagonist of a drama (A); seeking strategies to face the pandemic (B); transforming itself as a professional and a person (C). Through the realignment of the components belonging to these sub-processes, the core category that encompassed them is discovered, constituting the process of experience (theoretical model) called: from dramatic protagonism to professional and personal improvement of the professional team of emergency service in the COVID-19 pandemic. **Final considerations:** the aims were achieved and the theoretical model signaled the team recognizing itself in occupational risks, in the interface with the SARS-CoV-2 virus. An interactional event that awakened her to the reality of pathogens in the Urgency and Emergency Network service, convincing itself to routinely adopt standard precautions in the service, even after the pandemic was over. Likewise, the model assumes the reduction of these risks in the team, dependent on the continuity of the educational process for informational resources, associated with the provision of material and human resources for standard precautions and psychosocial support. Once, symbolically, sensitized as the protagonist of a drama, this team configured itself to the obligatory use of standard precautions, as one of the weapons for its protection. Therefore, in terms of the work process, sensitized to the change in safety culture into service late, on the front lines of the COVID-19 pandemic.

Descriptors: Emergency Service, Hospital; Health Services Needs and Demand; Coronavirus Infections; Qualitative Research.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CIFRC	China International Famine Relief Commission
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
COVID-19	Corona Virus Disease
CRMI	Centro de Referência em Moléstias Infecciosas
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Unidade de Saúde Familiar
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
EUA	Estados Unidos da América
H1N1	Subtipo Viral Influenza H1N1
H3N2	Subtipo Viral Influenza H3N2
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HCoVs	Human Coronaviruses OU Coronavírus Humanos
MERS	Síndrome Respiratória do Oriente Médio
MERSCoV	Síndrome Respiratória do Oriente Médio
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAC	Posto de Atendimento Avançado ao novo Coronavírus
PBE	Prática Baseada em Evidências
PCR-RT da Polimerase	Reação de Transcriptase Reversa Seguida de Reação em Cadeia
POP	Procedimentos Operacionais Padrão
PSMC	Pronto Socorro Municipal Central
RNA	Ácido Ribonucleico
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARS	Síndrome Aguda Respiratória Grave
SARS-CoV	Severe Acute Respiratory Syndrome
SARS-CoV-2	Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda

SDRA	Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo
SOPC	Serviço de Orientação e Prevenção do Câncer
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SRAG-COVID	Síndrome Respiratória Aguda
SWAB	Cotonete Longo e Estéril
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	United Nations Children's Fund
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPG	Unidade de Pacientes Graves
USF	Unidade Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO	1
2.	REVISÃO DA LITERATURA	3
2.1	Características gerais sobre a infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID-19).....	3
2.2	Cenário da pandemia de COVID-19.....	4
2.3	Síndrome respiratória aguda grave.....	5
2.4	Profissionais da saúde em face da pandemia COVID-19.....	7
3.	OBJETIVOS.....	8
4.	MÉTODO.....	9
4.1	Tipo de pesquisa.....	9
4.2	Cenários e atores da pesquisa.....	9
4.3	Procedimentos éticos, de coleta e análise dos dados.....	10
4.4	Referencial teórico.....	16
5.	RESULTADOS.....	20
5.1	Caracterização dos atores da pesquisa.....	20
5.2.	A experiência.....	20
5.3.	Modelo teórico.....	35
6.	DISCUSSÃO.....	36
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
8.	REFERÊNCIAS.....	49
ANEXO 1	- Autorização de coleta de dados Prefeitura Municipal de Bauru.....	55
ANEXO 2	- Aprovação de Comitê de Ética em Pesquisas.....	56
APÊNDICE 1	- Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE).....	59
APÊNDICE 2	- Quadros de códigos referente à análise axial dos dados.....	60

1 APRESENTAÇÃO

Sou Natália Martins Zanferrari, tenho 36 anos e sou profissional de Enfermagem há 13 anos.

Grande parte dos profissionais que se forma enfermeiros, tem o primeiro contato com a Enfermagem ao fazer o curso técnico e já se identifica previamente com a profissão. Eu não tive nenhum contato anterior com a Enfermagem, parti diretamente para a graduação.

Sempre tive a certeza, já na adolescência, que escolheria uma profissão na área da saúde. Me decidi pela Enfermagem. Amo viver intensamente, sempre tive muitos sonhos, sempre acreditei que o “agora” é o momento mais importante da vida. Por amar a vida, escolhi a Enfermagem, ela está presente do começo e até depois do fim. A equipe de enfermagem constitui-se nos olhos e na “peça”, na minha opinião, mais importante da saúde.

Já na graduação me identifiquei com os cuidados do paciente crítico, assistidos em serviços de urgência, emergência e Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Me formei no final do ano de 2010, com 23 anos e meu primeiro trabalho na Enfermagem, deu-se no início de 2011, em um serviço de atenção básica, especificamente em Unidade Saúde da Família (USF). Da qual tive a certeza de que não me identificava.

Alguns meses após iniciar nesse emprego, fui convocada do processo seletivo do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. E diria que foi meu maior desafio, assumi o cargo de Enfermeira da UTI Neonatal. Foi neste local que me apaixonei e aprendi a valorizar cada minuto da vida, em face da tamanha fragilidade daqueles bebês e a grandiosa força para viver. Era encantadora a experiência! Concomitantemente, me especializei em UTI. Desde então, atuo no cuidado do paciente crítico, ou seja, da pessoa no limite entre a vida e a morte. E como é linda a vida!

Em março de 2013, assumi o cargo de enfermeira na Prefeitura Municipal de Bauru, permanecendo lotada no Pronto Socorro Central de Bauru, a principal referência para pacientes críticos da região.

A pandemia, com certeza, foi o maior desafio de todas as equipes de saúde, tanto das equipes de atenção básica, quanto das equipes de urgência e emergência

e UTIs. A partir do momento em que a pessoa contaminada com o vírus SARS-CoV-2 entrava em um pronto-socorro ou numa unidade de internação, ela permanecia sozinha, sem a companhia de um familiar ou amigo, sem visita alguma. Ela tinha disponível somente a equipe de saúde. Para muitas pessoas, o momento em que o familiar adentrava em um pronto-socorro, seria o último momento compartilhado em vida. Quanta responsabilidade!

Foi uma carga para a saúde mental muito intensa, tanto para o paciente, quanto para equipe de saúde. Foram tempos difíceis, quando coadunou crescimento profissional e pessoal com sofrimento psicológico. Passamos a interagir com cenas frequentes com pacientes chorando e clamando a cura. Vi colegas com olhos cheios de lágrimas e nos interagíamos por meio de olhares atemorizados!

Ninguém sabia o que estava por vir e nem entendia o que estava se passando. Todos os recursos e conhecimento existentes foram testados. Toda estrutura emocional foi experimentada. Acredito que as feridas cicatrizados, mas saímos com cicatrizes, porém fortalecidos.

A motivação em realizar este estudo emergiu da minha prática cotidiana como enfermeira assistencial em serviço em uma das unidades da Rede de Urgência e Emergência (RUE), com o avanço da pandemia de COVID-19, perante a seguinte inquietação:

Como se configura a experiência desses profissionais em face da pandemia COVID-19?

Ante à pergunta foi preciso aprofundar o conhecimento sobre o objeto, para que se sustentasse a inquietação e, portanto, justificar a realização desta pesquisa. A contento, passo a apresentar a revisão da literatura.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Características gerais sobre a infecção humana pelo novo Coronavírus (COVID-19)

Isolado pela primeira vez em 1937, porém descrito apenas em 1965, pertence aos vírus ácido ribonucleico (RNA), da ordem dos nidovirales da família coronaviridae e subfamília betacoronavírus, incluindo os vírus da SARS-CoV, SARS-CoV-2 (COVID-19) e MERS-CoV, altamente patogênicos por causar síndrome respiratória e gastrointestinal. Além desses três, há outros quatro tipos de coronavírus que podem induzir doença no trato respiratório superior em imunodeprimido, bem como afetar crianças, jovens e idosos. Todos os coronavírus que afetam humanos têm origem animal, como camelos, bovinos, gatos e morcegos e, por fim, de pessoa a pessoa por meio de gotículas e mãos contaminadas. ⁽¹⁾

A disseminação de MERS-CoV e SARS-CoV entre pessoas, geralmente, ocorre de contatos próximos. O período médio de incubação da infecção por todos os coronavírus é de cinco dias, com intervalo que pode chegar até 14 dias e a transmissibilidade dos pacientes infectados por SARS-CoV é em média de sete dias após o início dos sintomas. No entanto, dados preliminares da COVID-19 sugerem que a transmissão possa ocorrer, mesmo sem o aparecimento de sinais e sintomas (assintomáticos). A suscetibilidade é geral, por ser um vírus novo e não se saber se a infecção em humanos gera imunidade para novas infecções e se essa imunidade é por toda a vida. ⁽¹⁾

No momento, existem alguns relatos de indivíduos reinfetados com SARS-CoV-2 (o vírus que causa a doença COVID-19). É provável haver mais exemplos de reinfecção relatados e os cientistas estão trabalhando para entender o papel da resposta imunológica na primeira e na segunda infecção. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) estão trabalhando com cientistas para entender cada ocorrência de reinfecção e a resposta de anticorpos durante a primeira infecção e às subsequentes. ⁽²⁾

No caso de infecção pelo SARS-CoV-2, os sintomas mais comuns da COVID-19 são: febre, cansaço e tosse seca. Alguns pacientes podem apresentar dores, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos, ou

dos pés. Esses sintomas geralmente são leves e começam gradualmente. Algumas pessoas são infectadas, mas apresentam apenas sintomas muito leves. ⁽³⁾

A maioria das pessoas (cerca de 80%) se recupera da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Uma em cada seis pessoas infectadas pelo SARS-CoV-2 fica gravemente doente e desenvolve a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). As pessoas idosas e as que têm outras condições de saúde como: hipertensão arterial sistêmica (HAS), cardiopatias, doenças pulmonares, diabetes ou câncer, têm maior risco de evoluírem para formas graves. ⁽²⁾

O conhecimento sobre a doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19), suas complicações e sequelas aumentaram substancialmente. A principal sequela nos pacientes que tiveram quadro clínico grave da COVID-19 é a fibrose pulmonar. Também foram identificadas miocardite relacionada à infecção, com redução da função sistólica e arritmias; declínio cognitivo de longo prazo, como deficiências de memória, atenção, velocidade de processamento e funcionamento, juntamente com perda neuronal difusa; encefalopatia aguda, alterações de humor, psicose, disfunção neuromuscular ou processos desmielinizantes; sequelas psicológicas relacionadas ao distanciamento social; entre outras. ⁽²⁾

O diagnóstico rápido e preciso da infecção por SARS-CoV-2 em pacientes é fundamental para prevenção e controle dessa pandemia. Os métodos clínicos rápidos e precisos são particularmente importantes. Recomenda-se o método PCR-RT em tempo real (sigla em inglês para transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase), específico para detectar o paciente com infecção pelo SARS-CoV-2, por meio de coleta de SWAB naso-orofaríngeo. A realização deste exame ainda permite a identificação de outros patógenos, incluindo adenovírus, vírus Influenza A, H1N1, H3N2, vírus Influenza B, vírus da parainfluenza, vírus sincicial respiratório, rinovírus, mycoplasma pneumoniae e clamídia. ⁽⁴⁾

2.2 Cenário da pandemia da COVID-19

Em 31 de dezembro de 2019, a OMS foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa de coronavírus que não havia sido identificada antes em seres humanos. Com a evolução, em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou que

o surto da COVID-19 se constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII).⁽³⁾

Em sete de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram a identificação de uma nova cepa de coronavírus. Esses vírus estavam por toda parte, como a segunda principal causa de resfriado comum, após rinovírus e raramente causavam doenças mais graves em humanos do que o resfriado comum. Há sete coronavírus humanos (HCoVs) conhecidos, entre eles o SARS-COV (que causa SRAG), o MERS-COV (síndrome respiratória do Oriente Médio) e agora, o SARS-CoV-2 causado da COVID-19.⁽³⁾

Confirmou-se, no Brasil, o primeiro caso da COVID-19, em 26 de fevereiro de 2020, no estado de São Paulo, no entanto, as medidas de distanciamento social no estado só foram tomadas quase um mês depois, contribuindo para a disseminação rápida da doença no estado e no país. Pouco mais de um mês após a confirmação do primeiro caso, todas as 27 unidades federativas brasileiras já registravam dez ou mais casos da doença, com concentração na região sudeste (62,5%), seguida das regiões nordeste (15,4%), sul (10,8%), centro-oeste (6,6%) e norte (4,7%).⁽⁵⁾

Até 16/12/2022, o mundo contabilizava 647.972.911 infectados pela COVID-19, total de 6.642.832 mortes, com uma letalidade de 1,02%. No Brasil são 35.751.411 infectados pela COVID-19, perfazendo 691.449 óbitos, com uma letalidade de 1,93%.⁽²⁾

2.3 Síndrome respiratória aguda grave

A SRAG é definida por complicações, como dispneia ou os seguintes sinais de gravidade: saturação de SpO₂ < que 95% em ar ambiente; desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória, avaliado conforme a idade; piora nas condições clínicas de doença de base; hipotensão em relação à pressão arterial habitual do paciente e indivíduo de qualquer idade com quadro de insuficiência respiratória aguda durante o período sazonal. Em crianças, além dos itens anteriores, observam-se batimentos de asa nasal, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.⁽⁶⁾

Diante do cenário atual, vários casos de pneumonias de etiologia desconhecida, têm sido relatadas, iniciando-se na cidade chinesa de Wuhan, expandindo-se por todo mundo. A maioria dos pacientes trabalhava ou morava

próximo ao mercado atacadista de Wuhan, onde se comercializam frutos do mar e animais vivos. Nos estágios iniciais desta pneumonia, infecção respiratória aguda grave ocorreram, com alguns pacientes desenvolvendo rapidamente síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), insuficiência respiratória aguda e outras complicações graves. ⁽⁷⁾

Os coronavírus podem causar múltiplas infecções do sistema em vários animais e, principalmente, infecções do trato respiratório em humanos, como SRAG e síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS).

Porém, a epidemiologia e as características clínicas da pneumonia causada pelo SARS-COV-2 são escassas. ⁽⁷⁾

Apesar do aumento de municípios atingidos e do número crescente de hospitalizações e óbitos pela COVID-19 no Brasil, ainda são limitadas as informações disponíveis com a caracterização dos casos hospitalizados, tanto no país quanto no mundo. Estudos realizados na China, Itália e nos Estados Unidos analisaram o perfil de pacientes hospitalizados em decorrência da COVID-19 e revelaram elevada prevalência de indivíduos idosos, do sexo masculino e com comorbidades preexistentes, como HAS e diabetes. ⁽⁸⁾

É provável que a infecção afeta pessoas com maior idade e com comorbidades, podendo resultar em doenças respiratórias fatais, como SRAG, o tratamento oportuno de casos críticos de COVID-19 são importantes. Suporte de vida eficaz das complicações deve efetivamente reduzir a gravidade das condições dos pacientes. ⁽⁹⁾

Verificou-se em estudo chinês, realizado com 99 pacientes admitidos em unidades hospitalares, que estes apresentavam-se com febre ou tosse e um terço deles dispneicos, com mialgias, cefaleia, confusão mental, dor retroesternal e diarreia. Vários com função orgânica acometida, incluindo 17% com SRAG, 8% com quadro agudo de lesão respiratória, 3% com lesão renal aguda, 4% com choque séptico e 1% com pneumonia associada à ventilação mecânica. De acordo com exames de raios-X de tórax e tomografia computadorizada, 75% dos pacientes apresentaram pneumonia bilateral e apenas 25% deles com pneumonia unilateral e 14% com pulmões acometidos por múltiplas manchas opacas tipo “vidro fosco” ao exame. Achados corroborados por estudos norte-americanos. ⁽¹⁰⁾

No Brasil, entre os hospitalizados por SRAG-COVID, observou-se uma elevada proporção, em relação ao perfil da população geral brasileira, de indivíduos do sexo

masculino, idosos ou com 40 a 59 anos, com comorbidades (diabetes *mellitus*, doença cardiovascular, doença renal crônica e pneumopatias crônicas) e de gestantes/puérperas. ⁽⁸⁾

2.4 Profissionais da saúde em face da pandemia COVID-19

No cenário mundial, enquanto milhões de pessoas permanecem em suas casas para minimizar a transmissão do SARS-CoV-2, os profissionais de saúde se preparam para se mobilizarem no sentido oposto e para se tornarem expostos ao alto risco de contágio do novo coronavírus, em: hospitais, unidades de pronto atendimento, de atendimento pré-hospitalar e unidades básicas de saúde.

Os sistemas de saúde em todo o mundo passaram a operar com capacidade máxima por muitos meses. Contudo, profissionais de saúde, ao contrário de ventiladores ou leitos hospitalares, não podem ser fabricados com urgência. É vital que os governos percebam os trabalhadores não simplesmente como peças a serem implantadas e repostas, mas como indivíduos humanos e essenciais ao deslinde da saúde.

Na resposta global, a segurança dos profissionais de saúde deve ser garantida. A provisão adequada de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) é apenas o primeiro passo; outras medidas práticas que devem ser vistas como descanso, apoio familiar, suporte psicológico, remuneração devida, além de políticas de saúde, são questões a serem consideradas. Atualmente, os profissionais de saúde são considerados o recurso mais valioso da sociedade.

3 OBJETIVOS

Diante das exposições dos profissionais de saúde que atuam em serviços da RUE, no enfrentamento da pandemia COVID-19, pretende-se com esse estudo:

- compreender a experiência interacional da equipe (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), de unidade de urgência com a pandemia COVID-19;
- elaborar modelo teórico representativo dessa experiência.

Isso implica em compreender o movimento interacional das experiências dos profissionais da saúde que atuam no PSMC, no enfrentamento da pandemia COVID-19, considerando suas suposições, valores e crenças, padrões de comportamento, organização e, principalmente, sua concepção de cuidado. Essa compreensão nos permitirá propor um modelo representativo que poderá ser utilizado na elaboração de estratégias voltadas à atenção à saúde dos profissionais.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de pesquisa qualitativa, na abordagem do referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), conhecida internacionalmente como *Grounded Theory*, apropriada para se investigar processos sociais e interações. ⁽¹¹⁾

Para conferir a qualidade e a transparência das investigações em saúde utilizou-se como guia os *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). ⁽¹²⁾

4.2 Cenário e atores da pesquisa

A Secretaria Municipal de Bauru possui Unidades Básicas de Saúde (UBS) em pontos estratégicos da cidade, Unidades de Saúde da Família (ESF), três Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), um Ambulatório Municipal de Apoio Psicossocial, um Banco de Leite Humano, um Centro de Referência em Moléstias Infeciosas (CRMI), um Serviço de Orientação e Prevenção do Câncer (SOPC), um Centro Especializado em Atendimento a Mulheres (Casa da Mulher), um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Os atendimentos de urgência e emergência têm como referência: um PSMC para atendimento adulto e quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPA), dentre essas, duas com atendimento pediátrico e o Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Conduziu-se esta pesquisa no PSMC, no município de Bauru, com três grupos amostrais de profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem.

O PSMC é uma das cinco portas de entrada da RUE de Bauru. Sendo a referência principal para os atendimentos críticos e de alta complexidade. Com a instalação da pandemia, como forma de enfrentamento, a prefeitura municipal de Bauru, em meados de abril de 2020, criou em prédio anexo ao do PSMC (antigo pronto atendimento infantil) um posto de atendimento avançado ao novo coronavírus (PAC), tornando-se referência para o atendimento de SRAG do município.

O PSMC, anteriormente, contava com quatro leitos de pacientes graves com

suporte de UTI (Unidade de Pacientes Graves - UPG), três leitos de estabilização com suporte de UTI (Sala de Emergência) e 14 leitos de enfermaria com suporte de oxigênio. Com a instalação da pandemia e ampliação para o PAC, em conjunto, passaram a contar com 24 leitos de UTI (14 no PSMC). Com a ampliação de 28 leitos com suporte de oxigênio (com cilindros), totalizou 52 leitos de enfermaria com suporte de oxigênio.

O PSMC conciliou os atendimentos de pacientes politraumatizados, ortopédicos e cirúrgicos de março de 2020 ao início de janeiro de 2021; a partir de então, com o avanço da pandemia, passou-se a atender exclusivamente as SRAG e politraumatizados gravíssimos. Em 19/09/2021 finalizou os atendimentos exclusivos dessa síndrome, com a diminuição dos casos da COVID-19 e, consequentemente, de SRAG.

4.3 Procedimentos éticos, de coleta e análise dos dados

Antes de iniciar a coleta de dados, este projeto foi encaminhado à Secretaria Municipal de Bauru para à devida autorização (Anexo 1) e, subsequentemente, ao Comitê de Ética em Pesquisa, aprovado com parecer número 4.036.507 (Anexo 2).

Os atores foram convidados a participar do estudo, quando foi explicado a finalidade da pesquisa e de acordo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Agendou-se os entrevistados que aceitaram contribuir com a pesquisa em horário após o turno de trabalho. A coleta de dados deu-se em sala de reunião do próprio PSMC, somente com a presença do pesquisador e entrevistado, para que não houvesse interferência de terceiros. Utilizou-se da audiogravação, por aplicativo do celular da pesquisadora. Vale ressaltar que a profissional em questão é enfermeira assistencial do local de pesquisa e não exercia e nunca exerceu qualquer cargo de chefia ou diretoria do local.

Os profissionais de saúde selecionados foram enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem e médicos, lotados no PSMC, com o cuidado de excluir os não lotados no PSMC.

Destaca-se que a experiência da equipe apreendida se refere ao início da pandemia, entre os meses de julho e agosto de 2020, antes que se instalasse a

segunda onda da Doença, em novembro do mesmo ano, não só em decorrência da nova linhagem do vírus SARS-CoV-2 (variante P1, depois denominada gama), com maior capacidade de transmissibilidade, internações, decadência de vagas em hospitais e UTIs. ⁽¹³⁾

O registro dos dados deu-se por audiogravação, pela própria pesquisadora, com treinamento na condução de entrevista não-diretiva, a partir da pergunta norteadora: Como foi a sua experiência em face da pandemia COVID-19?

A técnica de 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 “questões circulares”, pois direcionam as informações originadas 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. ⁽¹⁴⁾

Ressalta-se que as “entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade e se classificam de acordo com sua organização”. ⁽¹⁵⁾

A entrevista aberta ou em profundidade é aquela na qual o informante é convidado a falar livremente sobre um tema e as perguntas do pesquisador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões. ⁽¹⁵⁾

As entrevistas foram audiogravadas por meio digital, com o cuidado de salvaguardar o sigilo e o anonimato das informações, assim como transcritas na íntegra após os encontros para então deletadas. Durante a transcrição, os autores passaram a ser identificados alfanumericamente (M = Médico; E = Enfermeiro, T = Técnico ou Auxiliar de Enfermagem). De forma que, por exemplo, M1.2 significa: médico número 1, cujo trecho da entrevista ou codificação encontra-se na página 2 do material transcrito.

Em seguida, foram analisadas segundo o referencial metodológico da TFD, cuja análise foi validada por segundo pesquisador com experiência na operacionalização do referencial.

Trata-se de método cuja finalidade é conhecer o fenômeno no contexto em que este ocorre, observando a inter-relação entre os significados e ação.

Segundo os idealizadores da TFD, Glaser e Strauss, em 1967, 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. ⁽¹⁶⁾

Esses autores apresentam um método de análise comparativa constante, com o 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.

Este é um processo que Glaser e Strauss 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 participantes 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. ⁽¹⁶⁾

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. ⁽¹⁶⁾

Dentre os componentes que emergem dos dados estão as categorias que, segundo esses autores, 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 utilizada por este estudo foram as propostas por Strauss e Corbin ⁽¹⁷⁾:

(1º) *Microanálise*: realizou-se análise detalhada linha por linha das entrevistas, necessária para gerar categorias iniciais (com suas propriedades e dimensões), sugerindo relações entre elas e uma combinação de codificação aberta e axial;

Entrevista	Extração de códigos linha por linha
“Quando surgiu essa pandemia eu estava afastada do trabalho por ter feito uma cirurgia no ombro, é assim, como eu estava em casa, estava muito preocupada com meus colegas de trabalho, eu achava que as informações eram desencontradas, e eu fiquei em surto, porque no início eu não estava trabalhando, porém, eu ficava pensando na minha família e nos meus colegas de trabalho, tinha medo que eles se contaminassem e ficassem doentes de forma grave, fiquei surtada e tive até que passar com psiquiatra, agora já voltei ao trabalho, estou tomando medicações ansiolíticas, vejo que realmente tem uma pandemia, mas ainda não estou entendendo bem esse vírus, os sintomas são muito diferentes de outras epidemias que tivemos de gripe” (T1).	- Ficando preocupada com a segurança dos colegas de trabalho quando surgiu a pandemia, mesmo afastada do serviço, em pós-operatório (T1.1); - Entrando em surto com informações desencontradas veiculadas (T1.1); - Pensando constantemente na segurança dos colegas e familiares, no início (T1.1); - Tendo medo de que colegas e familiares viessem se contaminar e desenvolverem a forma grave da doença (T1.1); - Desenvolvendo problema de saúde mental, com acompanhamento de psiquiatra e uso de ansiolíticos (T1.1); - Percebendo-se confusa com os sintomas da COVID-19, por diferirem das outras epidemias de gripe (T1.1).

(2º) *Codificação aberta*: efetivou-se processo analítico dos dados, por meio do qual se identificaram os conceitos, suas propriedades e dimensões. Nessa etapa, reduziu-se abundantemente os dados codificados, ao nomear agrupamentos de itens (códigos) com similaridade de significados e, conseqüentemente, de elaboração de conceitos. Um conceito é a representação abstrata de evento, objeto, ação ou interação que um investigador identifica como sendo significativa nos dados. No referencial metodológico utilizado, as categorias são conceitos derivados dos dados que representam fenômenos. Os conceitos começam a se constituir quando o analista inicia o processo de agrupá-los ou classificá-los em termos mais abstratos, em categorias, conforme exemplo a seguir:

Título da categoria, conceito e trechos das entrevistas	Agrupamento de códigos com similaridade de significados extraídos linha por linha das entrevistas
Título da categoria: Atemorizando-se ao lidar com o desconhecido  Conceito: “Estado de alerta contínuo, pelo qual passam, em face de a necessidade de encontrarem rapidamente formas de se protegerem da ameaça que representa o novo Coronavírus a eles”.  Trechos das entrevistas que validam o conceito e o título do componente que forma a experiência [...] a responsabilidade aumenta a cada dia, pois lidamos com uma doença desconhecida, sem medicação comprovada para seu tratamento [...]. Estamos às escuras, tentando ver uma luz no fim do túnel para curar nossos próprios familiares e amigos [...] (M5). [...] No início, ficamos um pouco perdidos, não se tinha protocolos, não se tinha uma rotina, muita falta de material para trabalhar, de equipamentos, de EPIs. No meu caso, como moro com pessoas idosas e do grupo de risco, acabei saindo de casa para preservar meus familiares, fui morar com colegas de trabalho. Tínhamos muito receio, porque tivemos colegas sendo contaminados. Não tínhamos muito norte de como trabalhar, nem ideia como seria o enfrentamento disso [...] (T2).	[...] Iniciando de forma assustadora, por ser tudo novo e tudo que é novo assusta [...] (T2.4); [...] Começando de forma assustadora, tudo muito novo e adquirindo conhecimento com o tempo [...] (T6.1); [...] Não sabendo ainda tudo da COVID-19, a cada dia os protocolos mudam, cada dia é alguma informação nova, temos certa dificuldade quanto a isso [...] (T2.7); [...] Ficando perdido, não se tinha protocolos, não tinha uma rotina [...] (T2.2); [...] Não sabendo como seria nossa rotina de trabalho e isso nos afeta de forma biopsicossocial [...] (T2.9); [...] Assustando-se com o novo, ninguém, nem os médicos sabiam bem como era a COVID-19 [...] (T2.1); [...] Tendo dificuldade em identificar casos suspeitos, não sabíamos os sintomas ao certo, não se tinha exame para diagnóstico rápido [...] (T2.6); [...] Sendo estressante, por não sabermos como cuidar dos pacientes tecnicamente, como proceder, quais eram realmente os sintomas [...] (T2.5); [...] Lidando com uma doença desconhecida, sem medicação comprovada [...] (M5.6); [...] Encontrando-se às escuras, tentando ver uma luz no fim do túnel, para curar nossos próprios familiares e amigos [...] (M5.7); [...] Desconhecendo medicamentos e vacinas eficazes [...] (E4.6).

(3º) *Codificação axial*: conduziu-se processo de relacionar as categorias às suas subcategorias, segundo suas propriedades e dimensões, sistematicamente. Etapa de análise importante para a construção da teoria. Etapa demonstrada no capítulo dos resultados, item 5.2, referente à experiência e Apêndice 2;

(4º) *Codificação seletiva*: por fim, executou-se processo de integração e de aprimoramento da teoria. Na integração, organizaram-se as categorias em torno de um conceito central (categoria central), por meio do emprego de várias técnicas: descrição da história, utilização de diagramas, classificação e notas de revisão. Esta fase pode ser conferida. Neste estudo constante no capítulo dos resultados, itens 5.1 e consolidando no 5.2, com a descoberta e validação do modelo teórico com os atores.

Para este estudo a saturação teórica ocorreu na análise da 15ª entrevista e esse processo está exposto nos resultados desta pesquisa e no Apêndice 2.

Ressalta-se ainda que, o modelo teórico descoberto foi validado, conforme orientado pelo referencial metodológico da TFD. Quando se fala em validação, esta não se dá no sentido quantitativo da palavra, mas pode-se realizar futuramente, se desejado.

Como o modelo teórico emerge a partir dos dados, mas, no momento da integração, ele representa uma interpretação abstrata desses dados brutos. É importante determinar como a abstração se ajusta aos dados brutos e, também, determinar se algo importante foi omitido do esquema teórico. Há formas de validar esse esquema. Uma é voltar e comparar o esquema com os dados brutos, fazendo um tipo de análise de alto nível, de forma que o esquema deve conseguir explicar a maioria dos casos. A outra é contar a história real aos atores ou pedir que eles leiam e depois, eles devem ser capazes de reconhecer a si mesmos na história que está sendo contada ou lida. ⁽¹⁷⁾

Para essa pesquisa realizou-se a apresentação do modelo teórico (Figura 1) aos atores, os quais concordaram com o poder abstrativo de suas experiências.

4.4 Referencial teórico

A experiência e o modelo teórico foram analisados à luz do 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. ⁽¹⁸⁾

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. ⁽¹⁹⁾

Quatro aspectos importantes distinguem essa abordagem das demais da psicologia:

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. ⁽¹⁹⁾
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. ⁽¹⁹⁾
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 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. ⁽¹⁹⁾
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 escolher consciente, a direção de nossas ações em face dessa definição, a identificação dessas ações e a de outros e a nossa própria redireção. ⁽¹⁹⁾

Conceitos

- **Símbolo**

É o conceito central, pois segundo o Interacionismo Simbólico, sem eles não podemos interagir uns com os outros. Os símbolos pertencem a 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, por meio 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. ⁽¹⁹⁾

- ***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 da interação com os pais e outros significativos, mudando constantemente enquanto a criança vivencia novas experiências interagindo com outros. ⁽¹⁹⁾

“Como eu me vejo, como eu me defino, o julgamento que de mim mesmo é altamente dependente das definições sociais que encontro durante minha vida”. ⁽¹⁹⁾

- **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* por 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. ⁽¹⁹⁾

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 possibilita o desenvolvimento do *self*, a aquisição e o uso de símbolos e a própria atividade mental. É por meio da mente que os indivíduos entendem o significado das palavras e ações de outras pessoas. ⁽¹⁹⁾

- **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. ⁽¹⁹⁾

- **Interação social**

Conforme apresentado, todos os conceitos básicos para o Interacionismo Simbólico surgem da interação e são 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. ⁽¹⁹⁾

Assim, o reconhecimento da existência de atividades como estas, permite a compreensão da natureza da interação.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos atores da pesquisa

Realizou-se 15 entrevistas, as quais foram transcritas na íntegra e analisadas segundo referencial metodológico da TFD, com atores lotados no PSMC, sendo seis técnicos de enfermagem, quatro enfermeiros e cinco médicos. Desses, nove mulheres e seis homens, na faixa etária de 25 a 64 anos, com três a 38 anos de experiência.

A saturação dos dados se configurou mediante a proposição de modelo teórico e sua validação com os atores participantes desta pesquisa.

5.2 A experiência

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

Quadro 1. Subprocessos e categorias relativas à experiência interacional de profissionais de serviço de urgência e emergência com o enfrentamento da pandemia COVID-19, de julho a agosto de 2020 (primeira onda). Secretaria Municipal de Saúde, Bauru, São Paulo, Brasil, 2023

(Continua)

Subprocessos	Categorias	Subcategorias
A. Considerando-se, no início da pandemia, protagonista de um drama	A1. Acompanhando pela mídia a globalização dramática da pandemia	
	A2. Atemorizando-se ao lidar com o desconhecido	
	A3. Vivenciando com suas famílias a reciprocidade do sofrimento, mediante o risco exacerbado de tornar-se reservatório do vírus	
	A4. Percebendo-se discriminado na sociedade como transmissor do coronavírus	
	A5. Esbarrando-se com a insuficiência de recursos informacionais, materiais e de pessoas para estabelecimento de protocolos	A5.1. Deparando-se com sobrecarga de trabalho
		A5.2. Sofrendo em ter que trabalhar com recursos inadequados e insuficientes
		A5.3. Deparando-se com falta de EPIs
		A5.4. Percebendo estarem utilizando EPIs inadequados
		A5.5. Tendo dificuldades em seguir protocolos modificados constantemente

Quadro 1. Subprocessos e categorias relativas à experiência interacional de profissionais de serviço de urgência e emergência com o enfrentamento da pandemia COVID-19, de julho a agosto de 2020 (primeira onda). Secretaria Municipal de Saúde, Bauru, São Paulo, Brasil, 2023

(Continuação)

B. Buscando estratégias de enfrentamento da pandemia	B1. Buscando novos conhecimentos para lidar com a COVID-19	
	B2. Tentando acompanhar a abundância de informações que estavam surgindo da pandemia	
	B3. Alterando os fluxos de atendimento e implantando novos protocolos	
	B4. Buscando ajuda para confecção de EPIs	
	B5. Médicos afastando-se de atendimentos direto a pacientes com COVID-19	
	B6. Alterando a dinâmica do cotidiano familiar	
C. Transformando-se enquanto profissional e pessoa	C1. Considerando em contato rotineiro com doenças infectocontagiosas no cenário de trabalho	
	C2. Convencendo-se a adotar rotineiramente medidas preventivas para doenças infectocontagiosas	
	C3. Transformando-se não só como profissionais, mas também enquanto pessoas	

(conclusão)

Considerando dramática a chegada da pandemia (A) depreende das circunstâncias iniciais de comoção, em face do sofrimento psíquico gerado nos profissionais da saúde de serviço de urgência e emergência, por se perceberem, assim como a instituição onde trabalham, despreparadas para lidar com pacientes com COVID-19 e, portanto, explicitam sentimentos de medo, insegurança e despreparo da instituição e dos próprios profissionais. Este subprocesso agrega

cinco categorias: *acompanhando pela mídia a globalização dramática da pandemia (A1)*; *atemorizando-se ao lidar com o desconhecido (A2)*; *vivenciando com as famílias a reciprocidade do sofrimento, mediante o risco exacerbado de tornar-se reservatório do vírus (A3)*; *percebendo-se discriminado na sociedade como transmissor do coronavírus (A4)*; *esbarrando-se com a insuficiência de recursos informacionais, materiais e de pessoas para estabelecimento de protocolos (A5)*.

A comoção inicia-se com os profissionais da saúde *acompanhando pela mídia a globalização dramática da pandemia (A1)*, principalmente em países da Europa, como a Itália. Com os noticiários veiculando, a todo momento, a alta transmissibilidade do vírus, a sobrecarga dos serviços de saúde, o aumento significativo de óbitos e de contaminação e óbito de profissionais da saúde. O seguimento desses noticiários proporciona experiência emocionalmente desgastante com uma doença que ainda estava por chegar, mas que já gerava sofrimentos do que estava por vir: temor, ansiedade e pavor, retratados nas cenas europeias (Quadro 2). Membros da equipe de saúde relatam:

[...] no início foi muito difícil para mim, quando começou por volta de março aqui no Brasil, já se tinha notícia como estava no mundo, foi bem na época que a Itália estava com sobrecarga dos serviços de saúde, de óbitos em residência, óbitos e mais óbitos nos hospitais, profissionais sendo contaminados e a mídia dando muita ênfase a isso. Isso gerou uma grande ansiedade para nós, fiquei muito ansiosa, muito insegura [...] (E4).

[...] O terror e o pavor passado por notícias não tão verdadeiras e que acabaram com a divulgação em massa e pavorosa da pandemia [...] (M3).

O vírus continua espalhando-se pelo planeta e chega ao Brasil e os profissionais da saúde *atemorizando-se ao lidar com o desconhecido (A2)*. Estado de alerta contínuo, pelo qual passam, em face de a necessidade de encontrarem

rapidamente formas de se protegerem da ameaça que representa o novo Coronavírus a eles, colegas e familiares (Quadro 3). Contam eles que:

[...] a responsabilidade aumenta a cada dia, pois lidamos com uma doença desconhecida, sem medicação comprovada para seu tratamento [...]. Estamos às escuras, tentando ver uma luz no fim do túnel para curar nossos próprios familiares e amigos [...] (M5).

[...] No início, ficamos um pouco perdidos, não se tinha protocolos, não se tinha uma rotina, muita falta de material para trabalhar, de equipamentos, de EPIs. No meu caso, como moro com pessoas idosas e do grupo de risco, acabei saindo de casa para preservar meus familiares, fui morar com colegas de trabalho. Tínhamos muito receio, porque tivemos colegas sendo contaminados. Não tínhamos muito norte de como trabalhar, nem ideia como seria o enfrentamento disso [...] (T2).

Diante da ameaça do desconhecido, por não saberem como o Coronavírus se comporta na totalidade e, conseqüentemente, como serão seus dias e meses de trabalho, os profissionais acabam *vivenciando com suas famílias a reciprocidade do sofrimento, mediante o risco exacerbado de tornar-se reservatório do vírus (A3)*. Esses profissionais passam seus dias, assim como seus familiares, com estado emocional abalado pela consciência que têm, da exposição aumentada ao risco de se infectarem, assim como às suas famílias. Para protegê-las, alguns tomam a decisão de adotar o isolamento social de suas famílias (Quadro 4), conforme descrevem:

[...] Quanto a vida social, a falta de contato com familiares e amigos que não são da área da saúde foi bem difícil e tivemos que nos acostumar [...]. O que mais afetou em mim foi o isolamento social, ter que me afastar de familiares e amigos, por ser um transmissor potencial [...] (T5).

[...] Minha família tem muita preocupação, tem medo de se contaminar e de que eu fique doente, por conta disso estamos tomando várias precauções [...] (M1).

Ademais, quando descobertos como profissionais da saúde, em cenários públicos, acabam *percebendo-se discriminados na sociedade como transmissor do coronavírus (A4)* (Quadro 5), conforme relato:

[...] percebo que a partir do momento que nos identificam como profissionais de saúde, somos discriminados, como se fossemos transmissores da doença. Eles acham que somos fonte de contaminação. Errado isso, porque a população se cuida muito menos que nós, não sabem as formas de prevenção e de disseminação [...] (E1.4).

Com o aumento da transmissibilidade e do agravamento dos casos, os profissionais da saúde vão *se esbarrando com a insuficiência de recursos informacionais, materiais e de pessoas, para estabelecimento de protocolos (A5)*. Essa categoria reúne cinco subcategorias: *deparando-se com sobrecarga de trabalho (A5.1)*; *sofrendo em ter que trabalhar com recursos inadequados e insuficientes (A5.2)*; *deparando-se com falta de EPIs (A5.4)*; *tendo dificuldades em seguir protocolos modificados constantemente (A5.5)*.

A pandemia expôs à fragilidade dos serviços de saúde e o déficit qualificado de recursos humanos, principalmente da equipe de enfermagem. Com seu avanço, esses *profissionais vão se deparando com sobrecarga de trabalho (A5.1)*. Com a contratação de profissionais inexperientes e déficit de recursos físicos, tecnológicos e humanos, foi ocasionado um conjunto de condições adversas ao processo de trabalho (Quadro 6). Eles narram:

[...] Foi contratada uma nova equipe terceirizada, pessoas totalmente despreparadas, tivemos que dar suporte e continuamos dando [...] (E2).

[...] Estamos trabalhando com pessoas inexperientes, sem habilidades profissionais, estamos tendo que treinar o funcionário recém-contratado desde o básico da enfermagem e no meio da correria, está muito difícil [...] com novos funcionários. Com toda a equipe nova (médicos, enfermeiros e técnicos), temos que nos desdobrar para suprir a demanda aumentada, em razão dos profissionais chegarem despreparados [...] (E3).

Com o avanço da pandemia e aumento no número de casos e internações por SRAG, os profissionais *vão sofrendo em ter que trabalhar com recursos inadequados e insuficientes (A5.1)*. Experiência que retrata a dor psíquica em face dos desafios da prestação de assistência à saúde humana, utilizando equipamentos e insumos quantiquantitativamente obsoletos e insuficientes, presumindo o esgotamento de recurso materiais e humanos, ou seja, o estabelecimento do caos (Quadro 7), como contam:

[...] Os equipamentos como respiradores e monitores eram obsoletos, antigos, alguns foram recuperados, outros chegaram novos. Isto nos deu um certo alívio, porque sofremos por antecipação, sofremos muito por imaginar que estes equipamentos poderiam ser insuficientes e tínhamos medo de chegar o dia de escolher quem iria usá-los. Até o momento, graças a Deus, não passamos por isso [...] (E3).

[...] Passando o tempo, foram chegando materiais, alguns de qualidade questionável, mas tivemos um pouco mais de condições para seguir os protocolos governamentais e nortear nosso trabalho [...] (T2).

Perante a demanda aumentada dos serviços de saúde, cresce conseqüentemente a necessidade de utilização de equipamentos de proteção individual pelos profissionais de saúde, onde eles acabam se *deparando com falta de EPIs (A5.3)*. Muitos de qualidade questionável, gerando insegurança e medo de

se expor ao vírus, sabendo da importância e necessidade das precauções, diante da ameaça crescente do coronavírus (Quadro 8), como contam:

[...] Sofremos com falta de EPIS no início da pandemia, isso nos deixou em pânico e acabamos comprando muitas coisas para nos proteger com dinheiro do nosso bolso [...] (E4).

[...] Trabalhamos no início com falta de equipamentos de segurança, isso fez com que buscássemos com meios próprios para não ficarmos sem EPIS [...] (E3).

No cotidiano do trabalho, os profissionais da saúde vão *percebendo que estavam utilizando EPIs inadequados (A5.4)*, com a falsa sensação de segurança, mediante a falta de compromisso da administração do serviço por fornecer materiais de baixa qualidade, que expõem aos riscos laborais seus profissionais da linha de frente do atendimento (Quadro 9). Revelam que:

[...] o atendimento está um pouco precarizado, devido a insumos e EPis de baixa qualidade, não estão sendo os preconizados pela ANVISA [...] (T5).

[...] quando começaram aparecer os casos positivos, pacientes realmente suspeitos, ficamos desesperados atrás de paramentações e, às vezes, não tínhamos esses recursos. No início, faltaram EPis adequados [...] (T4).

Diante da globalização do vírus e da ebulição de novas descobertas no manejo da doença, os profissionais defrontam-se *tendo dificuldades em seguir protocolos modificados constantemente (A5.5)*, devido ao SARS-CoV-2 se tratar de um vírus novo e sem precedentes. As descobertas e novidades do assunto tiveram alta frequência, o que demandava, necessariamente, alterar os protocolos de definições da doença, atos e ações então relacionadas (Quadro 10). Relatam eles:

[...] Tivemos dificuldade de implantação de protocolos, muitos membros da equipe tinham dificuldade de seguir protocolos, devido às mudanças constantes destes [...] (E3).

[...] Eram protocolos e mais protocolos, acabava de ler um protocolo e já chegava outro alterando o anterior [...] (E2).

[...] Ficamos um pouco perdidos, não se tinha protocolos, não tinha uma rotina, muita falta de material para trabalhar, de equipamentos, de EPIs [...] (T2).

Buscando estratégias de enfrentamento da pandemia (B) configura o segundo subprocesso da experiência, o qual reúne ações para contornar as circunstâncias desgastantes. Este subprocesso se desdobra em seis categorias: *buscando novos conhecimentos para lidar com a COVID-19 (B1)*; *tentando acompanhar a grande quantidade de informações que estavam surgindo perante a pandemia (B2)*; *alterando os fluxos de atendimento e implantando novos protocolos (B3)*; *buscando ajuda para confecção de EPIs (B4)*; *médicos afastando-se de atendimentos direto a pacientes com COVID-19 (B5)*; *alterando a dinâmica do cotidiano familiar (B6)*.

Diante da necessidade de aperfeiçoar o atendimento aos pacientes acometidos pela doença, os profissionais da saúde vão *buscando novos conhecimentos para lidar com a COVID-19 (B1)*. Movimento para adquirir conhecimento técnico-científico para enfrentar a doença e minimizar o risco iminente de viver a pandemia (Quadro 11). Eles relatam:

[...] Tivemos pouca oferta de treinamentos, tendo que buscar conhecimentos e trabalharmos como multiplicadores junto à equipe. Era tudo novo e incerto [...] (E3).

[...] Fomos carentes em treinamentos, tivemos somente com os enfermeiros da nossa equipe [...] (T4).

[...] No começo foi assustador, tudo muito novo, mas depois fomos adquirindo conhecimento. A chefia foi nos treinando, passando para nós tudo o que eles sabiam e foi nos deixando mais seguros [...] (T6).

Devido à grande ênfase dada à pandemia e a rapidez que pesquisas estavam sendo conduzidas e a velocidade que surgiam novas informações, as quais, simultaneamente, geravam certa insegurança na equipe de saúde, acerca da confiabilidade das mesmas e se elas estavam sendo produzidas livres de interesses comerciais e políticos. A contento, essa equipe mantinha-se *tentando acompanhar a grande quantidade de informações que estavam surgindo da pandemia (B2)* (Quadro 12), conforme relato:

[...] O que estávamos lendo e assistindo é que era mais leve que o H1N1, porém o contágio era bem mais rápido, só que não tínhamos vacina, nem medicamentos específicos para o tratamento. Foram surgindo diversas pesquisas de vacinas e medicamentos, uns para usar cloroquina, outros estudos de não usar mais cloroquina, então isso ia gerando mais confusões e ansiedade, não sabíamos no que e qual estudo considerar [...] (E4).

Novas ações foram necessárias para o enfrentamento da pandemia, de forma que a equipe de saúde se posicionasse *alterando os fluxos de atendimento e implantando novos protocolos (B3)*, como uma das estratégias para estruturar as unidades de saúde à nova realidade da COVID-19, para que não ocorresse surto da doença entre pacientes e funcionários (Quadro 13). Eles contam que:

[...] Os serviços de saúde tiveram que se adequar às pressas, organizar os fluxos de atendimento, estrutura física, elaborar protocolos, tudo muito rápido [...] (E4).

[...] Nós tivemos que dar início a mudança física no prédio e alteração de fluxo de atendimento. Foi complicado [...] (E3).

Com o desaparecimento de EPIs no mercado, despertou medo e risco de contaminação nos profissionais e esses se mobilizaram *buscando ajuda para confecção de EPIs (B4)*. Solução encontrada diante da dificuldade de compra e escassez dos produtos no mercado que, também, não estava preparado para atender a demanda de uma pandemia dessa magnitude (Quadro 14). Assim relata:

[...] Tivemos ajuda de diversos grupos de voluntários para confeccionar EPIs e foi um movimento que nos comoveu muito, conseguimos produzir mais de mil aventais e máscaras com doações e auxílio de costureiras. Foi demais! [...] (E4).

Presenciou-se, *médicos afastando-se de atendimentos direto a pacientes com COVID-19 (B5)*, principalmente entre os que pertenciam ao grupo de risco, buscavam se proteger da vulnerabilidade de se tornarem reservatório do vírus. Desta forma, muitos deles se afastaram dos atendimentos de linha de frente, deixando de exercer determinadas funções e alguns até se recusando a trabalhar, em face do medo e das inseguranças (Quadro 15), como conta:

[...] Eu sou do grupo de risco e tomei algumas medidas no sentido de me preservar e uma delas foi sair da área direta de atendimento à COVID-19. Os hospitais montaram alas específicas para atendimento da COVID e eu não me ofereci para trabalhar em nenhum desses locais e aqui onde estamos agora, no Pronto Socorro, deixei de atuar como clínico. Fiquei somente com os atendimentos de cirurgião, como medida para diminuir a chance de atender diretamente paciente com COVID-19. Eu sei que vamos acabar atendendo e já atendemos, mas faz parte da nossa profissão atender pessoas que estão contaminadas por alguma doença. Eu só evitei atendimento daqueles pacientes que têm a grande probabilidade de estarem contaminados com COVID-19. Então, eu optei por áreas com exposições menores [...] (M1).

Contudo, os profissionais que se mantiveram na linha de frente do atendimento de pacientes com COVID-19, preocupados com a saúde de seus

familiares, viram-se *alterando a dinâmica do cotidiano familiar (B6)*. Esses profissionais abdicaram-se da convivência diária com seus familiares, como medida protetiva dos mesmos, ou então adotaram cuidados para que suas roupas e calçados de seus serviços não adentrassem à casa, assim como orientando a família a deixar a residência sempre ventilada (Quadro 16). Eles relatam:

[...] No meu caso, como moro com pessoas idosas e do grupo de risco, acabei saindo de casa, para preservar meus familiares. Fui morar com colegas de trabalho [...] (T2).

[...] Removendo sapatos e roupas, antes de entrar em casa, para proteger nosso lar e entes [...] (M5).

[...] Estamos evitando contato muito próximo, deixando a casa bem ventilada, mas isso é o máximo que conseguimos fazer, vivendo na mesma casa [...] (M4).

À medida que a experiência desses profissionais de saúde avança, passando primeiramente por grande sofrimento, para ações de enfrentamento no segundo momento, contribui para o desfecho da experiência, de forma que aqueles que permaneceram na linha de frente do atendimento de pacientes com COVID-19 se vissem *transformando-se enquanto profissional e pessoa (C)*. Trata-se do terceiro subprocesso dessa experiência, retratada na capacidade do profissional se adaptar às mudanças, superando obstáculos e resistindo às adversidades impostas pela COVID-19, uma vez a doença passar a fazer parte do contexto rotineiro de trabalho, assim como deixando ensinamentos para a continuidade do exercício profissional e enquanto pessoa. Este subprocesso agrupa três categorias: *considerando em contato rotineiro com doenças infectocontagiosas no cenário de trabalho (C1)*; *convencendo-se a adotar rotineiramente medidas preventivas para doenças infectocontagiosas (C2)*; *transformando-se não só como profissionais, mas também enquanto pessoas (C3)*.

Os membros da equipe avaliam que, mesmo no *continuum* de uma experiência difícil, eles conseguiram se ajustar à situação que passou a fazer parte

do cotidiano de trabalho. Para se protegerem da COVID-19, eles tiveram que se adaptarem forçosamente ao emprego de protocolos, até então não obedecidos como medidas preventivas, no cotidiano do trabalho. Desta forma, vivenciar a pandemia COVID-19, fez com que membros da equipe se vissem considerando em contato rotineiro com doenças infectocontagiosas. Eles reconhecem que com a interface com a pandemia COVID-19 passaram a se protegerem mais de riscos laborais com doenças infectocontagiosas. A contento, os membros da equipe de saúde se veem, atualmente, *considerando em contato rotineiro com doenças infectocontagiosas no cenário de trabalho (C1)* (Quadro 17). Conta que:

[...] Não é a primeira epidemia que estou trabalhando, nem pandemia, já tivemos outras como H1N1 e SARS, mas que não tiveram a repercussão na nossa cidade e região como a pandemia da COVID-19 teve. Para mim, passou a fazer parte da rotina de quem está no sistema de saúde e, portanto, estar preparado para enfrentar este tipo de situação, mais cedo ou mais tarde [...]. Estamos em contato direto com pacientes de doenças infectocontagiosas que, muitas vezes, não nos avisam que estão contaminados, como pacientes com tuberculose que estamos em contato sem proteção nenhuma. Agora, nesta pandemia, estamos nos protegendo de todos os pacientes potencialmente contaminados por COVID-19, procurando nos resguardar mais e cuidar mais do atendimento do que em outras situações [...] (M2).

A contento, é na linha de frente do atendimento de pessoas com COVID-19 que os membros da equipe de saúde refletem o quanto deixaram de se protegerem de riscos laborais com doenças infectocontagiosas, de forma que foram se *convencendo a adotar rotineiramente medidas preventivas para doenças infectocontagiosas (C2)*, e, portanto, mais preparados para novas endemias ou pandemias, principalmente pela facilidade atual que as pessoas têm de mobilidade entre países e continentes (Quadro 18). Descreve seu ponto de vista:

[...] É uma nova fase da vida das pessoas, do mundo moderno. Vamos cada vez mais nos defrontar com pandemias, doenças que

vão acometer vários países e o mundo inteiro, por conta de a mobilidade das pessoas estar muito facilitada. É muito fácil viajar de um país para o outro e de um continente para o outro. Coisa que não era tão comum e isso facilita que as doenças se transmitam mais rapidamente ao redor do mundo [...]. Quem está iniciando no sistema de saúde, agora, vai passar por outras situações semelhantes, acho que é uma nova fase da Medicina de lidar com doenças infectocontagiosas, principalmente as de origem viral, que têm uma disseminação muito rápida e fácil [...] (M2).

Diante da fragilidade da vida que o novo coronavírus expôs aos profissionais, eles se perceberam *transformando-se não só como profissionais, mas também enquanto pessoas* (C3). Eles passaram a dar mais valor às suas experiências e ao cotidiano (Quadro 19). Contam que:

[...] É uma experiência estressante, um período estressante, porém nós estamos aprendendo a cada dia, a dar valor nas coisas que temos, sempre procurando viver o agora, porque o amanhã não sabemos com essa doença nova [...]. Pela parte pessoal deu um alerta, nós começamos a ver a vida de uma forma diferente, com outros olhos [...] (T3).

[...] O fator mais importante foi a mudança comportamental, não só dos profissionais de saúde, mas da população de uma forma geral, então isso vai perdurar, vai ficar e acredito que venha para melhorar outras possíveis situações adversas como essa [...] (M3).

5.3 O modelo teórico

Mediante o realinhamento dos componentes pertencentes aos subprocessos: (A) *considerando-se, no início da pandemia, protagonista de um drama*; (B) *buscando estratégias de enfrentamento da pandemia*; (C) *transformando-se enquanto profissional e pessoa*, descobriu-se uma categoria designada central que os abarcou, constituindo então o processo da experiência (modelo teórico),

denominado: *do protagonismo dramático ao aperfeiçoamento profissional e pessoal de equipe de saúde em serviço de urgência na pandemia COVID-19.*

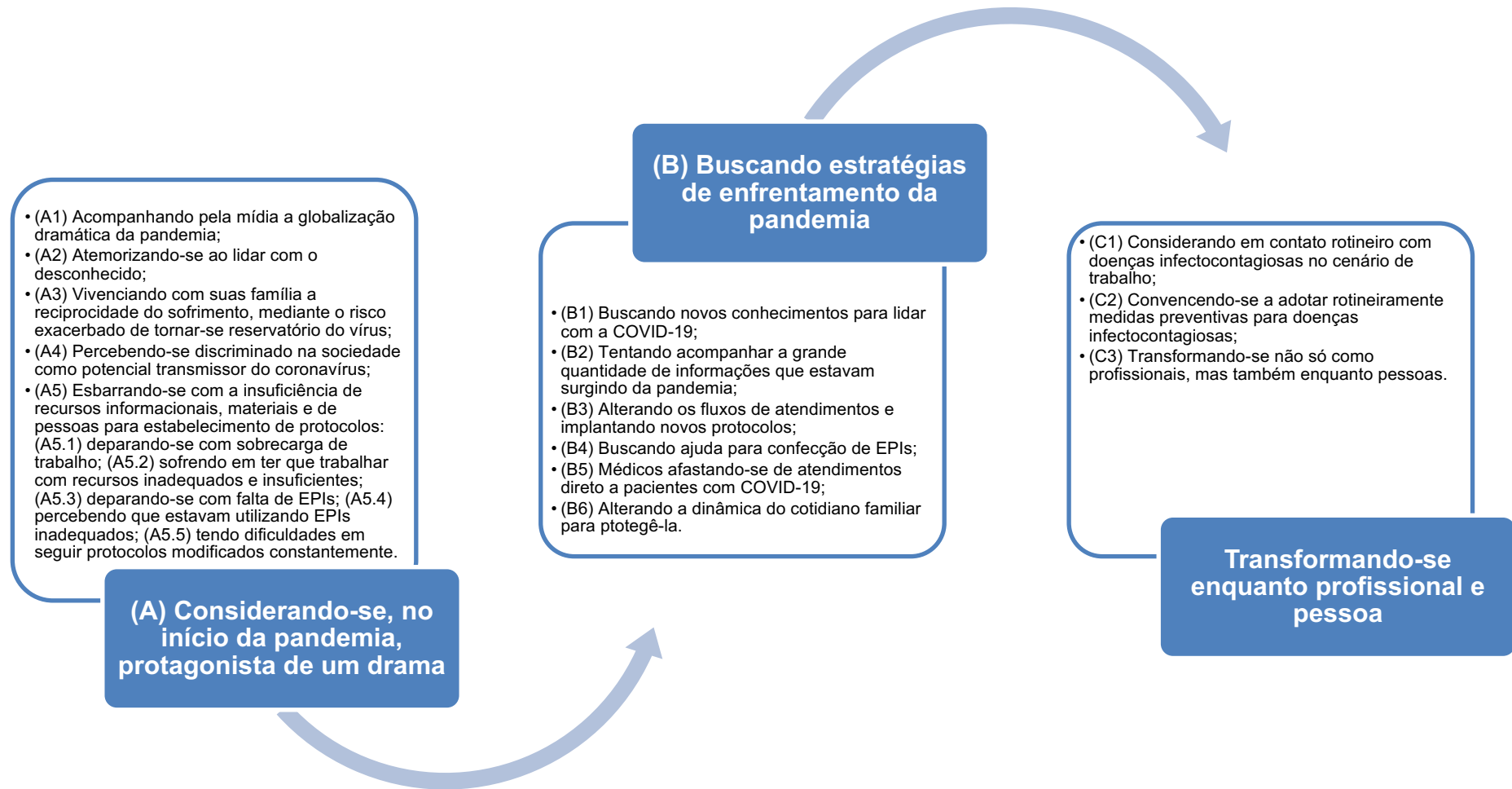


Figura 1. Categoria central (modelo teórico) - Do protagonismo dramático ao aperfeiçoamento profissional e pessoal de equipe de saúde em serviço de urgência na pandemia COVID-19. Experiência apreendida de julho a agosto de 2020 (primeira onda da pandemia). Secretaria Municipal de Saúde, Bauru, São Paulo, Brasil, 2023

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

6 DISCUSSÃO

O modelo teórico (processo) abstraído da experiência interacional da equipe de saúde, de unidade de urgência e emergência com a pandemia COVID-19, encadeia três subprocessos (A, B e C), o qual sinalizou para desfecho positivo, quando a considera reconfigurando seu *self* para o contato contínuo com doenças contagiosas no cenário de trabalho e, tornando-a convencida que sua segurança e de sua família associam-se ao seguimento das precauções continuamente, independente do fim da pandemia COVID-19 (subprocesso C). Contudo, por meio desse modelo, pode-se prever que esse desfecho poderia ser precedido de experiência com sofrimentos amenizados na segurança desperta por competências nas dimensões técnico-científicas das precauções padrão, assim como psicossocial para enfrentamentos de epidemias/pandemias, uma vez o subprocesso C, decorrer dos A e B. Esses apontam a equipe imprimindo movimento para estratégias de enfrentamento (subprocesso B), após se considerar, no início da pandemia, protagonista de um drama (subprocesso A).

No Interacionismo Simbólico, o *self* é um objeto social em relação ao qual o ator age e como todo objeto social é (re)definido na interação, na medida que se vivencia novas experiências. Desta forma, as próprias definições e julgamentos são altamente dependentes das definições sociais que o ator encontra durante a vida.

(19)

Os símbolos pertencem a uma classe social para representar alguma coisa e para ser simbólico, o ator manipula símbolos nas suas interações e a mente é a interação simbólica do humano com seu *self*. A mente é ação que usa símbolos e os dirige ao *self*. É o indivíduo tentando fazer algo, agir em seu mundo, ou seja, o mundo é transformado em definições por causa da mente. A ação é resposta não a objetos, mas a interpretação ativa do indivíduo a esses objetos. (19)

A contento, o modelo teórico aponta que a sobrecarga psicológica, ladeada de temor, ansiedade, pavor e insegurança com a experiência, iniciou-se antes da chegada da pandemia COVID no Brasil, no município e de casos no serviço da equipe de saúde estudada, mas da interação desses profissionais, enquanto acompanhava pelas mídias a globalização dramática da pandemia, principalmente,

do que estava acontecendo na China e países europeus. Foi na interface desses noticiários, que os profissionais começaram a pressupor as cenas que estavam por vir, as quais brevemente vivenciariam no local de trabalho, como: sobrecarga dos serviços de saúde, aumento significativo de contaminação e óbitos, incluindo profissionais da saúde como eles, estendido aos seus familiares.

Na época, a mídia chinesa divulgou que, até o início de março de 2020, mais de 3.300 profissionais de saúde foram infectados, pelo menos 22 deles haviam morrido. Assim como, na Itália, 20% dos profissionais de saúde foram infectados. (20)

Concomitantemente, pesquisadores chineses publicavam as principais causas para o grande número de profissionais de saúde infectados com COVID-19, sendo: (1) a proteção pessoal inadequada, por não entenderem, naquele momento, a patogenia da doença; (2) a exposição prolongada à grande escala de pacientes infectados nos serviços de saúde; (3) ao aumento de horas trabalhadas, assim como de intensidade e falta de descanso, aumentando a probabilidade de infecção; (4) falta de EPIs; (5) o tempo insuficiente para treinamento e quando o receberam, consideraram inadequado. (8)

São escassas as pesquisas que buscam compreender a experiência de profissionais da saúde com o seguimento da globalização da pandemia COVID-19 por mídias, antes da doença adentrar aos seus cenários de trabalho. Grande parte das pesquisas explora o impacto midiático na saúde mental da população no decurso da pandemia. (21-23)

Contudo, estudo publicado em 2003, sobre o impacto psicológico e ocupacional imediato do surto de Síndrome Aguda Respiratória Grave (SARS), sobre profissionais de saúde, em um hospital universitário canadense, verificou a percepção de perigo pessoal intensificada, pela conhecida letalidade da síndrome e interação com a intensa cobertura midiática sobre o surto e seus efeitos. (24)

Essa interface com a letalidade da doença corroborou-se, por estimativas epidemiológicas emitidas por órgãos oficiais, assegurando que a maioria das pessoas com COVID-19 desenvolveriam sintomas leves (40%) ou moderados (40%), por sua vez, aproximadamente 15% teriam chances de evoluírem para

sintomas graves, com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), e 5% para forma crítica da doença, com falência múltipla de órgãos. ⁽²⁵⁾

Em 27/02/2020 noticia-se o primeiro caso da COVID-19 no Brasil, um homem de 61 anos é admitido em hospital na cidade de São Paulo com sintomas da doença, após retornar de viagem turística à Itália. ⁽²⁶⁾

À medida que aumentava a transmissibilidade do vírus e o número de atendimentos, a equipe do serviço de urgência e emergência foi se percebendo despreparada, para enfrentar uma epidemia de doença contagiosa respiratória e, cotidianamente, esbarrando-se com a insuficiência de recursos informacionais, materiais e humanos, para seguimento de protocolos, os quais também mudavam com frequência, em face de novas evidências.

Pode-se considerar que, no início da experiência, a equipe se afetou por fenômeno da invisibilidade, denominação deste estudo. Trata-se de sinal, fato, manifestação e evento que se estabelece para o humano de forma não concreta (velada), dificultando apreensão/interpretação e, conseqüentemente, julgamento e ações. A contento, pode-se considerar invisível o que não é (re)conhecido por humano(s), grupo(s) e sociedade(s).

Sabe-se que o desconhecido não é conhecido; incógnito, ignorado. Que ainda não se experimentou ou sentiu. Já invisibilidade é o estado daquilo que é invisível, daquilo que não quer ser visto. Que, por sua natureza, sua distância ou sua pequenez, escapa à vista, por exemplo, certas estrelas são invisíveis a olho nu⁽²⁷⁾, como os microrganismos, razão que explica a suscetibilidade deles passarem despercebidos (ignorados), ou seja, não perceptíveis pelo humano.

Desta forma, consideraram-se algumas situações, na experiência inicial da equipe de saúde, que despertaram medo, pavor, incerteza, insegurança e impotência e de certa maneira, contribuíram para que não só os profissionais da saúde, mas também gestores, não empreendessem movimento ou retardassem ações voltadas para o (re)estabelecimento das precauções padrão e, portanto, conferir e despertar segurança no trabalho/trabalhador. Os símbolos que contribuíram para essa invisibilidade no início da experiência, decorreram: (1) da própria apresentação microscópica de um vírus, não permitindo ao humano evidenciá-lo a olho nu; (2) da conotação simbólica que se associou à descoberta

de vírus pouco conhecido, por se tratar de microrganismo que até pouco tempo não era transmitido entre humanos. Fato que o levou, a princípio, ser denominado novo coronavírus; e, conseqüentemente; (3) à escassez de produção científica com as melhores evidências para o manejo da doença COVID-19, tornando a atuação dos profissionais ininteligível, ou seja, de difícil compreensão e ação; (4) o despreparo de serviços de saúde para atendimento de epidemias/pandemias, o que fez a equipe esbarrar com insuficiência de recursos informacionais, materiais e de pessoas, para estabelecer protocolos.

No Brasil, desde outubro de 2007, o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) têm reproduzido as orientações da *World Health Organization* (WHO), em um *folder* de duas páginas, sobre as precauções padrão para controle de infecções. Nesse material faz menção sobre Alerta e Resposta em Pandemia e Epidemia. ⁽²⁸⁾

No documento recomendam-se as precauções padrão para reduzir o risco de transmissão de agentes patogênicos pelo sangue ou outras fontes, sejam conhecidas ou desconhecidas, e sempre usadas no atendimento a todos os pacientes. Dentre os procedimentos, a higienização das mãos é um dos componentes mais importantes das precauções, além do uso de EPIs deve ser verificado com base na análise de risco e no contato que se dará com sangue ou outros fluidos corporais, ou patógenos. Entre as medidas de controle da fonte, a higiene respiratória/etiqueta da tosse faz parte das precauções padrão. ⁽²⁸⁾

O uso em escala mundial das precauções padrão ajudaria a reduzir os riscos desnecessários associados à saúde. A promoção de um clima de segurança organizacional ajuda a melhorar a conformidade com as medidas recomendadas e, assim, obter redução de risco subsequente. Ademais, a disposição de equipe e de materiais corretos, com a liderança e o treinamento dos profissionais da saúde, pacientes e visitantes/acompanhantes, são essenciais para melhorar o clima de segurança nas unidades de saúde. ⁽²⁸⁾

A partir do modelo teórico apreendido é possível deduzir que uma equipe de saúde devidamente preparada para enfrentar uma epidemia e/ou pandemia; com recursos informacionais, materiais e de pessoas, com protocolos estabelecidos;

poderá se portar mais segura em seus julgamentos e ações, amenizando o impacto na sua saúde física e mental, assim como de seus familiares.

Ao contrário, do que ocorreu na equipe de saúde deste estudo, descobrindo-se em risco, assim como seus familiares ao interagir com sua experiência, na linha de frente do atendimento de pessoas com a COVID-19. Fato que exacerbou as fragilidades do serviço, com: sobrecarga de trabalho, equipamentos e insumos quantiquantitativamente obsoletos e insuficientes, presumindo o esgotamento de recursos materiais e humanos e o estabelecimento do caos.

A equipe precisou vivenciar essa experiência para (re)configurar o *self* e se *convencer sobre o contato* rotineiro com doenças contagiosas no cenário de trabalho e, portanto, consciente que para preservação de sua segurança e de sua família, há necessidade de se adotar cultura organizacional para o uso obrigatório e contínuo de precauções padrão para riscos ocupacionais, relativos a agentes patogênicos, mesmo após o fim da pandemia.

Essa compreensão advém das evidências de materialidade/concretude do vírus SARS-CoV-2, na evolução da doença para formas graves e de letalidade, com serviço e profissionais da saúde desprovidos de protocolos, recursos materiais e humanos quantiquantitativos para sua segurança dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, de suas famílias expostas a riscos de doenças infecciosas. Fato que gerou reflexão da necessidade de se mudar essa cultura.

Razão da equipe, no início da experiência, considerar-se simbolicamente protagonista de um drama. Fato que a impulsionou para o subprocesso “B”, como estratégia de enfrentamento da pandemia, apropriar-se de conhecimentos para lidar com a doença e, conseqüentemente, aumentar a sua segurança e de seus familiares. É no desfecho da experiência, no subprocesso “C”, que a equipe reflete e reconhece que foi na concretude dos riscos, na interface com o vírus SARS-CoV-2 que, verdadeiramente, despertou-se para a concretude de patógenos no serviço da RUE e, portanto, convenceu-se da necessidade de passar a adotar, rotineiramente, precauções para doenças contagiosas, também nesse cenário.

Ressalta-se que os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) são considerados instrumentos gerenciais, os quais devem ser construídos juntamente com a equipe, visando o cuidado padronizado para o paciente, fundamentado na

Prática Baseada em Evidências (PBE), subsidiada pela estratégia da Educação Permanente em Saúde e não em atividade pontual. Esse processo permite desenvolver segurança dos profissionais para cuidados, convencidos que a instituição se mostra preocupada, tornando-se favorável para o desenvolvimento da cultura da segurança nos ambientes de saúde. Nesse processo é de importância estrutural a adequação das instalações, em termos de recursos humanos e materiais, tanto quantitativo quanto qualitativo, para desenvolvimento de intervenções na prática cotidiana dos profissionais de enfermagem. ⁽²⁹⁾

Ademais, a apreensão da experiência e o modelo abstraído por este estudo apontam para outros efeitos devastadores da pandemia COVID-19, agora nas relações interpessoais e, conseqüentemente psicossociais, não só na população em geral, mas exacerbada nos profissionais de saúde, como os atores desta pesquisa que atuaram em serviço de urgência e emergência, com atendimento direto ao doente.

Esses profissionais, além de se obrigarem a alterar a dinâmica do cotidiano familiar, pelas suas próprias inseguranças e, conseqüentemente, de suas famílias, como potencial reservatório do vírus que se transformaram, também se perceberam estigmatizados pela sociedade, quando eram identificados nas interações como profissional da saúde.

Segundo o Interacionismo Simbólico, a ação humana decorre da interação com o *self* e com o outro/os outros e quando interagimos nos tornamos objetos sociais um para o outro/uns para os outros. Usamos símbolos, direcionamos *self*, engajamo-nos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectivas, definimos realidade e a situação e até assumimos o papel do outro. ⁽¹⁹⁾

Desta forma, o profissional de saúde, enquanto parte dessa sociedade, também configurou seu *self* ao se reconhecer simbolicamente como reservatório e potencial transmissor do vírus. Conseqüentemente, considerando-se como risco para a disseminação do microrganismo, quando em interação com seus familiares, colegas de trabalho e por onde transitar. Assim, o próprio profissional da saúde se via, definia-se no contexto das interações no trabalho, com familiares e em ambiente público, como objeto social simbolicamente representado em reservatório

e potencial transmissor do vírus SARS-CoV-2, e, portanto, conseguiam facilmente se perceber discriminados fora do cenário de trabalho.

Considera-se estigma uma força estrutural deletéria que desvaloriza membros de grupos que possuem características não desejáveis. Como o estigma é criado e reforçado pela sociedade, por meio das interações sociais, os pesquisadores o exploraram, relacionado ao novo coronavírus, inicialmente, após o presidente dos EUA pronunciar em 16/03/2020 como: “vírus chinês” ou “vírus da China”. Os resultados mostram que esse estigma está se perpetuando. ⁽³⁰⁾

Esses autores ressaltam ainda que, de modo semelhante, as estigmatizações relacionadas à pessoa acometida pela doença contagiosa abrangem: familiares, cuidadores e amigos que estão em contato, profissionais de saúde que trabalham na linha de frente e os centros de tratamento da COVID-19. Alertam para resultados danosos e desfavoráveis no âmbito psicossocial, estendidos ao sistema de saúde pública, devido à não aderência e desconfiança dessa população potencialmente estigmatizada, o que aumenta o risco de transmissibilidade e dificulta o rastreamento dos contatos e monitoramentos dos casos. ⁽³⁰⁾

Estudo etnográfico sobre a discriminação social e estigma na comunidade de profissionais de saúde de Atenas, Grécia, durante a pandemia de COVID-19, apontou para as principais emoções vivenciadas pelos profissionais de saúde, quando foram deslocados para as clínicas COVID-19, como: medo, ansiedade, angústia, raiva e insegurança. Esses sentimentos se agravaram quando o ambiente familiar os tratou com medo e hesitação. Seu ambiente social tendia a evitá-los, levando-os a um estado de autoisolamento. ⁽³¹⁾

Esse estudo concluiu que, os profissionais de saúde enfrentaram comportamentos discriminatórios e, portanto, foram estigmatizados, tanto por suas famílias e meio social, quanto de outros profissionais de saúde. Em face desse cenário, os governantes lutaram para lidar com a situação, mantendo um equilíbrio entre a segurança e o bem-estar dos profissionais de saúde, pois eles não estavam preparados para uma pandemia da magnitude que foi. ⁽³¹⁾

Com preocupação semelhante, instituições se uniram (China International Famine Relief Commission - CIFRC, United Nations Children's Fund - UNICEF e

WHO) na elaboração de um guia para prevenir e tratar estigma social e comportamentos discriminatórios com pessoas com determinadas origens étnicas, bem como contra qualquer pessoa que tenha tido contato com o vírus. Esse material associa o nível de estigma em três fatores principais: 1) é uma doença nova e para a qual ainda existem muitas incógnitas; 2) muitas vezes temos medo do desconhecido; e 3) é fácil associar esse medo aos outros. ⁽³²⁾

Segundo as Instituições proponentes desse guia, é compreensível haver confusão, ansiedade e medo entre o público. Infelizmente, esses fatores também alimentam estereótipos nocivos. As evidências mostram claramente que o estigma e o medo em torno das doenças transmissíveis dificultam a resposta. O que funciona é construir confiança em serviços e aconselhamentos de saúde confiáveis, mostrar empatia com as pessoas afetadas, entender a própria doença e adotar medidas práticas e eficazes para que as pessoas possam ajudar a manter a si mesmas e a seus entes queridos em segurança. ⁽³²⁾

Desta forma, é preciso que se operacionalize programas de gestão local, para que serviços e profissionais da saúde se qualifiquem para gerir epidemias e pandemias.

A partir dessa experiência apreendida, assim como de ondas pandêmicas anteriores, evidencia-se necessidade de se propor e implementar programas de capacitação para cenários de saúde, principalmente daqueles que desempenharão o papel de linha de frente no atendimento da população, em situações de novas epidemias e pandemias. Esses programas devem centrar na capacitação para recursos informacionais, materiais e de pessoas, por meio de educação permanente, para garantir que os encontros sejam frequentes e não esporádicos.

Estudo de revisão reúne evidências científicas sobre fatores associados ao impacto ocupacional e psicológico das sucessivas ondas de pandemia sobre os profissionais da saúde, sendo comum os quadros de estresse, ansiedade, insônia e sintomas de depressão nos profissionais que estão na linha de frente do cuidado. ⁽³³⁾

Para esses autores, as condições de trabalho e as próprias características dos sucessivos fluxos globais de pandemias, revelam desafios para que se

empreenda novos processos institucionais para otimizar benefícios em termos de saúde mental e prover o enfrentamento de novas situações. ⁽³³⁾

A partir dos estudos revisados observou-se que o cotidiano profissional desafiador e o ambiente de guerra instaurado pelas sucessivas ondas de pandemias aumentam a vulnerabilidade dos profissionais de saúde que estão na linha de frente, levando-os muitas vezes a experimentar o desamparo apreendido. ⁽³³⁾

O desamparo apreendido arremete o ator à redução de responsividade àquilo que lhe acontece no cenário ⁽³⁴⁾, como resultado da sensação de impotência perante a perda do controle sobre fenômenos, com potencialidades devastadoras. A pessoa se percebe fragilizada, diante dos riscos e ameaças inexoráveis à sua própria integridade e passa a considerar que não faz sentido tentar atuar ou agir no mundo. Trata-se de processo cognitivo associado à sintomatologia e aos quadros depressivos. ⁽³³⁾

Em situações vivenciada em epidemias e pandemias anteriores por profissionais da saúde, corroboram com a exaustão emocional, relacionada ao medo de se contaminar no trabalho, como um dos impactos imediatos da atuação profissional. O medo de perder a própria vida, talvez, seja superado pelo temor de colocar a vida de outras pessoas em perigo, o que se permite inferir que se vive o luto antecipatório, vinculado ao medo de perder o sentido da vida e o significado existencial da própria profissão. ⁽³³⁾

Simbolicamente é como a equipe de saúde iniciasse uma guerra desprovida de armas e se visse exposta à insegurança em franco campo de batalha e enquanto procura por essas armas, ou seja, estratégias de enfrentamento da pandemia, muitos deles perdem suas vidas nesse caminho, sem qualquer chance.

Em 02/09/2020, a OPAS e a OMS, divulgaram cerca de 570 mil profissionais de saúde já infectados e 2,5 mil morreram por COVID-19 nas Américas, tendo o maior número de profissionais de saúde infectados no mundo. O Brasil respondeu por quase 54% dos profissionais de saúde infectados pela COVID-19 nas Américas, perfazendo 307 mil. Os mais afetados foram os profissionais de enfermagem, sobretudo, os técnicos e auxiliares. Além disso, a OMS registrou 2.500 mortes de

profissionais de saúde no continente, sendo 289 no Brasil, correspondendo a 11,6%. ⁽³⁵⁾

Com esses dados, experiências de grande sofrimento vivenciadas por profissionais da saúde, em outras pandemias, somada a essa, onde os profissionais da saúde continuam sendo surpreendidos por esses eventos catastróficos/dramáticos e não suficientemente preparados para enfrentar esses eventos, no aspecto informacional, de recursos humanos e materiais, assim como psicologicamente. Perante o risco de morte pelo qual se expõem, na maioria pela precarização dos serviços de saúde quanto a segurança do trabalhador com patógenos e escassez de educação permanente em serviço.

A contento, a literatura explica que nesses processos descritos, envolvem o luto antecipatório. Esse ocorre quando se aproxima de experiências pela possibilidade da morte iminente e de nem sequer receber as últimas homenagens póstumas. Esse luto vivido antecipadamente é potencializado pela impossibilidade de expressar sentimentos genuínos e assim dar vazão às emoções em estados de grande comoção social, que poderiam ser expressas quando a perda do paciente se dá em outro tipo de situação. ⁽³⁶⁾

Esse tipo de luto é conhecido como luto não autorizado; juntamente com o luto antecipatório, leva os profissionais a viverem suas perdas sem que elas tenham ocorrido efetivamente. Nesse processo de enlutamento vigora o medo, o desamparo e a desesperança. ⁽³³⁾

Nesse aspecto, não só precisa de um programa de capacitação técnico-científica, mas deve fazer parte do preparo dos profissionais, o desenvolvimento de competência psicossocial para o enfrentamento de epidemias e pandemias.

O apoio social é indicado como um dos caminhos possíveis para orientar as práticas psicológicas nos serviços ou nos diferentes modelos de atendimento que podem ser construídos ⁽³⁷⁾, para a elaboração de respostas de enfrentamento mais adaptativas diante das situações-limite, dos sintomas de luto antecipatório e dos sintomas depressivos ou de estresse que os profissionais apresentam ou venham apresentar. ⁽³⁸⁾

Por fim, uma das contribuições do modelo teórico emerso deste estudo é sinalizar a necessidade de políticas de valorização da equipe de saúde, para

promover melhores condições de trabalho e que, não só no Brasil, mas mundialmente, as equipes de saúde precisam ser capacitadas para assumirem o cuidado na linha de frente em epidemias e pandemias, uma vez evidências científicas mostrarem que, a cada evento, são os profissionais da saúde que se tornam heróis épicos. É preciso mudar esse símbolo arraigado culturalmente, para que em próximas epidemias/pandemias, as taxas de contaminação e mortes de profissionais da saúde sejam menores.

Ainda há de se destacar que uma das possíveis limitações deste estudo é o estudo de uma equipe, mas como a coleta de dados se deu durante o início da pandemia, isso dificultou que se incluísse outros serviços.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos inicialmente propostos foram alcançados, a abordagem teórico metodológica empregada possibilitou a compreensão da experiência dos profissionais de saúde de serviço de urgência e emergência, abstraída no modelo teórico intitulado: do protagonismo dramático ao aperfeiçoamento profissional e pessoal de equipe de saúde em serviço de urgência na pandemia COVID-19.

O modelo teórico encadeia três subprocessos (A, B e C), onde explica as razões da equipe, no início da experiência, considerar-se simbolicamente protagonista de um drama (subprocesso A). Fato que a impulsionou para o subprocesso “B”, como estratégia de enfrentamento da pandemia, apropriar-se de conhecimentos para lidar com a doença e, conseqüentemente, aumentar a sua segurança e de seus familiares. É no desfecho da experiência, no subprocesso “C”, que a equipe reflete e se reconhece ao vivenciar os riscos, na interface com o vírus SARS-CoV-2 que, verdadeiramente, despertou-se para a concretude de patógenos no serviço da RUE e, portanto, convenceu-se da necessidade de passar a adotar, rotineiramente, precauções para doenças contagiosas, também nesse cenário.

Por meio desse modelo teórico, é possível predizer que a adoção de políticas que mantenham equipes da linha de frente de endemias e pandemias preparadas de recursos informacionais, materiais e de pessoas, possa ser estratégia emergente a ser operacionalizada para conferir segurança a esses profissionais e, conseqüentemente diminuir sofrimento e taxas de mortalidade em eventos próximos.

A experiência e realidade demonstrada pelos profissionais neste estudo, não se limita a unidade pesquisada, ao município, ao estado e nem ao país e sim a uma realidade mundial, na qual os profissionais passaram com a chegada não só da pandemia COVID-19, mas de anteriores também. Desta forma, são experiências que apesar de dramáticas/catastróficas para os profissionais da saúde e principalmente da enfermagem, os que mais se contaminam, não se vê mobilizações de uma política incisiva para se melhoras as condições de segurança não só do paciente, mas concomitantemente a do trabalhador.

Este panorama demonstra um paradoxo vivido nos últimos meses: ao mesmo tempo em que esses trabalhadores são essenciais na crise sanitária, são expostos a situações que podem afetar sua saúde física e mental, tornando-os potenciais infectadas e transmissoras do vírus à população.

Os sistemas de saúde em todo o mundo podem operar em percentual a mais que a capacidade máxima por muitos meses. Mas profissionais de saúde, ao contrário de ventiladores ou leitos hospitalares, não podem ser fabricados com urgência. É vital que órgão como a OMS, OPAS e os governos de países considerem esses profissionais não simplesmente números, mas como humanos essenciais ao deslinde da saúde.

Na resposta global, a segurança dos profissionais de saúde deve ser garantida. A provisão adequada de EPIs é apenas o primeiro passo; outras medidas práticas como descanso, apoio familiar, suporte psicológico, remuneração de vida, além de políticas de saúde, são questões a serem ponderadas. Atualmente, os profissionais de saúde são considerados o recurso mais valioso da sociedade humana e, portanto, não podem ser pegos desprevenidos ante as doenças infectocontagiosas emergentes, sem as precauções padrão como armas principais.

8 REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico 3: doença pelo novo Coronavírus 2019 - COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Panorama COVID-19 [Internet]. Washington: OPAS; s.d. [citado 11 Mar. 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Urgência e Domiciliar. Protocolo de tratamento do novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
4. Center for Disease Control and Prevention (CDC). COVID-19 [Internet]. Atlanta: CDC; s. d. [citado 10 Mar. 2021]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/index.html>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico especial - COE-COVID-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 8 Nov. 2021]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/03/BE6-Boletim-Especial-do-COE.pdf>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Urgência e Domiciliar. Protocolo de manejo clínico da covid-19 na atenção especializada. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
7. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet [Internet]. 2020

- [citado 8 Nov. 2021];395(10223):497-506. Disponível em:
<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930183-5>
8. Niquini RP, Lana RM, Pacheco AG, Cruz OG, Coelho FC, Carvalho LM, et al. SRAG por COVID-19 no Brasil: descrição e comparação de características demográficas e comorbidades com SRAG por influenza e com a população geral. *Cad Saude Publica*. 2020;36(7):e00149420.doi: 10.1590/0102-311X00149420.
 9. Lu H, Stratton CW, Tang Y-W. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: the mystery and the miracle. *J Med Virol* [Internet]. 2020 [citado 8 Nov. 2021];92(4):401-2. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc7166628/>.
 10. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet* [Internet]. 2020 [citado 8 Nov 2021];395(10223):507-13. Disponível em:
<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930211-7>
 11. Holloway I, Wheeler S. *Qualitative research in nursing and healthcare*. 4th ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2016. Grounded Theory; p. 173-91.
 12. 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*. 2007;19(6):349-57. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042.
 13. Silva H, Amorim F, Lima A. Segunda onda de COVID-19 no Brasil [Internet]. Goiânia: 2020 [cited 2022 Nov. 1]. Available from:
https://www.saude.gov.br/files//banner_coronavirus/protocolos-notas/Sínteses de Evidências/2020/Segunda onda de COVID-19 no Brasil.pdf

14. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família. 5ª ed. São Paulo: Roca; 2012.
15. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
16. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory. New York: Aldine; 1967.
17. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
18. Littlejohn SW. Fundamentos teóricos da comunicação humana. Rio de Janeiro: Guanabara; 1986.
19. Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 3rd ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1989.
20. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet [Internet]. 2020 [citado 8 Nov. 2021];395(10223):507-13. Disponível em:
<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930211-7>
21. Ahmad AR, Murad HR. The impact of social media on panic during the COVID-19 pandemic in Iraqi Kurdistan: online questionnaire study. J Med Internet Res [Internet] 2020;22(5): e19556. Available from:
<http://www.jmir.org/2020/5/e19556/>
22. Oliveira WA de, Oliveira-Cardoso ÉA de, Silva JL da, Santos MA dos. Impactos psicológicos e ocupacionais das sucessivas ondas recentes de pandemias em profissionais da saúde: revisão integrativa e lições aprendidas.

- Estudos de Psicologia (Campinas) [Internet] 2020;37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100503&tlng=pt
23. Abbas J, Wang D, Su Z, Ziapour A. The role of social media in the advent of COVID-19 pandemic: crisis management, mental health challenges and implications. Risk Manag Healthc Policy [Internet] 2021;14:1917–32. Available from: <https://www.dovepress.com/the-role-of-social-media-in-the-advent-of-covid-19-pandemic-crisis-man-peer-reviewed-fulltext-article-RMHP>
24. Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. CMAJ [Internet] 2003;168(10):1245–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12743065>
25. Brasil, Ministério da Saúde. Coronavírus: sintomas [Internet]. Ministério da Saúde 2021 [citado 2023 mar 8]; Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/sintomas>
26. USP. Coronavírus chega ao Brasil, e agora? – Jornal da USP [Internet]. Jornal da USP 2020 [citado 2022 dez 7]; Available from: <https://jornal.usp.br/atualidades/coronavirus-chega-ao-brasil-e-agora/>
27. Dicio - Dicionário Online de Português [Internet]. [cited 2023 Apr 14]; Available from: <https://www.dicio.com.br/>
28. World Health Organization, Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Precauções padrão para controle de infecções. Brasília: 2007.
29. Sales CB, Bernardes A, Gabriel CS, Brito M de FP, Moura AA de, Zanetti ACB. Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use,

- weaknesses and potentialities. *Rev Bras Enferm* [Internet] 2018;71(1):126–34. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100126&lng=en&tlng=en
30. Budhwani H, Sun R. Creating COVID-19 Stigma by referencing the novel coronavirus as the “Chinese virus” on Twitter: quantitative analysis of social media data. *J Med Internet Res* [Internet] 2020;22(5):e19301. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32343669>.
31. Argyriadis A, Patelarou A, Kitsona V, Trivli A, Patelarou E, Argyriadi A. Social discrimination and stigma on the community of health professionals during the Covid-19 pandemic. An ethnographic approach [Internet]. Crete: 2021. Available from:
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.10.28.21265608v1.full.pdf>
32. CIFRC, UNICEF, WHO. Social stigma associated with COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 12];5. Available from:
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/epi-win/stigma/covid19-stigma-guide.pdf?sfvrsn=48f6ac1_2&download=true
33. Oliveira WA de, Oliveira-Cardoso ÉA de, Silva JL da, Santos MA dos. Impactos psicológicos e ocupacionais das sucessivas ondas recentes de pandemias em profissionais da saúde: revisão integrativa e lições aprendidas. *Estudos de Psicologia (Campinas)* [Internet] 2020;37. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100503&tlng=pt
34. Ferreira DC, Tourinho EZ. Desamparo aprendido e incontrolabilidade: relevância para uma abordagem analítico-comportamental da depressão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [Internet] 2013;29(2):211–9. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722013000200010&lng=pt&tlng=pt

35. Organização Mundial de Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Cerca de 570 mil profissionais de saúde se infectaram e 2,5 mil morreram por COVID-19 nas Américas [Internet]. 2020 [cited 2023 Apr 16]; Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/2-9-2020-cerca-570-mil-profissionais-saude-se-infectaram-e-25-mil-morreram-por-covid-19>
36. Braz MS, Franco MHP. Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. *Psicologia: Ciência e Profissão* [Internet] 2017;37(1):90–105. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000100090&lng=pt&tlng=pt
37. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The Effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical Science Monitor* [Internet] 2020;26. Available from: <https://www.medscimonit.com/abstract/index/idArt/923549>
38. Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among healthcare workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatric Services* [Internet] 2004;55(9):1055–7. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.55.9.1055>

Anexo 1. Autorização de 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.^a 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 PSMC, no período de **10/06/2020 a 31/08/2020**. Para pesquisador/servidor **NÃO** poderá coletar os dados concomitante ao horário de trabalho.

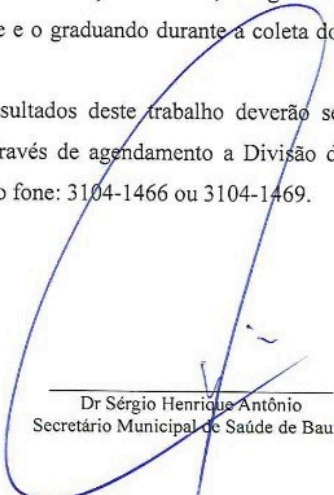
A CCSMSB esclarece que o tempo utilizado pelo pesquisador durante a coleta dos dados não poderá, de forma alguma, ser considerado para fins de pagamento de horas extraordinárias ou banco de horas, ficando a chefia responsável pelo acompanhamento.

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

Anexo 2. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

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 BRASIL-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: 31786420.0.0000.5502 Instituição Proponente: Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP Patrocinador Principal: Financiamento Próprio DADOS DO PARECER Número do Parecer: 4.036.507 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.								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bairro: Rua Imã Aminda Nº 10-50</td> <td style="border: none;">CEP: 17.011-160</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">UF: SP</td> <td style="border: none;">Município: BAURU</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Telefone: (14)2107-7340</td> <td style="border: none;">E-mail: comitedesticadehumanos@uac.br</td> </tr> </table>	Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação		Bairro: Rua Imã Aminda Nº 10-50	CEP: 17.011-160	UF: SP	Município: BAURU	Telefone: (14)2107-7340	E-mail: comitedesticadehumanos@uac.br
Endereço: Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação								
Bairro: Rua Imã Aminda Nº 10-50	CEP: 17.011-160							
UF: SP	Município: BAURU							
Telefone: (14)2107-7340	E-mail: comitedesticadehumanos@uac.br							

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
SAGRADO CORAÇÃO -
UNISAGRADO**



Continuação do Parecer: 4.036.537

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_1549691.pdf	14/05/2020 10:06:43		Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	14/05/2020 10:06:21	RITA DE CASSIA ALTINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLErita.docx	14/05/2020 10:06:11	RITA DE CASSIA ALTINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Rita.docx	14/05/2020 10:06:00	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 Aminda Nº 10-50 CEP: 17.011-160
 UF: SP Município: BAURÍ
 Telefone: (14)2107-7340 E-mail: comitedeeticadehumanos@uac.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
SAGRADO CORAÇÃO -
UNISAGRADO



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:** 17.011-160
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)2107-7340 **E-mail:** comitededicadehumanos@uac.br

APENDICE 1 – Termo de Consentimento livre e esclarecido - TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Res. CONEP 466/2012) EXPERIÊNCIA INTERACIONAL ENTRE MEMBROS DAS EQUIPES DE UM PRONTO SOCORRO MUNICIPAL, SEUS FAMILIARES FRENTE AO COVID-19

Coordenadora: Silvia Cristina Mangini Bocchi

Endereço: _____

Pesquisadora associada: Natália Martins Zanferrari

Endereço do Pesquisador: _____

Telefones: _____

Endereço do Pesquisador: _____

Pesquisa desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Saúde

Eu, _____ RG _____, residente da Rua _____ nº _____, na cidade de _____

abaixo assinado, expresse o 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 me foi 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) que manterei 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, voltados a enfrentamentos de epidemias ou pandemias de doenças respiratórias.
- C) Fui informada(o) que minha participação nesse estudo é inteiramente voluntária.
- D) Fui informada(o) que a 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 à Prefeitura Municipal de Bauru e Secretaria Municipal da Saúde, isentando-as de qualquer responsabilidade. Essas serão assumidas pelos pesquisadores.

NOME _____ Assinatura _____

Coordenadora: Silvia C. M. Bocchi

Pesquisadora Associada: Natália Martins Zanferrari

Assinatura: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE 2. Quadros de códigos referentes a análise axial dos dados

Quadro 2. Categoria A1. Acompanhando pela mídia a globalização da pandemia: códigos

[...] Gerando grande ansiedade e insegurança ao acompanhar como estava a pandemia no mundo, a Itália com sobrecarga dos serviços de saúde, óbitos nas residências, óbitos e mais óbitos nos hospitais, profissionais sendo contaminados e a mídia dando muita ênfase a isso [...] (E4.3);
 [...] Assistindo o terror e pavor passado por notícias não tão verdadeiras [...] (M3.3);
 [...] Divulgando em massa e de forma pavorosa a pandemia pela imprensa [...] (M3.4).

Quadro 3. Categoria A2. Atemorizando-se ao lidar com o desconhecido: códigos

[...] Iniciando de forma assustadora, por ser tudo novo e tudo que é novo assusta [...] (T2.4);
 [...] Começando de forma assustadora, tudo muito novo e adquirindo conhecimento com o tempo [...] (T6.1);
 [...]Não sabendo ainda tudo da COVID-19, a cada dia os protocolos mudam, cada dia é alguma informação nova, temos certa dificuldade quanto a isso [...] (T2.7);
 [...]Ficando perdido, não se tinha protocolos, não tinha uma rotina [...] (T2.2);
 [...]Não sabendo como seria nossa rotina de trabalho e isso nos afeta de forma bio, psico e social [...] (T2.9);
 [...]Assustando-se com o novo, ninguém, nem os médicos sabiam bem como era a COVID-19 [...] (T2.1);
 [...]Tendo dificuldade em identificar casos suspeitos, não sabíamos os sintomas ao certo, não se tinha exame para diagnóstico rápido [...] (T2.6);
 [...]Sendo estressante, por não sabermos como cuidar dos pacientes tecnicamente, como proceder, quais eram realmente os sintomas [...] (T2.5);
 [...]Lidando com uma doença desconhecida, sem medicação comprovada [...] (M5.6);
 [...] Encontrando-se às escuras, tentando ver uma luz no fim do túnel, para curar nossos próprios familiares e amigos [...] (M5.7);
 [...] Desconhecendo medicamentos e vacinas eficazes [...] (E4.6).

Quadro 4. Categoria A3. Vivenciando com as famílias a reciprocidade do sofrimento, mediante o risco exacerbado de tornar-se reservatório do vírus: códigos

[...] Sofrendo com o isolamento social e distanciamento de familiares[...] (E1.3);
 [...] Correndo o risco de contaminar os idosos que vivem comigo[...] (E1.4);
 [...] Tratando dos familiares, eles têm muita preocupação, tem medo de se contaminarem e de que eu fique doente[...] (M1.7);
 [...] Percebendo que familiares temem por mim, não sou jovem, tenho comorbidade [...] (M4.4);
 [...] Ficando em surto, pois pensava muito na minha família e nos meus colegas de trabalho [...] (T1.3);
 [...] Tendo medo que eles se contaminassem e ficassem doentes de forma grave [...] (T1.4);
 [...] Tendo muito medo de transmitir e não de pegar, tenho avós, pais, sobrinhos e meu medo é transmitir a eles [...] (T2.3);
 [...] Afetando-se pelo isolamento social, se afastando de familiares e amigos por se considerar potencial transmissor [...] (T5.9).

Quadro 5. Categoria A4. Percebendo-se discriminado na sociedade como transmissor do coronavírus: códigos

[...] Sentindo discriminação da sociedade quando nos identificam como profissional da saúde[...] (E1.4);
 [...] Julgando como se fossemos transmissores da doença [...] (E1.5);
 [...] Achando que somos fonte de contaminação [...] (E1.6);
 [...] Observando que a população se cuida muito menos que nós profissionais da saúde[...] (E1.7).

Quadro 6. Subcategoria A5.1. Profissionais de enfermagem deparando-se com sobrecarga de trabalho: códigos

[...] Vivenciando o aumento no fluxo dos atendimentos, com sobrecarga de trabalho[...] (E4.18)
 [...] Iniciando nova equipe terceirizada, com pessoas totalmente despreparadas, dando suporte a eles [...] (E3.7);
 [...] Trabalhando com pessoas inexperientes, sem habilidades profissionais, estamos tendo que treinar o funcionário recém-contratado desde o básico da enfermagem e no meio da correria [...] (E2.3);
 [...] Equipe toda nova, como médicos, enfermeiros e técnicos, para suprir a demanda aumentada, porém, os profissionais chegam despreparados [...] (E2.6).

Quadro 7. Subcategoria A5.2. Sofrendo em ter que trabalhar com recursos inadequados e insuficientes: códigos

[...] Trabalhando com equipamentos, respiradores e monitores obsoletos, alguns antigos foram recuperados [...] (E3.10);
 [...] Sofrendo por antecipação e imaginando que estes equipamentos poderiam ser insuficientes [...] (E3.12);
 [...] Sentindo medo de chegar o dia de escolher quem iria usá-los, até o momento graças a deus não passamos por isso [...] (E3.13);
 [...] Chegando novos equipamentos, dando certo alívio [...] (E3.11);
 [...] Faltando material para trabalhar, equipamentos e EPIs [...] (T2.2);
 [...] Passando o tempo foram chegando materiais, alguns de qualidade questionável, mas tivemos um pouco mais de condições pra seguir os protocolos governamentais e norteando nosso trabalho [...] (T2.5);
 [...] Tendo que se adequar aos nossos recursos [...] (T4.7);
 [...] Vivenciando uma experiência ruim por falta de recursos e insumos e vendo os casos aumentarem cada vez mais [...] (T4.8);
 [...] Vendo muita diferença nos atendimentos, pacientes no “Einstein” e no “Sírio” saindo curados e em outras regiões tanta precariedade [...] (T5.10).

Quadro 8. Subcategoria A5.3. Deparando-se com falta de EPIs: códigos

[...] Tendo falta de material pra trabalhar, de equipamentos, de EPIs [...] (T2.2);
 [...] Sendo estressante porque faltava EPIs [...] (T2.5);
 [...] Tendo falta de material no início da pandemia, não sabíamos se teríamos EPIs pra se proteger ao iniciar o turno, foi muito estressante [...] (T2.7);
 [...] Trabalhando com falta de equipamentos de segurança, buscando com recursos próprios pra não ficarem sem EPIs [...] (E3.6);
 [...] Sofrendo com falta de EPIs, isso nos deixou em pânico, compramos muitas coisas pra nos proteger com dinheiro do nosso bolso [...] (E4.8).

Quadro 9. Subcategoria A5.4. Percebendo que estavam utilizando EPIs inadequados: códigos

[...] Faltando recursos como EPIs e insumos adequados para dar um bom atendimento [...] (T4.5);
 [...] Vivenciando um atendimento precarizado, devido insumos e EPIs de baixa qualidade [...] (T5.4);
 [...] Trabalhando com EPIs em qualidade inadequada [...] (T1.9).

Quadro 10. Subcategoria (A5.5). Tendo dificuldades em seguir protocolos modificados constantemente: códigos

[...] Sentindo dificuldades no seguimento pela equipe dos protocolos que mudam com frequência [...] (E3.9);
 [...] Lendo protocolos e mais protocolos, acaba de ler um protocolo já chega outro mudando o anterior [...] (E2.2);
 [...] Trabalhando com alterações de protocolos a todo momento. Uma semana era um protocolo, na outra já era outro [...] (E4.12);
 [...] Tendo protocolos, porém mudam sempre definições e sintomas [...] (T2.8);
 [...] Não sabendo ainda tudo da COVID, cada dia os protocolos mudam, cada dia é alguma informação nova, temos certa dificuldade quanto a isso [...] (T2.7);
 [...] Ficando perdido, não se tinha protocolos, não tinha uma rotina [...] (T2.2).

Quadro 11. Categoria B1. Buscando novos conhecimentos para lidar com a COVID-19: códigos

[...] Ficando desesperados atrás de paramentações e treinamentos ao começarem surgir os casos positivos e suspeitos [...] (T4.4);
 [...] Iniciamos o processo de participar dos treinamentos, treinar nossa equipe [...] (E4.15);
 [...] Buscando conhecimento e multiplicando com a equipe [...] (E3.4);
 [...] Iniciando treinamentos, a chefia foi nos passando tudo o que sabiam e foi nos deixando mais seguro [...] (T6.2);
 [...] Iniciando aos poucos a chegada dos pacientes e treinamos nosso atendimento com calma, a partir daí fomos ficando mais tranquilos [...] (E4.16);
 [...] Tendo carência de treinamentos, sendo treinados somente pelo enfermeiro da nossa equipe durante o período de trabalho [...] (T4.6);
 [...] Elucidando falta de treinamentos frente ao novo e incerto [...] (E3.5).

Quadro 12. Categoria B2 - Tentando acompanhar a grande quantidade de informações que estavam surgindo da pandemia: códigos

[...] Vivenciando que a maior dificuldade era a quantidade de informações disponíveis [...] (E4.14);
 [...] Acompanhando publicações de novas evidências [...] (E4.13);
 [...] Sendo um vírus novo, estávamos lendo e assistindo que era mais leve que o conhecido H1N1, porém com contágio mais fácil e rápido [...] (E4.5);
 [...] Surgindo diversas pesquisas de medicamentos e vacinas, umas contraditórias, isso gerava muita confusão e mais ansiedade e insegurança, não se sabia qual estudo considerar [...] (E4.7);
 [...] Achando que as informações estavam desencontradas [...] (T1.2).

Quadro 13. Categoria B3 - Alterando os fluxos de atendimento e implantando novos protocolos: códigos

[...] Iniciando complicadas mudanças físicas no prédio, alterando fluxo de atendimento [...] (E3.3);
 [...] Adequando os serviços de saúde às pressas, tendo que reorganizar os fluxos de atendimento e estrutura física[...] (E4.11);
 [...] Implantando novos protocolos [...] (E3.8).

Quadro 14. Categoria B4 - Buscando ajuda para confecção de EPIs: códigos

[...] Tendo ajuda de voluntários para confecção de EPIs, foi um movimento que nos comoveu muito [...] (E4.9);
 [...] Conseguindo confecção de máscaras e aventais com doações e auxílio de costureiras [...] (E4.10).

Quadro 15. Categoria B5 - Médicos afastando-se de atendimentos direto a pacientes com COVID-19: códigos

[...] Desligando-se de áreas diretas do atendimento ao COVID, os hospitais montaram alas específicas para este atendimento e não me ofereci para trabalhar em nenhum desses locais [...] (M1.2);
 [...] Continuando com os atendimentos nesse pronto-socorro somente como cirurgião e me afastando do atendimento clínico, como medida para diminuir as chances de atender diretamente o COVID [...] (M1.3);
 [...] Evitando atendimento daqueles pacientes que tem a grande probabilidade de estarem contaminados com COVID, então optei por áreas de exposições menores [...] (M1.5).

Quadro 16. Categoria B6. Alterando a dinâmica do cotidiano familiar: códigos

[...] Saindo de casa por morar com pessoas idosas e de grupo de risco. Para preservar meus familiares fui morar com colegas de trabalho [...] (T2.3);
 [...] Removendo sapatos e roupas antes de entrar em casa, para proteger a família [...] (M5.10);
 [...] Evitando contato muito próximo com nossa família, deixando a casa bem ventilada, sendo o máximo que conseguimos fazer vivendo na mesma casa [...] (M4.5);
 [...] Acostumando com a mudança da vida pessoal, não tendo contato com familiares e amigos que não são da área da saúde [...] (T5.2).

Quadro 17. Categoria C1. Considerando em contato rotineiro com doenças infectocontagiosas no cenário de trabalho: códigos

- [...] Sabendo que vamos acabar atendendo e já atendemos, mas faz parte da nossa profissão atender pessoas que estão contaminadas por alguma doença [...] (M1.4);
- [...] Convivendo com doenças infectocontagiosas, não é a primeira pandemia que estou trabalhando, já tivemos outras como H1N1 e SARS, mas que não teve a repercussão na nossa cidade e região como a pandemia da COVID-19 teve [...] (M2.4);
- [...] Fazendo parte da rotina de quem está no sistema de saúde, devemos estar preparados para enfrentar este tipo de situação, mais cedo ou mais tarde iria acontecer uma epidemia, ou em maior escala uma pandemia [...] (M2.5);
- [...] Estando em contato direto com pacientes com doenças infectocontagiosas que, muitas vezes, não avisam agente que estão contaminados, doenças como tuberculoses, hanseníase e temos contato sem proteção nenhuma [...] (M2.6);
- [...] Estando nos protegendo de todos os pacientes potencialmente contaminados pelo COVID nessa pandemia [...] (M2.7);
- [...] Procurando nos resguardar mais e cuidar mais do atendimento do que em outras situações [...] (M2.8);
- [...] Estando na linha de frente, é difícil, mas a qualquer momento estamos em uma situação de risco alto de contágio [...] (T2.6).

Quadro 18. Categoria C2 - Convencendo a adotar rotineiramente medidas preventivas para doenças infectocontagiosas: códigos

- [...] Iniciando uma nova fase na vida das pessoas e do mundo moderno [...] (M2.1);
- [...] Aumentando cada vez mais as chances de pandemias, doenças que vão acometer vários países e o mundo inteiro [...] (M2.2);
- [...] Vivenciando uma mobilidade facilitada pelo mundo, é muito fácil viajar de um país pro outro e de um continente pro outro, coisa que não era tão comum, isso facilita que as doenças se transmitam mais rapidamente ao redor do mundo, acho que é só o começo de uma nova fase [...] (M2.3);
- [...] Tomando os cuidados necessários iremos levar bem essa situação, acho que vão vir outras pandemias [...] (M2.9);
- [...] Achando que quem está iniciando no sistema de saúde vai passar por outras situações semelhantes [...] (M2.10);
- [...] Achando que é uma nova fase da medicina de lidar com doenças infectocontagiosas, principalmente de origem viral, que tem uma disseminação muito rápida e muito fácil [...] (M2.11);
- [...] Acreditando que a normalidade vai chegar e iremos conviver com mais uma doença estabelecida [...] (T5.8).

Quadro 19. Categoria C3. Transformando-se não só como profissionais, mas também enquanto pessoas: códigos

[...] Aprendendo a dar valor nas coisas que temos, sempre procurando viver o agora, porque o amanhã não sabemos com essa doença nova [...] (T3.12);
[...] Vivenciando uma experiência profissional ruim, mas pelo lado pessoal deu tipo um alerta [...] (T3.13);
[...] Vendo a vida de forma diferente, com outros olhos, digamos que é uma experiência negativa e positiva ao mesmo tempo [...] (T3.14);
[...] Tirando algo de bom disso tudo, foi a importância que voltamos a dar à higiene adequada [...] (M5.9);
[...] Observando que o fator mais importante que surgiu com a pandemia foi a mudança de comportamento não só dos profissionais de saúde e também da população [...] (M3.5);
[...] Crendo que a mudança de comportamento perdure e que venha melhorar e evitar outras possíveis situações como a pandemia [...] (M3.6).

